

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA**

CÉLIO HENRIQUE DE MELO

**QUALIDADE DE VIDA APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE
PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO EM PACIENTES DE
AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA NO AMAZONAS**

MANAUS

2019

CÉLIO HENRIQUE DE MELO

**QUALIDADE DE VIDA APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO
DE PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO EM PACIENTES DE
AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA NO AMAZONAS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Amazonas como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia – Mestrado Profissional, na área de concentração “Gestão em Serviços de Saúde de Natureza Cirúrgica”, para a obtenção de título de Mestre em Cirurgia.

Orientadora: Profa. Dra. Ione Rodrigues Brum

Coorientadora: Profa. Maria Riselda Vinhote da Silva

MANAUS

2019

CÉLIO HENRIQUE DE MELO

**QUALIDADE DE VIDA APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO
DE PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO EM PACIENTES DE
AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA NO AMAZONAS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Amazonas como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia – Mestrado Profissional, na área de concentração “Gestão em Serviços de Saúde de Natureza Cirúrgica”, para a obtenção de título de Mestre em Cirurgia.

Orientadora: Profa. Dra. Ione Rodrigues Brum

Coorientadora: Profa. Maria Riselda Vinhote da Silva

Aprovado em 22 de janeiro de 2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ione Rodrigues Brum
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Juscimar Carneiro Nunes
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Sidney Raimundo Silva Chalub
Universidade Federal do Amazonas

Profa. Dra. Rosane Dias da Rosa
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Esmeraldino Monteiro de Figueiredo Nero
Universidade Federal do Amazonas

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

M528q Melo, Célio Henrique
Qualidade de vida após tratamento cirúrgico de prolapso de órgão
pélvico em pacientes de ambulatório de referência no Amazonas /
Célio Henrique Melo. 2019
94 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Ione Rodrigues Brum
Coorientadora: Maria Riselda Vinhote da Silva
Dissertação (Mestrado Profissional em Cirurgia) - Universidade
Federal do Amazonas.

1. Prolapso de órgão pélvico. 2. Cistocele. 3. Retocele. 4. Hérnia.
I. Brum, Ione Rodrigues II. Universidade Federal do Amazonas III.
Título

À minha família, em especial a meus pais João Cely F. Melo (in memoriam) e Dalva Henrique de Melo, com todo o meu amor e gratidão, por todo o tempo dedicado ao longo de minha vida. Desejo poder ter sido merecedor do esforço dedicado por vocês em todos os aspectos, especialmente, quanto à minha formação.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa. Dra. Ione Rodrigues Brum, por ter me recebido e sempre me mostrado o caminho correto a ser seguido, de forma única, admirável e exemplar em toda a minha formação acadêmica.

À minha Coorientadora Profa. Maria Riselda Vinhote da Silva, pelos incentivos antes e durante o programa de mestrado e por aceitar participar do meu projeto.

Ao Prof. Dr. Ivan Tramujas, pelas valiosas orientações passadas em vários momentos desde o início da minha vida acadêmica e da pós-graduação, com exemplo de ética, perseverança e entusiasmo que enriqueceram minha formação profissional.

Agradeço ao Senhor meu Deus, pelas oportunidades que tem me mostrado ao longo de minha vida, sempre ao meu lado.

“Aqueles que se sentem satisfeitos sentam-se e nada fazem. Os insatisfeitos são os únicos benfeitores do mundo.”

Walter S. Landor

RESUMO

JUSTIFICATIVA: Prolapso de órgão pélvico (POP) é um problema de saúde que afeta mulheres de todo o mundo, com risco estimado entre 11 e 19% de haver a necessidade de um procedimento cirúrgico para a sua correção. Raramente, resulta em morbidade e mortalidade significativas, mas altera vários aspectos da qualidade de vida da mulher. Logo, é acertado constatar que a cirurgia de reparação do dano físico pode trazer consigo a diminuição do dano psicológico e melhorar a qualidade de vida das pacientes. Muitos trabalhos são publicados mundialmente sobre POP, porém nenhum estudo foi encontrado na busca bibliográfica em relação à qualidade de vida das mulheres da região, após terem sido submetidas ao tratamento cirúrgico. Com efeito, reforça-se a necessidade de realização deste trabalho para início de novas e transversais pesquisas a respeito deste e dos demais temas conexos.

OBJETIVOS: Avaliar a qualidade de vida das pacientes após tratamento cirúrgico de prolapso de órgão pélvico; objetivos específicos: Identificar as queixas das pacientes antes do procedimento cirúrgico; comparar as informações relativas à qualidade de vida pré e pós-operatória; comparar os resultados obtidos com os apresentados na literatura médica do nosso país.

METODOLOGIA: Foi realizado um estudo transversal, descritivo de caráter analítico no Serviço de cirurgia ginecológica do Ambulatório Araújo Lima, pertencente ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), Manaus, AM. Foram coletados os dados de 63 pacientes que se enquadraram nos critérios de seleção, em seguida, foram submetidas à avaliação médico-ginecológica e à aplicação do Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q) com o pesquisador principal deste estudo e, em seguida, foram instruídas a preencher o questionário de qualidade de vida (P-QoL). Após os exames pré-operatórios, foi agendada a cirurgia. As participantes foram instruídas a retornar para a avaliação pós-operatória em 7, 30, 60 e 180 dias, e, na última consulta pós-operatória, responderem novamente o P-QoL e ser realizado o POP-Q.

RESULTADOS: Foi demonstrada a melhora significativa na qualidade de vida das 63 mulheres avaliadas após cirurgia ($p < 0,0001$), principalmente no que se refere ao impacto do prolapso. O fator de risco mais relevante nesta pesquisa foi a idade, que esteve relacionada ao estadiamento da doença e à qualidade de vida das mulheres avaliadas ($p < 0,05$). Após 180 dias da cirurgia, observou-se que 89,9% das mulheres evoluíram ao estágio zero, e 11,1% delas evoluíram ao estágio I da doença, demonstrando importante melhora.

CONCLUSÕES: Os resultados obtidos no presente estudo estão de acordo com a maioria dos trabalhos publicados na literatura mundial, principalmente no que se refere ao êxito do procedimento clínico-cirúrgico e à melhora da qualidade de vida das pacientes. O estudo demonstrou que entender a doença do ponto de vista da paciente é um importante indicador da eficácia do tratamento realizado.

Palavras-chave: Prolapso de órgão pélvico; Cistocele; Retocele; Hérnia.

ABSTRACT

BACKGROUND: Pelvic organ prolapse (POP) is a health problem that affects women worldwide, with a risk estimated between 11 and 19% for a necessity of surgical procedure for correction. Rarely, it results in significant morbidity and mortality, but alters various aspects of the woman's quality of life. Therefore, it is advisable to verify that the repair surgery of the physical damage can bring with it the reduction of the psychological damage and improve the quality of life of the patients. Many papers are published worldwide about POP, but no study was found in the bibliographic search regarding the quality of life of women in the region after having submitted to a surgical treatment. In fact, it is reinforced the need to carry out this work to initiate new and transversal research on this and related topics. **OBJECTIVES:** To evaluate the quality of life of patients after surgical treatment of pelvic organ prolapse; specific objectives: To identify the patients' complaints before the surgical procedure; to compare information on pre and post-operative quality of life; compare the results obtained with those presented in the medical literature of our country. **METHODS:** A cross - sectional, descriptive, analytical study was carried out at the Gynecological Surgery Service of the Araújo Lima Ambulatory, belonging to the Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), Manaus, AM. Data were collected from 63 patients who met the criteria for selection and were then submitted to pelvic organ prolapse quantification system (POP-Q) with the principal investigator of this study, were instructed to complete the questionnaire about quality of life (P-QoL). After the preoperative exams, the surgery was scheduled. The participants were instructed to return to the postoperative evaluation at 7, 30, 60 and 180 days, and at the last postoperative appointment, they responded again to the P-QoL and the POP-Q was performed. **RESULTS:** There was a significant improvement in the quality of life of the 63 women evaluated after surgery ($p < 0.0001$), mainly in relation to the impact of prolapse. The most relevant risk factor in this study was age, which was related to the staging of the disease and the quality of life of the women evaluated ($p < 0.05$). After 180 days of surgery, it was observed that 89.9% of the women evolved to stage zero, and 11.1% of them evolved to stage I of the disease, demonstrating an important improvement. **CONCLUSIONS:** The results obtained in the present study are in agreement with the majority of the works published in the world literature, mainly regarding the success of the clinical-surgical procedure and the improvement of the quality of life of the patients. The study demonstrated that understanding the disease from the patient's point of view is an important indicator of the effectiveness of the treatment performed.

Keywords: Pelvic organ prolapse; Cystocele; Retocele; Hernia..

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 - Pelvic Organ Prolapse Quantification System.....	37
Figura 02- Triagem de mulheres e Avaliação pós-operatória. Instrumentos de coleta.....	55
<i>Figura 03 - Relação entre a faixa etária e o estágio do POP das mulheres avaliadas.....</i>	<i>62</i>
<i>Figura 04 - Relação entre o número de partos com o estágio do POP das mulheres avaliadas.....</i>	<i>62</i>
<i>Figura 05 - Análise gráfica da Qualidade de vidas das mulheres com POP pesquisadas.....</i>	<i>66</i>
Figura 06 - Comparação entre as medianas dos domínios da qualidade de vida das mulheres, antes e 180 dias após a cirurgia, pelo P-QoL.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - <i>Características pessoais das mulheres pesquisadas</i>	59
Tabela 2 - <i>Perfil obstétrico das mulheres avaliadas</i>	60
Tabela 3 - <i>Análise descritiva da Idade, N° de Partos e N° de Gestações das mulheres avaliadas</i>	60
Tabela 4 - <i>Estadiamento do Prolapso Órgão Pélvico das 63 mulheres avaliadas</i>	61
Tabela 5 -- <i>Relação entre a faixa etária e número de partos com o estágio do POP das mulheres avaliadas</i>	63
Tabela 6 - <i>Correlação entre a faixa etária, o número de partos e o estadiamento do POP das mulheres pesquisadas</i>	64
Tabela 7 -- <i>Qualidade de Vida (QV) das mulheres com POP, medida por meio do instrumento Prolapse - Quality of Life (P-QoL), antes da cirurgia</i>	65
Tabela 8 - <i>Qualidade de Vida (QV) das mulheres com POP, medida por meio do instrumento Prolapse - Quality of Life (P-QoL), 180 dias após a cirurgia</i>	67
Tabela 9 - <i>Comparação entre a QV das mulheres antes e 180 dias após a cirurgia</i>	67
Tabela 10 - - <i>Relação entre a faixa etária e os domínios da qualidade de vida do P-QoL, das mulheres com POP pesquisadas</i>	70
Tabela 11 --- <i>Relação entre o estadiamento do POP e os domínios da QV das mulheres pesquisadas</i>	71
Tabela 12 - Tabela 9 - <i>Relação entre o número de partos e os domínios da QV das mulheres com POP pesquisadas</i>	72

LISTA DE SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
AM	Estado do Amazonas
AP	Assoalho pélvico
Apud	Junto a, perto de, em.
CEP/UFAM	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas
cm	Centímetro
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
Cvt	Comprimento vaginal total
EMG	Eletromiografia concêntrica por agulha
EUA	Estados Unidos da América
<i>et al.</i>	E outros
EV	Endovenoso
FC	Frequência Cardíaca
g	Grama
h	Hora
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
IMC	Índice de Massa Córpora
ICS	Sociedade Internacional de Continência
Inc.	Empresa de Grande Porte – Estados Unidos da América
IO	Inside-Out
mcg	Varição de Micrograma
ml	Mililitro
mmHg	Milímetro de Mercúrio
min	Minuto
n	Número de pacientes
n ^o .	Número
OI	<i>Outside-In</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
p.	Página
PA	Pressão Arterial
pH	Potencial Hidrogeniônico
PPGRACI	Programa de Pós-Graduação em Cirurgia - Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Amazonas
POP	Prolapso de órgão pélvico
POP-Q	Pelvic Organ Prolapse Quantification system
P-QoL	<i>Prolapse Quality of Life</i>
PS	Promoção da saúde
QV	Qualidade de vida
kg	Quilograma
S2	Segunda vertebra sacral
S4	Quarta vertebra sacral
Sisreg	Sistema de Regulação
SF	Solução Salina a 0,9% (Soro Fisiológico)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
WMA	<i>MEDICAL ASSOCIATION</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	JUSTIFICATIVA	15
1.2	OBJETIVOS	16
1.2.1	Objetivo geral	16
1.2.2	Objetivos específicos	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	QUALIDADE DE VIDA	17
2.2	EPIDEMIOLOGIA	21
2.3	FATORES DE RISCO	22
2.4	FATORES ÉTNICOS	22
2.5	FISIOPATOLOGIA	22
2.6	ANATOMIA DA PELVE FEMININA	23
2.6.1	Genitália externa	23
2.6.2	Sistema genital feminino interno	26
2.6.3	Espaços fasciais	29
2.7	OS MECANISMOS DE LESÃO DO ASSOALHO PÉLVICO	31
2.8	TERMINOLOGIA	32
2.9	QUADRO CLÍNICO DA PACIENTE COM POP	33
2.10	PRÉ E PÓS-PERATÓRIO	34
2.10.1	POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System)	37
2.11	TRATAMENTO DO POP	38
2.12	TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS	43
3	METODOLOGIA	53
3.1	DESENHO DO ESTUDO	53
3.2	ASPECTOS ÉTICOS – TCLE	53
3.3	COLETA DE DADOS E LOCAL	53
3.4	PROCEDIMENTOS	54
3.4.1	Recrutamento	54
3.4.2	Seleção dos pacientes	54
3.4.3	Processo operacional básico para os pacientes selecionados	54
3.5	CÁLCULO DA QUALIDADE DE VIDA	56
3.6	TAMANHO DA AMOSTRA	56
3.7	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	57
3.8	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	57
3.9	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS / VARIÁVEIS	57
4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	58
5	RESULTADOS	59
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA MOSTRA	59
5.2	QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES PELO P-QOL	64
6	DISCUSSÃO	73
7	CONCLUSÃO	78
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICES E ANEXOS	86
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO P-QoL	88
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	92

1. INTRODUÇÃO

O Prolapso, nas palavras de Hagen et al. (2004), refere-se “[...] ao deslocamento caudal de um órgão da sua posição anatômica normal”. O prolapso genital envolve um ou mais dos seguintes órgãos: útero, bexiga, uretra, reto e vagina. Também chamado de prolapso de órgãos pélvicos (POP), o prolapso genital é uma condição comum e uma das principais indicações de cirurgia ginecológica.

Para Marinkovic e Stanton (2003 apud GLÓRIA, 2009, p.2), é comum incluir o prolapso de bexiga através da vagina (cistocele), prolapso de parede vaginal (colpocele), prolapso do reto através da vagina (retocele), herniação interna do intestino delgado através da parede posterior da vagina (enterocele) e o prolapso uterino, envolvendo normalmente mais de um destes compartimentos. Contudo, todos os compartimentos do assoalho pélvico (AP) podem ser afetados.

A Sociedade Internacional de Continência define, a definição de prolapso genital é o descenso da parede vaginal anterior e/ou posterior, assim como do ápice da vagina (útero ou cúpula vaginal após histerectomia) (LARRE et al., 2014).

Já para Barber e Maher (2013 apud HORST; SILVA, 2016, p.3), o POP pode ser definido como “uma herniação dos órgãos pélvicos através da vagina”. Estes mesmos autores destacam ainda que esta doença se refere a uma condição prevalente de baixa morbimortalidade, entretanto, com grande impacto na vida diária, na sexualidade e na atividade física das mulheres acometidas pela mesma.

No meio científico, é amplamente conhecido que 50% das mulheres poderão desenvolver o POP, entretanto, apenas de 10 a 20% irão procurar tratamento para o mesmo (BARBER; MAHER, 2013). A prevalência de POP, considerando a faixa etária mais comum de ocorrência desta doença, é de aproximadamente 22% em mulheres entre 18 e 83 anos, e pode chegar à prevalência de 30% em mulheres com idade avançada, ou seja, com idade entre 50 e 89 anos (HORST; SILVA, 2016).

Por se tratar de uma doença, muitas vezes assintomática, há muita variabilidade em sua prevalência, descrita por meio dos estudos epidemiológicos. Ocorre ainda o viés ocasionado pelas mulheres sintomáticas que não procuram atendimento ginecológico (HORST; SILVA, 2016).

Quanto à incidência de POP, a mesma está amplamente correlacionada à idade, e sua etiologia pode estar associada a uma combinação de fatores genéticos e ambientais (SMITH et al., 2010). Estes mesmos autores destacam que, apesar de se tratar de uma doença cuja mortalidade é rara, as mulheres que procuram tratamento podem se beneficiar do tratamento cirúrgico quando o tratamento clínico for malsucedido. Nesse sentido, é possível que cerca de 11 a 19% das mulheres com POP, venham a ser submetidas ao tratamento cirúrgico, em detrimento das falhas de outros tratamentos realizados (SMITH et al., 2010).

Com o aumento da expectativa de vida, é cada vez mais comum o ginecologista observar a eversão da vagina. Mesmo que este problema anatômico não acarrete risco de morte, ele pode diminuir consideravelmente a qualidade de vida. Todas as faixas etárias são acometidas por essa doença, entretanto, ela é mais prevalente em mulheres com idade superior a 45 anos de idade (OLSEN et al., 1997).

O tratamento individualizado para o prolapso de órgãos pélvicos deve ser oferecido às pacientes com o objetivo de melhora dos sintomas e com impacto positivo na qualidade de vida. Ambos os tratamentos cirúrgico e conservador devem ser oferecidos a mulher com POP. (SIDDIQUINY et al., 2014). Estes mesmos autores destacam que, apesar de existirem mais de 40 técnicas para o tratamento dessa doença, não há evidências de que alguma delas seja a ideal. A escolha acerca do tratamento depende de algumas observações clínicas. Pacientes assintomáticas, mesmo acometidas por prolapso, não devem ser submetidas à correção, pois a paciente deve solicitar o auxílio do ginecologista, e esta tem que estar confortável e ciente do procedimento. (SIDDIQUINY et al., 2014).

O serviço de uroginecologia do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) na cidade de Manaus oferece à paciente o tratamento de acordo com suas queixas e com o defeito de assoalho pélvico diagnosticado. Nossa casuística mostra que o tratamento cirúrgico mais realizado é a colpopexia sacro espinhal que consiste na correção do defeito do ápice vaginal. Por meio da identificação do ligamento sacro espinhal e através do espaço pararretal, fixa-se com dois pontos o ápice da vagina em justaposição ao ligamento sacro espinhal. (WALLWIENER et al., 2012).

1.1 JUSTIFICATIVA

A idade da população feminina está aumentando no mundo todo. Portanto, sua vida produtiva está se estendendo. Desse modo, conseqüentemente, vem crescendo o número de mulheres apresentando POP (HADDAD et al., 2015).

O prolapso de órgão pélvico é uma queixa muito comum nos ambulatórios de ginecologia e é considerado um problema de saúde que afeta mulheres de todo o mundo, com risco estimado entre 11 e 19% de necessidade de um procedimento cirúrgico para sua correção (HADDAD et al., 2015).

A presença do POP altera, indubitavelmente, vários aspectos da vida da mulher, comprometendo sua capacidade e habilidade para a execução de suas atividades. Alterações da integridade físico-emocional, conforme Jelovsek e Barber (2007), são relatadas pelas mulheres que possuem POP. Logo, a cirurgia de reparação do dano físico traz consigo a recuperação do dano psicológico e melhora a qualidade de vida.

Muitos trabalhos são publicados mundialmente sobre POP, direcionados à qualidade de vida. No entanto, poucos estudos foram desenvolvidos na Amazônia. Especificamente no estado do Amazonas, nenhum estudo foi encontrado na busca na literatura em relação ao POP e à qualidade de vida após tratamento cirúrgico.

O tratamento cirúrgico e conservador para o prolapso de órgãos pélvicos traz outros impactos positivos na qualidade de vida das mulheres e, com isso, uma vida social mais ativa. (JELOVSEK et al., 2007). A condição de POP, observada frequentemente no serviço de uroginecologia do HUGV, não possui registros de como as pacientes qualificam sua vida após o procedimento cirúrgico. Devido a essa lacuna no conhecimento, torna-se necessária a pesquisa para que se consiga identificar se o procedimento cirúrgico é capaz de melhorar a qualidade de vida das pacientes, devolvendo-lhes a autoestima e a capacidade de realizar suas tarefas do dia a dia. Para que esta expectativa se torne realidade, faz-se necessário obter respostas a alguns questionamentos, dentre os quais citam-se os seguintes: a) a paciente portadora de POP obteve melhora da qualidade de vida? b) outros fatores do próprio paciente, podem ter influenciado o resultado? c) os resultados observados em trabalhos realizados em outras regiões do país são semelhantes?

Pretende-se com os resultados contribuir no sentido de fomentar maiores investimentos em diagnóstico, prevenção e tratamento da doença, com vistas a minimizar seus impactos na vida dessas mulheres.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida das pacientes após o tratamento cirúrgico de prolapso de órgão pélvico.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar as queixas das pacientes antes do procedimento cirúrgico.
- Comparar as informações relativas à qualidade de vida pré e pós-operatória.
- Discutir os resultados obtidos com os apresentados na literatura médica do nosso país.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 QUALIDADE DE VIDA – QV

O conceito

As conceituações mais adotadas de qualidade de vida tentam abordar a pluralidade de esferas discutidas em abordagens holísticas, como a definição utilizada pela OMS, na qual a Qualidade de Vida é reflexo da percepção individual de suas necessidades satisfeitas, ou mesmo das oportunidades negadas, independentemente de seu estado de saúde físico ou das condições socioeconômicas (OMS, 1998).

A definição de Saúde não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade, mas sim da presença de bem-estar físico, mental e social concomitantes à primeira assertiva (OMS, 1948). O uso do conceito de Qualidade de Vida tem sido estimulado exponencialmente como item necessário para as atividades de cuidado e pesquisa em saúde (MINAYO MCS et al 2000).

Apesar das definições de qualidade de vida serem diversas e nenhuma delas ser amplamente aceita, é cada vez mais certo que Qualidade de Vida não envolve apenas os fatores relacionados à saúde e definidos pela OMS, como também elementos relevantes da vida dos pacientes, como o trabalho, a família e outras questões do cotidiano, sempre com atenção à percepção pessoal do sujeito investigado (GILL & FEISNTEIN, 1994).

Assim como a qualidade de vida, temas cotidianos como a felicidade, o amor e a liberdade, mesmo apresentando sentimentos e valores de complexo entendimento, são claramente relevantes. Qualidade de vida consiste em um conceito de difícil elaboração, uma ideia amplamente difundida socialmente, com o risco de ser banalizada por sua utilização ambígua, excessiva ou situacionista que, se por um lado a depreciam, de outro, reconhecem ser a expressão de um objetivo cuja obtenção é desejável, o que acarreta a manutenção de seu valor (TANI et al, 2002).

A elaboração de uma classificação de Qualidade de Vida é útil para explicar a ausência de consensos e para estruturar as definições existentes, observando e ordenando itens comuns e de relevância que influenciam estas. Segundo Farquhar (1995), há quatro tipos de classificações de destaque na literatura. A princípio definições globais foram sugeridas, depois a divisão do conceito em dimensões, num terceiro momento, a focalização de definições nas quais um dos componentes é o alvo da análise e, por fim, definições envolvendo combinações das primeiras. Essas formas de conceituação tinham os seguintes aspectos:

1) *Definições globais*: as mais comumente utilizadas. Em razão de sua definição ampla, não abordam muito os fatores que as compõem ou como seu conceito pode ser instrumentalizado; em geral, remetem a ideias de satisfação e insatisfação, de modo a destacar-se como conceito subjetivo e individual.

2) *Definições por componentes*: fracionam o conceito em diversas partes, esferas ou componentes contribuintes para a Qualidade de Vida global; podem identificar um ou mais fatores como essencial. São mais passíveis de instrumentalização e englobam tanto assuntos objetivos como subjetivos.

3) *Focalizadas em um ou mais componentes*: consistem em um subtópico das definições por componentes. Nesta forma de conceituação, um ou mais fatores são evidenciados com mais detalhes. Em geral, é o tipo de definição mais utilizado na área da Saúde, em que aspectos específicos de uma doença são favorecidos.

4) *Definições combinadas*: as definições que estão na literatura, porém não se ajustam com clareza aos tipos de conceituação anteriores. Em geral, são definições globais que especificam um ou mais fatores que as compõem.

Farquhar (1995) destaca também que em muitos trabalhos o conceito escolhido de qualidade de vida não aparece ou está presumido, usando alguns fatores que o compõem como sinônimo. No caso da área da Saúde, é sugerido que se utilize da expressão qualidade de vida relacionada à saúde. Além disso, seu uso multidisciplinar resulta em uma grande e divergente quantidade de definições. Outro obstáculo para o estudo sobre a qualidade de vida é como atribuir um peso ou relevância a cada um de seus componentes, haja vista que na prática podem ter importância diferente para cada indivíduo pesquisado.

Na época atual, almeja-se o “envelhecimento digno”, ou seja, envelhecer com qualidade de vida, e este conceito associa-se a fatores como família, moradia, vida sexual, amigos e trabalho. Para a análise objetiva dos níveis de qualidade de vida, foram estruturados questionários, seguindo Oliveira MS et al (2008). Mundialmente, é constatada a longevidade superior do sexo feminino em relação ao masculino. Parte substancial deste fato se deve a maior mortalidade por doenças cardiovasculares nos homens (KLENK J et al, 2007).

A atenção ao tema Qualidade de Vida tem crescido gradativamente na área da Saúde, em parte devido à atualização de modelos que alteraram políticas e práticas em saúde no decorrer dos anos e nos quais a melhoria da Qualidade de Vida se tornou um dos resultados esperados. Conforme esses novos modelos, é reconhecida a complexidade e a diversidade dos

determinantes envolvidos no processo de saúde e doença de forma a buscar compreender os fatores econômicos, socioculturais, a experiência pessoal e os estilos de vida destes (SCHUTTINGA et al, 2000).

O crescimento das doenças crônico-degenerativas alterou o perfil de morbimortalidade da população em escala global. Da mesma forma, o avanço dos tratamentos para o controle efetivo dessas enfermidades proporcionou o aumento da sobrevivência e da longevidade dos pacientes. A partir disso, surgiu a necessidade de se avaliar a qualidade de vida dos pacientes que tiveram sua sobrevivência alargada pela instituição dos tratamentos, “já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos” (FLECK et al, 1999).

Além disso, a análise da Qualidade de Vida também é objeto de interesse na esfera da Saúde Coletiva e das políticas públicas em Saúde, de modo a ter sido incluída tanto como indicador para a avaliação de tratamentos em relação à sua eficácia, à sua eficiência e ao seu impacto, quanto como comparativo entre procedimentos terapêuticos de controle de doenças (KAPLAN RM et al, 1995).

Instrumentos têm sido criados e testados para serem capazes de reconhecer e mensurar, de modo direto e simples, a qualidade de vida dos indivíduos (BROUSSE C. et al, 2007).

A qualidade de vida é um indicador de impacto em saúde. A busca recente pela mensuração dela pode ser observada tanto no âmbito das práticas assistenciais como nas políticas públicas (GUYATT GH et al, 1993; COONS SJ et al, 2000).

Inclusive, a qualidade de vida tem estreita relação com o termo PS (promoção da saúde), e seus objetivos são defender a vida e o desenvolvimento humano e suplantando o modelo biomédico, cujo foco é na doença e nas práticas intervencionistas, a partir de um conceito de saúde voltado para o processo social, para as práticas intersetoriais e interdisciplinares (BUSS et al, 2000; cerqueira MT et al, 1997).

A PS, atualmente, se destaca na área da saúde pública como a essência das políticas públicas saudáveis ao possuir foco central não só na redução do risco de doenças, como também no aumento das possibilidades de saúde e de qualidade de vida, resultantes de intervenções multi e intersetoriais nos determinantes sociais do processo saúde-doença (MINAYO et al, 2000; SEIDL EMF et al, 2004; ALMEIDA FILHO N et al, 2004).

A conceituação de Qualidade de Vida é objeto de divergências entre especialistas do tema. Não há consenso sobre os seus constituintes; sua definição envolve não apenas o estado de saúde, como também diversos outros domínios, como os ambientais, socioeconômicos e

culturais. Dois modelos conceituais do termo se destacam: um geral e outro associado à Saúde. No primeiro modelo, a definição de qualidade de vida não faz referência à disfunção e aos agravos; já no segundo, ela envolve aspectos característicos do estado de saúde (FLANAGAN J et al, 1978; SINGER MK et al, 1993; CARR AJ et al, 1996).

Para Pereira et al. (2012), as questões que têm relação com a QV são de grande importância e, portanto, podem servir de parâmetros que visam contribuir com a manutenção da saúde da população. Neste sentido, a QV tornou-se sinônimo de saúde.

Almeida et al. (2012) assevera que “o universo de conhecimento em qualidade de vida se expressa como uma área multidisciplinar de conhecimento, que engloba além de diversas formas de ciência e conhecimento popular, conceitos que permeiam a vida das pessoas como um todo”.

Minayo et al. (2010), por outro lado, afirma que a QV “é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a QV como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995). Neste Sentido, Noronha et al. (2016) destaca que “a ampla dimensão da saúde e sua relação com diversos aspectos positivos e negativos da vida permitem distintas formas de avaliação”. Os mesmos autores afirmam, ainda, que esta dimensão mostra que, em muitos indivíduos, a mesma morbidade se manifesta em diferentes níveis de saúde e de bem-estar, físico e emocional.

Considerando a abordagem médica, o termo QV “vem sendo associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social”, conforme descreve Pereira et al. (2012). Neste contexto, os mesmos autores enfatizam que “as teorias médicas de qualidade de vida historicamente têm por base a cura e sobrevivência das pessoas.”.

A QV não possui um único conceito, mas pode ser estabelecida por elementos objetivos e subjetivos, nos quais a esfera objetiva se refere à posição do ser humano na vida e nas suas relações sociais, enquanto a subjetiva se refere ao conhecimento das condições físicas, emocionais e sociais que têm relação com características temporais, culturais e sociais do ponto de vista do indivíduo (ALMEIDA et al., 2012).

Diante deste cenário, diversos elementos do cotidiano do indivíduo são considerados, e esta perspectiva abrange desde a sua percepção e expectativa subjetivas de vida, até o seu comportamento frente ao enfrentamento de doenças (ALMEIDA et al., 2012).

PROLAPSE QUALITY OF LIFE (P-QoL)

Existem diversos instrumentos para avaliar a QV de um indivíduo, sendo que a mesma pode ser medida por um instrumento específico, que leva em consideração os aspectos precisos da doença que o indivíduo possui. Neste sentido, foi criado um instrumento para medir a qualidade de vida das mulheres com prolapso, o *Prolapse Quality of Life* (P-QoL). Este instrumento é utilizado para verificar o impacto do POP no cotidiano das pacientes e é tido como indicador de satisfação das mesmas, bem como do sucesso da terapêutica administrada (HADDAD et al., 2015).

O P-QoL se refere a um instrumento totalmente auto administrável. Sua versão final em Português foi descrita por Rodrigues et al. (2009) da seguinte forma: composição com 20 perguntas semiestruturadas divididas em nove domínios. Ele abrange a percepção da saúde, o impacto do prolapso, as limitações do desempenho das tarefas, a limitação física, a limitação social, o relacionamento pessoal, as emoções, o sono e a energia e as medidas de gravidade dos sintomas (OLIVEIRA, 2009 apud FROTA et al., 2016).

2.2 EPIDEMIOLOGIA

A prevalência do POP permanece indeterminada principalmente em razão de dois fatores: ao fato de, geralmente, as pesquisas não incluírem pacientes assintomáticas e ao constrangimento das mulheres em procurar atendimento em serviços médicos (BARBER et al., 2006).

A conduta terapêutica é indicada apenas às pacientes sintomáticas, de modo a ser imperioso dividir os casos sintomáticos daqueles assintomáticos (JELOVSEK et al., 2007). Como não são todas as mulheres com POP sintomático que são submetidas ao tratamento cirúrgico, não é possível estimar a prevalência das sintomáticas a partir deste dado. A prevalência de POP assintomático pode encontrar-se em um valor ainda mais subestimado, já que essas mulheres não procuram atendimento médico especializado (BARBER et al., 2013).

Para a pesquisa da prevalência de POP, alguns autores se utilizaram de exame clínico, aplicando o sistema POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system) para avaliar a existência de prolapso. A maioria das mulheres apresentam algum estágio, mais comumente os estágios iniciais 1 e 2 (SWIFT et al., 2000).

2.3 FATORES DE RISCO

Gravidez e o parto

A gravidez e o parto, em especial o realizado por via vaginal, aumentam o risco de desenvolvimento de POP, assim como situações como macrosomia fetal, episiotomia, uso de fórceps (MANT et al., 1997).

Idade

A idade também constitui fator de risco, elevando em 40% as chances de desenvolvimento de POP a cada dez anos. O tratamento da menopausa e do hipostrogenismo com reposição hormonal não demonstrou ser efetivo na redução das chances (ISMAIL et al., 2010).

Sobrepeso e a obesidade

O sobrepeso e a obesidade também influenciam no fator de risco, dobrando o prolapso (SWIFT et al., 2003).

2.4 FATORES ÉTNICOS

As mulheres de raça negra que comumente tem o formato de pélvicos do tipo androide e antropoide têm menor risco de desenvolvimento de POP, diferentes das mulheres de raças brancas e, principalmente, as hispânicas que têm a pelves ginecoides e, por isso, maior risco de apresentar POP no futuro (SHAH et al., 2007).

2.5 FISIOPATOLOGIA

Os fatores de risco, quando associados, podem interferir positiva e somaticamente no desenvolvimento do prolapso (WEBER et al., 2005). O rompimento ou disfunção, como a perda de tônus por denervação ou trauma direto, dos músculos elevadores do ânus que são responsáveis pelo suporte anatômico das vísceras pélvicas, pode levar ao prolapso dos órgãos desta região (CORTON et al., 2009).

A ruptura ou estiramento da fásia endopélvica predispõe o desenvolvimento de POP, em situações como a histerectomia, esforço crônico, parto vaginal, envelhecimento, doenças do tecido conjuntivo. Variações anatômicas da pelve óssea, como a perda da lordose lombar e a menor verticalização do estreito pélvico superior, são mais frequentemente achadas em mulheres que desenvolvem o prolapso genital do que nas que não são acometidas (CORTON et al., 2009).

2.6 ANATOMIA DA PELVE FEMININA

A compreensão da anatomia da cavidade pélvica e de suas estruturas é de extrema importância para o entendimento dos processos fisiopatológicos das disfunções que podem ocorrer nesta área do corpo feminino (HORST; SILVA, 2016). Estes autores descrevem, ainda, que “a cavidade pélvica é definida por todos os órgãos, músculos e ligamentos que contribuem para a funcionalidade pélvica” (HORST; SILVA, 2016).

Para Weber et al. (1999, p. 235), pelve é a região abarcada pelo sacro, cóccix, ossos do quadril, e os seus ligamentos, e músculos associados. A pelve feminina é subdividida em maior e menor, sendo que a maior se situa acima da abertura superior da pelve e protege as vísceras abdominais inferiores, denominadas íleo e cólon sigmoide. Quanto à pelve menor, esta oferece a estrutura óssea para os compartimentos da cavidade pélvica e do períneo, separados pelo diafragma.

Outra forma de subdivisão da pelve é a denominação desta de pelve verdadeira e falsa. A abertura para a pelve verdadeira é a entrada pélvica propriamente dita, e sua abertura inferior é a saída pélvica. Já a falsa é formada pelo músculo sobreposto à pelve verdadeira (VANPUTTE; REGAN; RUSSO, 2016, p. 230).

2.6.1 Genitália externa

Para a descrição anatômica da genitália externa feminina, serão detalhados cada um dos seguintes componentes: grandes lábios, pequenos lábios, clitóris, vestíbulo vaginal e monte pubiano. Os grandes lábios separam-se dos sulcos genitofemorais por depressões laterais e pelo tecido conjuntivo gluteoperineal. Na sua face externa, os grandes lábios são cobertos por uma pele pigmentada que contém várias glândulas sebáceas e sudoríparas, assim como terminações nervosas e folículos pilosos. O crescimento de pelos cobre essa área na puberdade.

Já os pequenos lábios delimitam medialmente o vestíbulo vaginal e são menores em extensão caudal, tornando-se justapostos, diante da comissura labial posterior e acima do frênulo pudendo. Os pequenos lábios não contêm pelos e são cobertos somente por uma fina camada de epitélio escamoso cornificado.

Períneo

É a região anatômica de formato losangular situada abaixo do diafragma da pelve. É dividida em região anterior ou urogenital e em região posterior ou anal. A região urogenital difere bastante de acordo com o sexo. Na mulher é composta pela genitália externa feminina, pelo introito vaginal e pela uretra feminina (ROCK; THOMPSON, 1999).

Ânus e canal anorretal

O orifício anal está situado na fenda glútea e margeia o períneo posteriormente. O ânus e a porção perineal do canal anal são fixados, anteriormente, pelo corpo perineal e, posteriormente, pelo ligamento anococcígeo. O canal anal inicia com cerca de seis a dez colunas anais, sendo estas cobertas por epitélio cilíndrico. Na região anal, a zona cutânea é espessada e preenchida por tecido adiposo e glândulas sebáceas (REIFFENSTUHL et al., 1999).

Pelve óssea

A pelve óssea é composta por sacro, cóccix e por dois ossos inominados. Pode ser subdividida em pelve verdadeira e falsa. A pelve verdadeira, ou pelve menor, está situada abaixo da linha terminal, apresenta estruturas ósseas em todos os seus lados e é revestida pelos músculos piriforme e obturador interno. A pelve falsa, ou pelve maior, localiza-se acima da linha terminal e é formada, principalmente, pelos dois íleos e completa-se, anteriormente, em uma projeção em faixa de espinha ilíaca. A pelve verdadeira feminina comporta todos os componentes do sistema genital feminino: a vagina, o útero e as estruturas anexas, como tubas uterinas e ovários, assim como os seguintes órgãos: a bexiga, a uretra, o reto e a porção pélvica do ureter (KASER et al., 1988).

O assoalho pélvico é formado por duas camadas fibromusculares: o diafragma pélvico, que tem formato de funil e é constituído pelos músculos elevadores do ânus e coccígeos, e o diafragma urogenital, composto, principalmente, pelo músculo transverso profundo do períneo. A musculatura do diafragma pélvico é recoberta superior e inferiormente por uma fáscia. Tanto a fáscia inferior como a superior derivam da fáscia pélvica parietal e conectam-se às fâscias do reto, da vagina e da uretra, pertencentes à fáscia pélvica visceral (REIFFENSTUHL et al., 1999).

Musculatura e fáscia

A parede óssea da pelve verdadeira é revestida pelos músculos piriforme e obturador interno. O músculo piriforme se origina na superfície anterior das vértebras S2-S4, lateralmente ao forame sacral. Ele deixa a pelve verdadeira através do forame ciático maior e se insere no grande trocânter. O músculo obturador interno se origina na margem óssea do forame obturador e na membrana obturadora. Ele atravessa o forame ciático menor e também se insere no grande trocânter. Na sua origem, ele completa o canal obturador, localizado na margem superior do forame obturador (WALLWIENER et al., 2012).

Existem quatro aberturas na parede lateral da pelve verdadeira. O forame ciático maior situa-se dorsalmente e faz limite com o grande nódulo ciático de um lado, com o ligamento sacroespinhoso caudalmente e, finalmente, com a porção anterior do ligamento sacrotuberoso dorsalmente. O músculo piriforme atravessa esse forame e forma duas aberturas de tamanhos diferentes: o forame suprapiriforme e o forame infrapiriforme. O forame ciático menor situa-se mais caudalmente. Anteriormente, ele faz limite com o nódulo ciático menor e, cranialmente, com a porção anterior do ligamento sacrotuberoso (WALLWIENER et al., 2012).

O canal obturador, sempre um pouco maior nas mulheres, limita-se cranialmente com uma depressão do obturador, localizada na margem inferior do ramo superior do pube. Esta depressão limita-se, anteriormente, com o tubérculo obturador anterior e, posteriormente, com o tubérculo obturador posterior, que, às vezes, pode estar ausente. Caudalmente, as membranas obturadoras transformam essa depressão em um canal que cursa, oblíqua e inferiormente, em direção à linha média e mede de 2,5 a 3 cm de comprimento (REIFFENSTUHL et al., 1999).

Todas as quatro aberturas servem de passagem para vasos e nervos. O forame supra piriforme serve de passagem para os vasos e nervos glúteos superiores. O forame infra piriforme é atravessado pelos vasos e nervos glúteos superiores, pelos nervos ciáticos, pelo pudendo e cutâneo femoral posterior e pelos vasos pudendos internos. O nervo ciático pode, eventualmente, atravessar as fibras do músculo piriforme (REIFFENSTUHL et al., 1999).

O forame ciático menor abre-se na fossa isquiorretal. Os vasos pudendos internos e o nervo pudendo cursam abaixo e ao redor da espinha isquiática e do ligamento supraespinhal. O forame ciático menor serve como passagem para o músculo obturador interno alcançar o trocânter maior. Os vasos e nervos penetram o canal pudendo imediatamente após a sua passagem pelo forame (WALLWIENER et al., 2012).

O canal obturador se dirige à parte superior da coxa e contém os vasos e nervos obturadores. Devido a delicadas anastomoses, a artéria epigástrica pode, às vezes, substituir a artéria obturadora. No interior da pelve verdadeira, existe uma íntima relação entre a artéria ilíaca e seus ramos, que podem aparecer numa sequência variável, e os forames infra e supra piriforme. Isto também é verdade para os nervos correspondentes (WALLWIENER et al., 2012).

2.6.2 Sistema genital feminino interno.

Os órgãos internos do sistema genital feminino compreendem a vagina, o útero, as tubas uterinas e os ovários. Iremos abordá-los, detalhadamente, a seguir. Os órgãos da genitália externa serão discutidos mais adiante (WALLWIENER et al., 2012).

A vagina é um tubo muscular que se estende, ântero-posteriormente, do introito ao fórnice posterior. A cavidade vaginal comunica-se, superiormente, à cavidade uterina e, inferiormente, ao vestíbulo da vagina. Suas paredes consistem em 3 camadas: uma membrana mucosa, uma camada muscular e outra adventícia, denominada fáscia vaginal. (WALLWIENER et al., 2012).

O útero é um órgão de formato piriforme. Possui superfície posterior e laterais arredondadas e é dividido em fundo, corpo e cérvix ou colo uterino. É composto de três camadas: endometrial; muscular (miométrio) e serosa (perimétrio). Juntamente com a cavidade vaginal, a cavidade uterina forma o canal do parto. (WALLWIENER et al., 2012).

As tubas uterinas têm aproximadamente 12 cm de comprimento e conectam a cavidade uterina à cavidade peritoneal. Esta estrutura repousa sobre o ovário, que está sob contato direto com a tuba por meio das fímbrias tubárias (REIFFENSTUHL et al., 1999).

Em relação aos ovários, na mulher adulta eles situam-se bilateralmente na fossa ovárica, que é a endentação peritoneal formada pelo ângulo da artéria ilíaca comum e sua bifurcação. Nas multíparas, o ovário pode ter um deslocamento dorsocaudal de modo a ter até 5 cm de comprimento, 3 cm de largura e 2 cm de espessura (REIFFENSTUHL et al., 1999 a endentação peritoneal formada pelo ângulo da artéria ilíaca comum e sua bifurcação).

Sobre a porção pélvica do ureter, seu comprimento tem cerca de 15 cm, bem como sua extensão a partir da *linea terminalis* à confluência com a bexiga. Na prática, distinguem-se três partes do ureter pélvico: a porção descendente faz uma curva com convexidade externa, transformando-se então na parte retro vesical ascendente na chamada dobra ureteral. O

segmento ascendente, juntamente com a parte intramural, penetra obliquamente na parede da bexiga e se abre na cavidade vesical pelo orifício ureteral. (WALLWIENER et al., 2012).

Sobre a relação com órgãos adjacentes, ao entrar na pelve verdadeira, o ureter cruza a artéria ilíaca comum próxima à sua bifurcação. Às vezes, ele passa mais lateralmente e cruza a artéria ilíaca externa. Na sua passagem pelo ligamento cardinal, o ureter é cruzado pela artéria uterina e repousa a 1,5-2 cm do colo uterino. Entretanto, em casos isolados ele pode estar a uma distância que vai de 1 a 4 cm do colo. Antes do ureter chegar à base da bexiga, ele ainda se encontra em contato relativamente próximo com o fórnice vaginal anterior. A porção ascendente do ureter pode alterar sua direção como consequência da mudança na posição dos órgãos genitais. Assim, no caso de uma cistocele, por exemplo, o ureter se aproxima da bexiga lateralmente somente quando a cistocele está associada ao prolapso uterino; o ureter pode ainda descer em direção à bexiga (REIFFENSTUHL et al., 1999).

A irrigação sanguínea para o ureter pélvico é realizada por várias artérias diferentes, e um certo grau de variabilidade é esperado. Além de um ramo da artéria ovariana que chega ao ureter, esta estrutura recebe sangue através da artéria ilíaca interna. Todos esses vasos variam no seu número, calibre e na sua origem arterial. A porção ureteral próxima à bexiga tem interesse particular para o ginecologista, pois, durante a cirurgia, a lesão de todos os vasos que suprem o local pode levar a uma perfusão tecidual inadequada com necrose desta seção. A perfusão diminuída ocorre, embora a delicada rede arterial da adventícia possua numerosas anastomoses. Em um ureter sadio, estas anastomoses por si só não são suficientes para proporcionar um suprimento sanguíneo adequado. A lesão da adventícia durante a enucleação ureteral também pode interromper a irrigação sanguínea nesse local (REIFFENSTUHL et al., 1999).

Próximo à bexiga, um ramo da artéria uterina aparece no cruzamento com o ureter. Ele, normalmente, se separa em um ramo ascendente e um ramo descendente; o ramo descendente anastomosa com ramos das artérias vesicais superior e inferior para suprir o ureter. Adicionalmente, um ramo da artéria vaginal frequentemente se dirige à rede adventícia. Devido ao grande número de artérias, qualquer ramo, incluindo o que se origina da artéria uterina, pode ser ligado durante a operação de Schauta sem nenhum problema. Entretanto, enfatiza-se que a adventícia ureteral e seus suprimentos sanguíneos devem ser preservados intactos (REIFFENSTUHL et al., 1999).

Em relação à bexiga urinária, sua localização está superior e posterior à sínfise púbica no espaço retropúbico. Na sua superfície inferior da base da bexiga, conecta-se com o diafragma

urogenital. A base da bexiga continua, anteriormente e superiormente, em direção ao corpo uterino que sobe até o vértice da bexiga. Na superfície interna da base da bexiga, está o trígono, cujos ângulos posteriores são formados pelos orifícios ureterais. A dobra interureteral estica-se entre os dois ureteres que drenam aqui. Anteriormente, o trígono vesical delimita-se com o orifício interno da uretra, cujo lúmen forma uma meia-lua em virtude de uma projeção da membrana mucosa (ROCK; THOMPSON, 1999).

O termo ligamento cardinal foi introduzido em 1880 por Kocks, que falava da *pars cardinalis ligamentum lati* quando se referia à parte basal do ligamento largo. Mackenrodt, em 1895, usou uma denominação ainda mais estrita para as fibras rígidas de tecidos conjuntivos, que uniam o colo à parede pélvica, como o termo “*ligamentum transversale colli* ou *ligamentum latum colli*”. Em 1899, Waldeyer introduziu ambas as expressões na anatomia. Halban e Tandler, em 1907, usaram mais uma vez essas expressões na anatomia ginecológica. Martin, originalmente, caracterizou (em 1911) todas as fibras de tecido conjuntivo direcionadas ao útero como *retinaculum uteri*, enquanto designou a seção corresponde ao ligamento cardinal como *pars media retinaculi uteri*. Ele mudou esta expressão em 1950 quando introduziu um novo termo “*pars media fasciae pelvis*”. Pernkopf e Pichler, em 1945, falavam de uma “*tunica vasorum uteri*, id est “ligamente *cardinale* Mackenrodt”. Eles foram os que, além de Martius (1936), associaram o termo ligamento cardinal ao nome Mackenrodt. Os termos “ligamento cardinal de Mackenrodt”, “ligamento cervical lateral” e “ligamento cervical transversal” são considerados sinônimos na literatura cirúrgico-anatômica americana (HOLLINSHEAD, 1956 apud REIFFENSTUHL et al., 1999).

Em 1930, Amreich definiu o termo “tecido conjuntivo frontal” como sinônimo do termo “ligamento de Mackenrodt”. Artner, Holzener e Schaller (1972) tentaram encontrar uma descrição clara, bem como uma solução para definir essas expressões conflitantes. Isso permite concluir que “ligamento cardinal”, “ligamento cervical transverso”, “ligamento de Mackenrodt” e “pilar cervical” (definido por Amreich) significam a mesma estrutura, sendo, portanto, sinônimos. Para Amreich, o termo pilar cervical representa somente a porção intermediária do ligamento de Mackenrodt. Isso é aceitável, se considerarmos que ele inclui toda a porção frontal da fundação de tecido conjuntivo no termo ligamento de Mackenrodt. Em 1936, Martius usou o termo *retinaculum* para incluir a *pars media* ao ligamento cardinal. Baseados nas regras de prioridade, os termos em discussão só podem ser utilizados para tecido conjuntivo conectando a parede pélvica ao colo. O tecido conjuntivo acima dessa região deve ser designado como paramétrio conectado ao corpo uterino (REIFFENSTUHL et al., 1999).

Na superfície anterior do ligamento cardinal (pilar cervical), encontram-se fibras de tecido conjuntivo embebidas com fibras de músculo liso. Elas cursam, lateralmente, próximo à parede pélvica e, medialmente, próximo ao útero, estendendo-se à fáscia vesical. Coletivamente, essas fibras representam o pilar vesical, cujas fibras mediais também são chamadas de ligamento vesicouterino (*ligamente vesicouterinum*). A maioria dos vasos sanguíneos e nervos passa pela porção lateral do pilar que alcança o ligamento pubovesical (músculo pubovesical). Dentro do ligamento vesicouterino sempre passa a artéria vesicovaginal, que se origina da artéria uterina (variável). Entre as partes medial e lateral do pilar vesical encontra-se tecido areolar frouxo. Todo o tecido conjuntivo lateralmente à bexiga, incluindo o tecido areolar frouxo, é chamado de *paracystium*. (REIFFENSTUHL et al., 1999).

2.6.3 Espaços fasciais

São os espaços formados pelo tecido conjuntivo, preenchidos por tecido areolar frouxo, e podem ser penetrados durante a cirurgia por meio de dissecção romba, permitindo a individualização dessas áreas.

Espaços paravesical e pré-vesical

O espaço paravesical está situado paralelamente à bexiga e ao aspecto anterior do tecido conjuntivo que constitui o pilar vesical. Ele delimita-se, posteriormente, pela raiz do pilar vesical desde o centro do corpo intrapélvico (a raiz do ligamento cardinal) e, lateralmente, pela parede pélvica. Anteriormente, o espaço paravesical transforma-se em espaço pré-vesical que se conecta ao espaço paravesical do lado oposto. O espaço pré-vesical é ocluído inferiormente pelos ligamentos pubovesicais. Os espaços paravesical e pré-vesical representam as partes inferiores do espaço pré-peritoneal (retropúbico) de Retzius (ROCK; THOMPSON, 1999).

Espaço pararretal

Esse espaço delimita-se, lateralmente, pela parede pélvica e, ântero-lateralmente, pela borda posterior do ligamento cardinal ou sua raiz, que consiste no centro do corpo intrapélvico. A borda medial é o pilar retal. Caudalmente, ele se dirige ao assoalho pélvico. O ureter, recoberto pelo tecido conjuntivo que forma a adventícia ureteral, atravessa o pilar retal. A parte

medial do pilar retal é formada pelos ligamentos uterossacos: vasos e nervos passam lateralmente, contendo tecido areolar frouxo.

Pode-se penetrá-lo, através de uma dissecação cirúrgica, por cima entre as bordas do pilar retal, criando espaços localizados medial e lateralmente ao ureter e à dobra ureteral, mas que não representam o espaço pararretal. Os espaços situam-se entre os pilares retais. Quando se penetra entre as bordas dos pilares retais, pode-se avançar até o espaço retovaginal. Medialmente, o espaço pararretal é separado do espaço retrorretal pelo ligamento uterossacro.

O espaço pararretal comunica-se com o espaço paravesical abaixo do ligamento cardinal, pois, como foi mencionado, o ligamento cardinal insere-se dorsalmente no assoalho pélvico por um tecido areolar frouxo (WALLWIENER et al., 2012,).

Espaço retrorretal

O espaço retrorretal se separa lateralmente do espaço pararretal pelos ligamentos uterossacos. Sua parede anterior é formada pela fáscia retal, enquanto a posterior pela fáscia sacral, e sua base pela transição da fáscia superior do elevador em fáscia sacral. (WALLWIENER et al., 2012).

Espaço Vesicocervical

O espaço vesicocervical se estende da bexiga (fáscia vesical) ao colo uterino (fáscia ou adventícia cervical) e é separado do espaço vesicovaginal subjacente pelo septo supravaginal. Cranialmente, este espaço é margeado pela superfície inferior do fundo-de-saco vesicouterino (escavação vesicouterina), enquanto sua borda lateral é formada pelos ligamentos vesicouterinos (WALLWIENER et al., 2012).

Espaços vesicovaginal e uretrovaginal

O espaço vesicovaginal delimita-se, anteriormente, com a bexiga (fáscia vesical), posteriormente, com a vagina (fáscia vaginal) e, superiormente, com o septo supravaginal. Lateralmente a esse tecido, se encontra o tecido conjuntivo mais denso da fáscia endopélvica e do paracystium. O espaço vesicovaginal continua, inferiormente, como espaço uretrovaginal. Esse curto espaço de clivagem está presente somente na porção superior da uretra, pois sua

fáscia encontra-se firmemente aderida à fáscia vaginal em aproximadamente três quartos do comprimento da uretra no septo uretrovaginal (REIFFENSTUHL et al., 1999).

Espaço retovaginal

Tem como limite superior a superfície inferior do peritônio que forma o fundo-de-saco de Douglas. São ocluídos, anteriormente, pela fáscia vaginal e, posteriormente, pela fáscia retal, estreitando-se abaixo do local onde faz limite com o septo retovaginal. Lateralmente, encontram-se os ligamentos uterossacos, podendo ainda penetrar o tecido conjuntivo frouxo do pilar retal (WALLWIENER et al., 2012).

Vale ressaltar que o devido conhecimento da anatomia do tecido conjuntivo pélvico e dos espaços fasciais é de suma importância para os procedimentos cirúrgicos vaginais.

2.7 OS MECANISMOS DE LESÃO DO ASSOALHO PÉLVICO

Os mecanismos de lesão do assoalho pélvico durante a gravidez e o puerpério ainda não estão esclarecidos. Pesquisas sugerem que a gravidez e o parto contribuem para a compressão, alongamento ou rompimento do nervo, músculo e tecido conjuntivo. Função neuromuscular intacta e suporte do órgão pélvico são dois componentes críticos para o funcionamento normal das vísceras pélvicas (HANDA et al., 2018).

Durante o trabalho de parto, a descida da cabeça fetal pode causar alongamento e compressão do assoalho pélvico e dos nervos associados. Este processo pode levar à desmielinização e, subsequentemente, à desnervação. Esse mecanismo de lesão é comprovado por testes neurofisiológicos, incluindo eletromiografia concêntrica por agulha (EMG) e latência do nervo motor do pudendo, os quais demonstraram desnervação dos músculos pubovisceral e do esfíncter do ânus após 40-80% dos partos vaginais. Constituem fatores de risco para esta desnervação e lesão do nervo pudendo: cesárea, segundo estágio prolongado e peso elevado ao nascimento (HANDA et al., 2018).

Estudos de coorte sugerem que a resolução da lesão neuromuscular ocorre na maioria das mulheres durante o primeiro ano após o parto. Entretanto, em alguns casos pode ocorrer o acúmulo de lesão com o aumento da paridade (HANDA et al., 2018).

Já a perda funcional do músculo elevador do ânus pode acarretar em alargamento do hiato urogenital de forma a ocorrer deiscência de órgãos pélvicos. Durante o parto vaginal, a

distensão pubococcígea para a passagem da cabeça do feto pode ocasionar a avulsão do esfíncter anal do púbis em 20% dos casos (HANDA et al. 2018).

Além da injúria nervosa e muscular, a lesão das estruturas do tecido conjuntivo pode causar outro mecanismo pelo qual o parto pode estar associado a desordens do assoalho pélvico, especialmente ao prolapso de órgão pélvico (HANDA et al., 2018).

O Prolapso apical é o desvio em sentido descendente do útero e do colo uterino – denominados em conjunto de apex vaginal. Esta estrutura é suportada por meio da integridade dos ligamentos uterossacral e cardinal, da fáschia endopélvica e da funcionalidade do músculo elevador do ânus (HANDA et al., 2018).

Acredita-se que a etiologia do prolapso apical esteja relacionada a distúrbios do tecido conjuntivo, nervoso, esquelético ou de uma miscelânea destes nas estruturas responsáveis pelo suporte do apex vaginal. Como normalmente estes defeitos não estão restritos a um único local, é raro ocorrer prolapso apical isolado, seja das paredes vaginais anterior ou posterior (KENTON et al., 2018).

2.8 TERMINOLOGIA

Martins et al. (2007) leva em consideração o órgão que prolapsou na maioria das descrições de prolapso: cistocele (bexiga), prolapso uterino (útero), enterocele (intestino), uretrocele (uretra), retocele (reto) e prolapso de cúpula vaginal. A classificação mais utilizada no meio médico é a de Baden e Walker, afirma Bezerra et al. (2004), cujos termos são usados para os diferentes compartimentos, classificando a distopia da uretra e da bexiga, uretro ou cistocele, nos graus: 0, 1º, 2º, 3º e 4º grau. A distopia da parede vaginal posterior, retocele e/ou enterocele, é classificada de acordo com a gravidade: leve, moderada e grave. Juma, Little e Raz (1993, apud Bezerra et al., 2004) classificam o prolapso uterino em 1º, 2º e 3º graus, com o colo pinçado e tracionado durante o exame genital.

Desta forma, a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a Sociedade Americana de Uroginecologia e a Sociedade dos Cirurgiões Ginecológicos propuseram uma nova classificação, mais objetiva, visando uniformizar as descrições sobre as distopias genitais. Elaboraram o protocolo de padronização, que em 1996 foi adotado e validado formalmente, após estudos mostrarem a capacidade de realização do método, variabilidade intra e interobservador e sua utilidade clínica. (ARTHANASIOU et al., 1995; BUMP et al., 1996 apud MARTINS et al., 2007, p. 2).

2.9 QUADRO CLÍNICO DA PACIENTE COM POP

“A grande maioria das pacientes com prolapso genital inicial é assintomática e as queixas estão diretamente relacionadas com a evolução da distopia”. (SWIFT et al., 2001 apud MARTINS et al., 2007, p. 4). No estudo de Swift et al., afirma-se que apenas 2% das pacientes avaliadas pela nova classificação como estágio 2 apresentavam descrição característica à “bola na vagina”, elevando este percentual para 78% nas pacientes com estágio 3, inicialmente acusando a sensação de peso que surge ou se acentua durante o esforço físico, piorando durante o dia e melhorando com o repouso. Com a piora do prolapso, asseveram Martins et al. (2007), pode surgir dor no hipogástrio, de intensidade variável, com irradiação para a região lombar. A dor é atribuída ao estiramento progressivo dos ligamentos, os quais se acham relacionados com terminações nervosas sensitivas.

Quando o prolapso é de longa duração pode surgir lesão ulcerada no colo, em geral de origem traumática, que facilmente sangra e se infecta, constituindo a “úlcer de decúbito”. Sintomas urinários, tais como disúria, polaciúria, urgência, incontinência, retenção urinária, isolados ou associados dependem da idade, duração e do grau do prolapso. A infecção urinária de repetição é também relatada (SHULL, 1993).

Sartori et al., (1995) observou que quanto maior o prolapso menor a frequência de perda urinária ao esforço, provavelmente pela angulação ou compressão uretral pelo prolapso acentuado. Quanto aos sintomas intestinais, anotam-se obstipação intestinal crônica e dificuldade para a exoneração fecal na vigência de retoccele acentuada, rotura perineal ou enterocele. Podem coexistir graus variáveis de incompetência do esfíncter externo do ânus, que se manifesta por incontinência fecal ou de gases.

As pacientes relatam ainda certo grau de disfunção sexual. A dispareunia é pouco comum, sendo mais frequente a dificuldade de penetração, decorrentes de grandes prolapso.

2.10 PRÉ E PÓS OPERATÓRIO

Anamnese, exame físico e exames complementares

Durante a vida da mulher, tanto a anatomia como a fisiologia do assoalho pélvico se alteram em decorrência de diversos fatores como a hereditariedade, a idade, o parto vaginal, a menopausa, a prática de atividade física etc. Outros fatores afetam tanto a posição (anatomia) como a função (fisiologia) do assoalho pélvico, cujos sintomas resultantes incluem desconforto, prejuízo da capacidade de reter ou eliminar urina e/ou fezes e de consumir relações sexuais, comumente mencionados de forma generalizada como disfunções do assoalho pélvico. Embora sejam tradicionalmente descritas em separado, as alterações na posição (prolapso de órgãos pélvicos) e as disfunções são processos inter-relacionados (FIGUEIRÊDO NETTO et al., 2009).

A paciente portadora de prolapso dos órgãos pélvicos deve ser cautelosamente interrogada e examinada. O cirurgião deve se familiarizar com a história da paciente, além de ter sensibilidade para persuadi-la a expor, detalhadamente, suas queixas e sintomas, já que, frequentemente, são assuntos que ela nunca discutiu com seus familiares ou amigos. Também é necessário explicar a natureza dos problemas da paciente e as alternativas terapêuticas disponíveis, valendo-se de linguagem simples, até mesmo coloquial, no intuito de fazer com que ela possa compreender com mais facilidade (FIGUEIRÊDO NETTO et al., 2009).

A anamnese deve iniciar com uma avaliação da percepção que a paciente possui de seu problema, informação que ajuda a determinar que objetivos específicos ela pode ter. A paciente pode ter receio de ruptura de seu prolapso, ou mesmo que este seja causado por uma tumoração maligna. Ela pode ou não estar interessada na manutenção da função reprodutiva, da função coital ou, simplesmente, na preservação do canal vaginal, caso suas circunstâncias sociais mudem no futuro. Algumas mulheres se acostumam com um prolapso avançado, relatando muito pouco incômodo pela herniação. Elas podem simplesmente estar interessadas em saber se o prolapso representa um risco para a sua saúde (FIGUEIRÊDO NETTO et al., 2009).

Outras pacientes podem ter expectativas irreais quanto à cirurgia para a correção de seu problema. Um exemplo típico desta situação são os prolapsos associados à urge-incontinência, em que a paciente, muitas vezes, imagina que a correção da distopia, necessariamente, levará à cura da perda urinária. Neste caso, é importante que o cirurgião seja honesto e direto ao explicar o que deve ou não melhorar com a cirurgia (FIGUEIRÊDO NETTO et al., 2009).

Os hábitos urinários, intestinais e sexuais da paciente são muito importantes na elaboração de um plano terapêutico adequado. As pacientes com perda de urina aos esforços, associada ao prolapso de órgãos pélvicos, devem ser avaliadas quanto ao tipo de incontinência urinária, presença de contrações involuntárias e outros sintomas vesicais irritativos. É comum a paciente relatar a perda urinária no passado e, à medida que seu prolapso aumentava, passou a ter dificuldades para urinar ou mesmo retenção urinária, os quais frequentemente estão associados ao esvaziamento incompleto da bexiga, com resíduo miccional elevado. O hábito intestinal da paciente deve ser interrogado, assim como a presença ou não de incontinência fecal, um tabu que muitas relutam em discutir (FIGUEIRÊDO NETTO et al., 2009).

A necessidade de manobras compensatórias para completar a defecção, como o reposicionamento manual de um prolapso de parede vaginal posterior ou pressão sobre a região perineal, também deve ser investigada. O cirurgião também deve questionar, de modo respeitoso e sem julgamento de valores, os objetivos sexuais da paciente (FIGUEIRÊDO NETTO et al., 2009).

A história cirúrgica pregressa, especificamente voltada para as tentativas anteriores de correção do prolapso, pode auxiliar na detecção de distorções anatômicas implicadas na sintomatologia da paciente. Como, frequentemente, as portadoras de prolapso genital pertencem a uma faixa etária mais avançada, é necessário que elas estejam em condição clínica satisfatória para suportar um procedimento cirúrgico, principalmente do ponto de vista cardiopulmonar. Outros aspectos relevantes a serem considerados são a presença de diabetes, obesidade, tabagismo, o uso de medicações, as limitações de mobilidade e o risco tromboembólico (FIGUEIRÊDO NETTO et al., 2009).

Alguns serviços recomendam que toda paciente agendada para a cirurgia eletiva consulte um anestesiológico para uma avaliação pré-operatória mais criteriosa, evitando a realização de exames desnecessários (ROIZEN et al., 1987 apud FIGUEIRÊDO NETTO, 2009).

O exame da paciente portadora de prolapso requer o conhecimento da anatomia normal. Os lábios vaginais são afastados para inspeção do intróito vaginal. O prolapso pode ser interno (proximal em relação ao hímen), ou externo (distal ao hímen), e sua severidade pode aumentar consideravelmente à realização da manobra de Valsalva. Se a paciente relata um prolapso não evidenciado ao exame ginecológico, ou mesmo se este é muito menos acentuado do que ela descreve, a paciente deve ser examinada em posição ortostática, na tentativa de reproduzir toda a extensão da distopia (FIGUEIRÊDO NETTO et al., 2009).

Para definir a melhor estratégia cirúrgica em cada paciente, após a identificação dos órgãos prolapsados, o cirurgião pode reposicionar o órgão que mais se exterioriza ao nível das espinhas isquiáticas. Com esta “cirurgia virtual”, consegue-se prever o resultado anatômico da cirurgia e definir quais procedimentos adicionais serão necessários em cada caso (FIGUEIRÊDO NETTO, 2009).

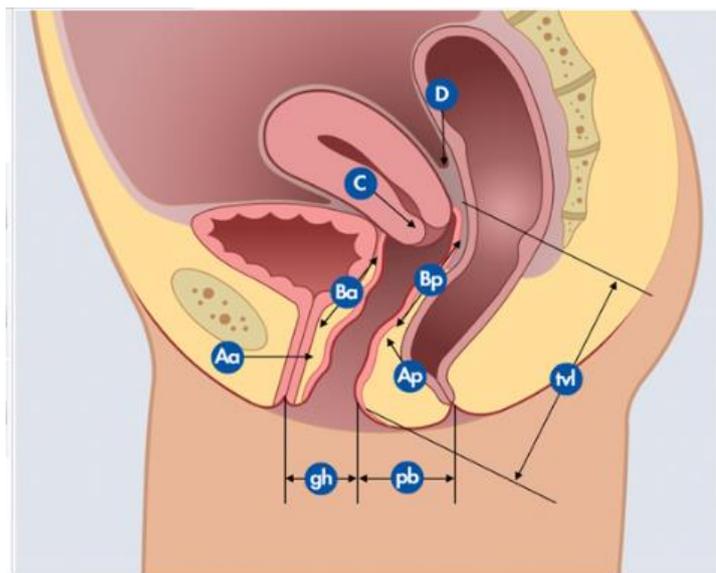
A integridade da musculatura do diafragma pélvico está relacionada à capacidade de contração voluntária, devendo ser avaliada pressionando a parede vaginal posterior e solicitando que a paciente contraia os músculos. O exame retal digital é útil tanto na diferenciação entre retocele e enterocele quanto na avaliação de uma eventual atenuação ou descenso do corpo perineal, com a introdução simultânea do dedo polegar no introito vaginal. A presença de atrofia do epitélio vaginal também deve ser observada, pois a tela sintética deverá ser recoberta por um tecido rico em estrogênio e com espessura adequada (FIGUEIRÊDO NETTO et al., 2009).

Os exames complementares devem ser solicitados de acordo com a necessidade que cada situação exige. Não há consenso quanto à indicação do estudo urodinâmico, havendo aqueles que o realizam em todas as pacientes a serem operadas, e outros que preferem utilizá-lo em casos com história complexa e atípica (sintomas irritativos, enurese, alterações neurológicas etc.), ou nas recidivas do tratamento cirúrgico da incontinência urinária. Nas pacientes com distopia avançada, a avaliação urodinâmica deve ser realizada com redução do prolapso, evitando, assim, a alteração do resultado pela compressão extrínseca (FIGUEIRÊDO NETTO et al., 2009).

Os exames de imagem, contrastados ou não, podem, eventualmente, ser empregados para esclarecer dúvidas quanto à integridade dos trato urinário e intestinal, e também para uma identificação mais apurada do órgão prolapsado. As eventuais complicações decorrentes da exteriorização dos órgãos pélvicos, como, por exemplo, uma hidronefrose por acotovelamento ureteral, também devem ser esclarecidas na avaliação pré-operatória das candidatas à cirurgia (FIGUEIRÊDO NETTO et al., 2009).

2.10.1 POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system)

Figura 01: Pelvic Organ Prolapse Quantification System



Fonte: <https://itunes.apple.com/us/app/augs-pop-q/id1214333063?mt=8>

Princípios estabelecidos:

- O examinador deve identificar o ponto de maior distopia pedindo a confirmação da paciente, com esforço (Valsalva), inclusive de pé ou por meio de tração do ponto máximo de prolapso.

- **Ponto fixo:** O hímen passou a ser o ponto de referência, e o prolapso é quantificado em centímetros a partir do mesmo. Se acima do hímen, será negativo (-1, -2 e -3 cm), e se abaixo, será positivo (+1, +2 e +3 cm).

- **Pontos de referência:** Dois pontos na parede anterior, dois na superior e dois na posterior.

- **Ponto Aa** (ponto A da parede vaginal anterior): Localizado três centímetros para dentro do hímen na linha média da parede anterior da vagina. Sua posição varia de -3 cm a +3 cm. Para sua determinação, coloca-se a marcação (régua) no ponto -3cm em repouso, e, depois, se observa onde ele se localiza quando a paciente faz esforço.

- **Ponto Ba** (ponto B da parede vaginal anterior). Representa o ponto de maior prolapso na parede vaginal anterior. Na ausência de prolapso, ele se localiza em -3 cm, e, se há prolapso total, ele equivale ao comprimento vaginal total. Para sua determinação, utiliza-se o espéculo de Sims para afastar a parede vaginal posterior e pede-se para a paciente fazer esforço, sendo que o ponto que mais exteriorizou será o ponto Ba.

- **Ponto C:** Ponto mais distal do colo uterino ou da cúpula vaginal pós-histerectomia. Para a determinação de seu ponto, passa-se espéculo de Sims e localiza o colo, encosta-se a marcação (régua) no colo e, em seguida, pede-se para

a paciente fazer esforço. Dessa forma, determina-se até onde o colo vai em direção ao hímen.

Ponto D: Localizado no fórnice vaginal posterior, no nível de inserção dos ligamentos uterossacrais. Na ausência do útero, este ponto é omitido. Ao se determinar o fórnice posterior, coloca-se a marcação, em seguida, pede-se que a paciente faça esforço e, com isso, encontra-se o ponto D.

Ponto Ap: Localizado na linha média da parede vaginal posterior, análogo ao ponto Aa.

Ponto Bp: Ponto de maior prolapso da parede vaginal posterior, análogo ao ponto Ba.

Comprimento vaginal total (cvt): Medida da maior profundidade vaginal. Para ser calculado, não precisa da realização de esforço pela paciente.

Hiato genital (hg): Medida do meato uretral externo até a linha posterior do hímen ou fúrcula. Medida determinada em repouso.

Corpo perineal (pb): Medida da fúrcula até o centro do orifício anal. Também não necessita de esforço da paciente para a sua realização. Após a determinação dos pontos, classifica-se os prolapsos em:

Estádio 0: Ausência de prolapso. Os pontos Aa, Ap, Ba e Bp estão em -3cm, e os pontos C e D estão entre o CVT e o CVT -2cm.

Estádio I: O ponto de maior prolapso está localizado até 1 cm para dentro do hímen (-1cm).

Estádio II: O ponto de maior prolapso está localizado entre -1cm e +1cm (entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen).

Estádio III: O ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm para fora do hímen, porém sem ocorrer eversão total.

Estádio IV: Eversão total do órgão prolapsado. O ponto de maior prolapso fica, no mínimo, no comprimento vaginal menos dois cm (LAYCOK, 2001).

.11 TRATAMENTO DO POP

A cirurgia de reconstrução vaginal está relacionada ao retorno das relações anormais entre os órgãos a um estado habitual ou normal. Não há um único local ou grau de lesão que deva ser reparado ou restaurado; há muitos locais que ocorrem em várias combinações, em vários momentos da vida, por diferentes fatores etiológicos, em graus variáveis de sintomatologia e incapacidade (NICHOLS E RANDALL, 1989 apud ROCK; THOMPSON, 1999, p.756).

As pacientes com graus variáveis de prolapsos uterovaginal e vaginal pós-histerectomia de diferentes etiologias e diversos estágios de sintomas podem ser tratadas de acordo com as seguintes escolhas e opções, dependendo de várias circunstâncias individuais:

- Conduta expectante;
- Tratamento cirúrgico;
Histerectomia vaginal, culdoplastia posterior, colporrafia (com ou sem fixação ao ligamento sacroespinhal ou outra fixação);
Histerectomia vaginal, fechamento do saco de enterocele, colpectomia total, colporrafia, colpocleise;
Colporrafia vaginal e histerectomia abdominal combinadas, culdoplastia de Moschcowitz, colpoplexia sacra e uretrocolpoplexia suprapúbica;

Operação de Manchester;
Colpocleise de LeFort e colporrhafia;
Reparo vaginal e suspensão uterina (com ou sem cervicopexia sacra);
- Pessários. (ROCK; THOMPSON, 1999, p.756).

É difícil apresentar as vantagens e desvantagens das diversas escolhas e opções para todas as pacientes. Entretanto, a paciente merece compreender sua condição tão claramente quanto seu médico possa descrevê-la. Para fornecer um consentimento informado, ela também deve conhecer o melhor possível os prós e os contras das opções de tratamento. (KASER et al., 1988).

Conduta expectante

A maioria das pacientes com graus leves de prolapso uterovaginal ou prolapso vaginal pós-histerectomia terá seu diagnóstico feito durante um exame ginecológico de rotina. Essas pacientes podem não apresentar sintomas ou apresentá-los de forma relativamente leve. Nessas circunstâncias, o reparo cirúrgico não é indicado. A paciente deve ser informada de sua condição e dos problemas associados que poderiam agravar o relaxamento do assoalho pélvico com o passar do tempo (por exemplo, tosse crônica, obesidade, constipação crônica). Devem ser instituídas medidas para evitar ou corrigir os problemas associados (ROCK; THOMPSON, 1999).

As mulheres na pós-menopausa devem ser aconselhadas a aceitar a terapia de reposição estrogênica, exceto se houver contra-indicação. As pacientes devem aprender a técnica de exercícios da musculatura perineal e devem ser incentivadas a realizá-los assiduamente. Além disso, podem ser prescritos cones vaginais de peso crescente, conforme recomendação de Plevnik, Stanton e colaboradores, dentre outros. Devem ser feitos exames periódicos para determinar a condição de sustentação dos órgãos pélvicos e a sintomatologia e para reforçar a motivação da paciente em continuar as medidas preventivas. Espera-se que essa conduta evite a necessidade de operação no futuro. Devido à interferência na função do trato urinário, as pacientes com graus avançados de prolapso não devem ser tratadas de forma expectante (WALLWIENER et al., 2012).

Tratamento cirúrgico

O tratamento do prolapso de órgãos pélvicos, avançado e sintomático, é basicamente cirúrgico. São realizadas, anualmente, para esta indicação cerca de 400.000 operações nos

Estados Unidos. O reparo do prolapso de órgãos pélvicos representa cerca de 60% das operações ginecológicas de grande porte (ROCK; THOMPSON, 1999)

Apenas as pacientes com prolapso que possuem sintomas significativos e que solicitam alívio devem ser consideradas indicadas para a cirurgia. Mesmo entre estas pacientes, algumas com graus leves de prolapso com sintomas podem receber uma prova de conduta expectante conservadora, descrita mais cedo, antes de concordar com a cirurgia. Na verdade, a correção cirúrgica de graus leves de prolapso na ausência de outros problemas ginecológicos associados raramente é necessária. Em algumas pacientes, cuja principal solicitação é a esterilização cirúrgica, a histerectomia e o reparo vaginais podem ser selecionados como o método apropriado para se obter esterilização, se também houver prolapso uterovaginal sintomático (ROCK; THOMPSON, 1999).

Escolha das cirurgias

Para Rock e Thompson (1999), existem várias operações dentre as quais escolher para se corrigir o prolapso de órgãos pélvicos. A escolha apropriada dentre os vários procedimentos dependerá de uma avaliação cuidadosa dos seguintes fatores:

Estado de saúde geral da paciente

A idade da paciente é importante, sobretudo porque pode refletir maior a probabilidade de doenças clínicas associadas. A avaliação clínica cuidadosa pode indicar que uma operação levaria a um grande risco e não deve ser realizada. Em outras pacientes, deve ser administrada uma anestesia local ou uma anestesia de bloqueio ou geral breve. Na maioria das pacientes, a saúde geral é suficientemente boa para permitir qualquer operação. A maioria das pacientes pode tolerar o anestésico quando administrado habitualmente. Apenas algumas pacientes com prolapso acentuado devem ser submetidas à colpocleise de LeFort sob anestesia local, geral breve ou de bloqueio.

Grau e tipo de prolapso de órgãos pélvicos

Algumas operações são satisfatórias para graus leves e moderados de prolapso, mas não produzirão resultados permanentemente satisfatórios em pacientes com prolapso completo. Por exemplo, a histerectomia vaginal com culdoplastia posterior e colporrafia tende a produzir resultados satisfatórios em pacientes com graus leves e moderados de prolapso, mas não é tão efetiva em produzir resultados permanentemente satisfatórios se houver uma procidência completa. Nunca se usa a operação de Manchester na procidência completa. A sutura dos ligamentos cardinais na frente da cérvix, juntamente com a colporrafia anterior e posterior, não proporciona sustentação suficiente para corrigir a procidência completa. Com graus avançados de prolapso, outros procedimentos, como fixação ao ligamento sacroespinal, colpoplexia sacra, ou colpectomia com colpocleise, podem ser necessários para proporcionar a sustentação adequada da cúpula vaginal e, espera-se, um resultado satisfatório permanente (ROCK; THOMPSON, 1999).

Em algumas pacientes, o prolapso pode corresponder à cérvix alongada, muito embora a cérvix se protraia além do intróito, o corpo uterino ainda pode estar em posição relativamente normal na pelve. Há registro de cérvix prolapsada de até 10 cm. A operação de Manchester com amputação cervical, plicatura anterior dos ligamentos cardinais e colporrafias apropriadas podem proporcionar sustentação adequada para esta paciente. Se houver uma enterocele, será difícil repará-la sem remover o útero. Para reparar a enterocele apropriadamente, é preferível remover o útero na maioria das pacientes. Entretanto, em mulheres idosas sem procidência completa que são sintomáticas e possuem apenas a cérvix alongada, a operação de Manchester é mais fácil de ser realizada do que outras operações e tende a produzir resultados mais satisfatórios. Obviamente, deve-se realizar previamente à dilatação e à curetagem para excluir doenças endometrial. Se os achados macroscópicos das curetagens levantarem a mínima suspeita de neoplasia maligna, a operação deve ser adiada até que o relato final da patologia esteja disponível. (ROCK; THOMPSON, 1999).

Princípios de cirurgia para o prolapso dos órgãos pélvicos

Ao se considerar a cirurgia para a correção do prolapso uterovaginal e de outros órgãos pélvicos, o cirurgião ginecológico é aconselhado a pensar em termos de princípios cirúrgicos e não apenas em uma técnica cirúrgica específica. Por exemplo, o cirurgião deve lembrar que o útero não é o causador de prolapso uterovaginal, da mesma forma que o prolapso uterino é o resultado e não a causa. A realização apenas de uma histerectomia não resolverá o problema de prolapso. Na verdade, pode não ser absolutamente necessário remover o útero em todos os casos. A remoção do útero facilitará o reparo de uma enterocele. A preservação do útero no

lugar anatômico pode facilitar o reparo de uma cistocele. A sustentação das paredes vaginais, cúpula e introito vaginal é a parte mais importante da operação, não a histerectomia, embora, geralmente, seja desejável remover o útero por outras razões (ROCK; THOMPSON, 1999).

O cirurgião deve reparar todos os relaxamentos, embora eles sejam pequenos, uma vez que estes pequenos defeitos na sustentação, provavelmente, tornar-se-ão grandes problemas no futuro se não forem reparados. Embora a maioria dos defeitos de sustentação pélvica possa ser identificada por avaliação pré-operatória meticulosa, cirurgiões ginecológicos experientes também reconhecem o valor do exame intra-operatório para tomar a decisão final sobre que procedimento cirúrgico realizar (ROCK; THOMPSON, 1999).

Sempre que possível, o cirurgião deve tentar recriar a anatomia normal, tendo como meta a manutenção do comprimento normal da vagina, já que a vagina encurtada é mais propensa à reincidência do prolapso novamente. Assim, a vagina deve ser suspensa em sua orientação posterior normal em direção a S-3 e S-4 e sobre a lâmina do levantador e do reto. O cirurgião deve evitar suspender a cúpula vaginal anterior até a parede abdominal. A fixação ventral do ápice vaginal é uma posição não anatômica que expõe a parede vaginal pósterosuperior à pressão intra-abdominal e aumenta o risco de formação de enterocele subsequente (ROCK; THOMPSON, 1999).

O calibre de uma vagina grande deve ser reduzido, mas não tanto a ponto de tornar-se difícil, dolorosa ou mesmo impossível a prática sexual. Os resultados da operação serão melhores se uma vagina de grande calibre for estreitada até o calibre normal (WALLWIENER et al., 2012).

A resistência das várias estruturas de sustentação deve ser avaliada. Se forem frágeis, não devem ser usadas para proporcionar sustentação segura na reconstrução. Por exemplo, se os ligamentos uterossacos forem fracos, devem ser usados, mas não para a sustentação. Também devem ser usadas outras técnicas para a sustentação (fixação ao ligamento sacroespinal e outras mais). O fundo de saco deve ser fechado e enteroceles reparadas em todos os casos, se possível. Isso deve ser feito mesmo quando se realiza uma colpectomia total e colpocleise, e, principalmente, quando se realiza uma colpouretropexia suprapúbica de Burch. (ROCK; THOMPSON, 1999).

Deve ser realizada uma colpoperineorrafia posterior em todos os casos, se possível. O reparo da parede vaginal pósteroinferior proporciona alguma sustentação da parede vaginal anterior e alonga a vagina. Deve ser realizado cuidadosamente para evitar constrição desnecessária do introito e da vagina. O ângulo uretrovesical deve ser sustentado separadamente

para corrigir ou evitar incontinência urinária por esforço verdadeira. É fundamental realizar uma colporetropexia suprapúbica de Burch quando se realiza uma colpopexia sacra. Também é importante realizar uma colporrafia anterior quando a cúpula vaginal é suspensa até o ligamento sacroespinhal (ROCK; THOMPSON, 1999).

Houve avanços importantes na tecnologia das suturas nos últimos tempos. Não é mais aceitável utilizar fios de catagute nas operações para corrigir o prolapso de órgãos pélvicos. A seleção apropriada de fios permanentes e de absorção tardia sintéticos melhora os resultados da operação por incentivo de formação de tecido conjuntivo ideal. Dessa forma, o cirurgião deve tomar uma decisão independente acerca de cada parte da operação. Cada operação deve ser individualizada de acordo com os sintomas e os achados físicos de cada caso. A exigência mais importante para a sustentação satisfatória, bem como um resultado satisfatório, é uma vagina de calibre e comprimento normais, com seu ápice fixado em posição apropriada posteriormente sobre a lâmina do levantador, apontando para a concavidade do sacro (ROCK; THOMPSON, 1999).

Acerca dessa filosofia de aplicação dos princípios cirúrgicos, Bonney fez a seguinte declaração:

Um cirurgião que declara que a operação que emprega para o prolapso é a de Jones, ou a de Smith ou a de Robinson também declara que pertence àquela seção considerável de seres humanos que preferem que outra pessoa pense por ele. Imagine um alfaiate que anunciasse que corrige o mal caimento de uma calça pelo método de Jones! Senhores, nessa questão somos todos alfaiates, e nosso objetivo não deve ser o de realizar uma determinada operação pré-concebida, mas, nas palavras do imortal Carrasco Gilbert, “tornar a punição proporcional ao crime”, empregando apenas aquelas dissecções, excisões, reajustes e suturas que, se possível, deixarão as partes acometidas “tão boas quanto novas”. (ROCK; THOMPSON, 1999, p.758-59).

2.12 TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA O PROLAPSO DE ÓRGÃOS PÉLVICOS

Quando o médico expressa sua opinião sobre as várias operações disponíveis para o prolapso de órgãos pélvicos, torna-se bastante claro que há lugar para diferenças de opinião sobre este tema. Em muitos casos, podem ser obtidos resultados igualmente satisfatórios por mais de um método. Isso explica por que há fortes defensores dos diferentes tipos de procedimentos. Supõe-se que todo cirurgião que defende fortemente uma determinada operação o faz por acreditar que o procedimento tem dado resultados satisfatórios em suas mãos. Não há dúvida de que a habilidade individual do cirurgião, em uma determinada operação, é um grande fator nos resultados. Entretanto, não importa quão habilidoso um cirurgião possa se tornar em

um procedimento preferido, ele não deve permitir que o entusiasmo por este supere o julgamento acerca de sua indicação (ROCK; THOMPSON, 1999).

Histectomia vaginal, culdoplastia posterior e colporrafia (com ou sem fixação ao ligamento sacroespinal)

Desde meados do século XX, observa-se o uso crescente da histectomia vaginal com colporrafia como o principal método de tratamento cirúrgico do prolapso uterino sintomático em conjunto com cistocele, retocele ou enterocele. Originalmente, tinha-se a visão conservadora em relação aos benefícios deste procedimento, porque existia a preocupação de que ele pudesse ter sido realizado com maior frequência do que as indicações corretas. Agora que a experiência com essa operação aumentou, é consenso que ela tenha atingido uma posição fundamental no tratamento de graus leves e moderados de prolapso sintomático do útero. Quando realizada apropriadamente, com atenção meticulosa aos detalhes anatômicos associados ao relaxamento pélvico, é um instrumento útil no tratamento dessa condição. (ROCK; THOMPSON, 1999).

A principal complicação que permeou o fracasso desse procedimento em anos anteriores foi o descuido de uma enterocele coexistente. A falta de correção deste defeito anatômico produzia elevada incidência de prolapso pós-histectomia da cúpula vaginal. O tempo e a experiência melhoraram este risco e relegaram a operação ao seu local apropriado e preferido em cirurgia ginecológica. Embora haja certo ceticismo acerca dessa operação como cura para o prolapso uterino, acredita-se que ela possa ser usada com sucesso em casos apropriados selecionados se for dada atenção à sustentação adequada do ápice da vagina (ROCK; THOMPSON, 1999).

A maioria das pacientes na pré-menopausa com sintomas e achados físicos significativos de prolapso uterovaginal escolhe uma operação que inclui a remoção do útero, de forma que possam ser aliviadas da menstruação abundante, da dismenorreia cansativa e da necessidade de contracepção. A maioria das pacientes na pós-menopausa também opta pela histectomia, de forma que a reposição de estrogênio sem progesterona possa ser feita em períodos mensais e sem a necessidade de biópsias endometriais periódicas. Além disso, há o benefício de remover um órgão que pode ser o futuro local de neoplasia maligna. Pode ser encontrada a afecções uterina e anexial incidental importante em algumas pacientes (até 50%, de acordo com Falk e associados) (ROCK; THOMPSON, 1999).

Segundo Rock e Thompson (1999), Krige constatou doenças macroscópicas não suspeitadas e assintomáticas em 36 dentre as 200 pacientes na pós-menopausa submetidas ao reparo de prolapso genital combinado à histerectomia vaginal. A maioria das pacientes teria necessitado de tratamento posterior se o útero não tivesse sido removido. Obviamente, as operações para o prolapso uterovaginal devem ser precedidas por curetagem. Se os achados macroscópicos das curetagens forem sugestivos de neoplasia maligna, a operação deve ser interrompida até que tenha sido determinada a afecções do endométrio. O diagnóstico do corte por congelamento preciso de doença endometrial é difícil, mesmo nas mãos mais experientes. A técnica de histerectomia vaginal e culdoplastia posterior é comumente usada para diversas outras condições além do prolapso uterovaginal (ROCK; THOMPSON, 1999).

No prolapso uterovaginal completo crônico, a vagina e o útero estão em uma posição cronicamente baixa. A obstrução do hiato genital causa congestão venosa. A hemorragia constante de grandes veias dilatadas pode ser um problema durante a dissecação. O grau de perda sanguínea pode ser reduzido, injetando-se soro fisiológico por via submucosa, dissecando-se em planos apropriados, e rapidamente ligando ou coagulando os vasos hemorrágicos persistentes. A forma mais importante de controlar o grau de perda de sangue pode ser a de concluir a operação sem demora. A quantidade de perda de sangue deve ser cuidadosamente monitorizada e repostada quando necessário, preferencialmente com sangue autólogo pré-armazenado. (ROCK; THOMPSON, 1999).

O segundo problema é o achado frequente de uma cérvix alongada. Podem ser necessários sucessivos e múltiplos clampeamento e ligadura dos tecidos de cada lado da cérvix antes da abertura do fundo de saco e antes de os vasos uterinos e as estruturas do ligamento largo superior poderem ser clampeados e ligados.

Como a maioria das operações para o prolapso avançado é realizada em mulheres na pós-menopausa, é perfeitamente aceitável e geralmente possível remover ambas as tubas e os ovários por via vaginal simultaneamente, eliminando, assim, a possibilidade de desenvolvimento posterior de câncer ovariano. Entretanto, não recomendamos a remoção de ovários normais em mulheres na pré-menopausa, exceto se houver uma forte história familiar de câncer ovariano (ROCK; THOMPSON, 1999, p.762).

Quando a histerectomia vaginal é realizada por outras indicações na ausência de prolapso uterino e problemas de relaxamento vaginal, o calibre vaginal normal não deve estar reduzido, principalmente na cúpula. A constrição da cúpula poderia resultar em dispareunia.

No prolapso uterovaginal, a plicatura dos ligamentos através da linha média, de um lado ao outro, e o fechamento em 360° do peritônio ainda podem predispor à dispareunia, colocando

os ovários em uma posição sobre o ápice vaginal. Isto deve ser evitado quando possível em mulheres na pré-menopausa. Em pacientes na pós-menopausa com prolapso uterovaginal, nas quais os ovários são atróficos ou foram removidos, pode ser escolhida uma técnica de fechamento do ápice vaginal que resulte em alguma constrição para proporcionar melhor sustentação da cúpula. Isto é, particularmente, apropriado quando o prolapso uterovaginal é avançado, e o espaço vaginal superior precisa ser reduzido para um calibre normal, enquanto se preserva o comprimento (ROCK; THOMPSON, 1999).

Como afirmado anteriormente, não se crê veementemente que uma técnica padrão de histerectomia vaginal e colporrafia isolada produzirá sustentação a longo prazo quando realizada para o prolapso uterovaginal avançado. Nos graus leve e moderado de prolapso, sempre deve ser realizada a culdoplastia posterior para fechar o fundo de saco, plicar os ligamentos uterossacros na linha média e suspender o fórnice vaginal posterior (a parte mais profunda da vagina) até estes ligamentos. Podem ser necessárias até três suturas de culdoplastia para se fechar o fundo de saco e sustentar a cúpula (ROCK; THOMPSON, 1999).

Hirsch relata que a culdoplastia posterior de McCall é o procedimento primário usado em sua clínica em Tübingen para sustentar a cúpula vaginal, e é o principal procedimento usado como profilaxia da enterocele pós-histerectomia após histerectomia vaginal e abdominal. Em 186 procedimentos, a única complicação foi um caso de torção ureteral. Essa técnica é usada com essa finalidade em muitas clínicas nos Estados Unidos também. Given descreveu o uso da culdoplastia posterior de McCall em pacientes com enterocele e prolapso completa. Também pode ser usada a culdoplastia de Torpin (ROCK; THOMPSON, 1999).

Deve-se reconhecer que a culdoplastia de McCall coloca os ureteres sob risco de lesão. A obtenção de comprovação da integridade ureteral deve ser rotineira antes da conclusão da operação. O método mais conveniente de se fazer isso é injetar 5 ml de índigo carmim por via intravenosa, instilar 200 ml de solução salina estéril na bexiga e observar o refluxo de corante azul de cada orifício ureteral com um cistoscópio (ROCK; THOMPSON, 1999).

Em graus avançados de prolapso uterovaginal, a cúpula vaginal ainda deve ser sustentada por uma culdoplastia posterior, mas a cúpula também deve ser suspensa até o ligamento sacroespinal, de acordo com a técnica descrita por Nichols. A combinação de culdoplastia posterior e fixação ao ligamento sacroespinal terá a melhor chance de um resultado bem-sucedido. Entretanto, não é consenso que a suspensão do ligamento sacroespinal deva ser realizada em todas as pacientes submetidas à histerectomia vaginal para o prolapso leve ou moderado. A culdoplastia posterior, geralmente, proporciona sustentação

suficiente nessas pacientes. Dentre 135 pacientes submetidas à histerectomia vaginal, Cruikshank e Cox realizaram a fixação ao ligamento sacroespinal em 48 que apresentavam prolapso uterovaginal moderado ou severo. Estes autores acreditam que tal procedimento deva ser usado como profilaxia do prolapso da cúpula pós-histerectomia se houver perda de estruturas de sustentação pélvica (complexo ligamentar uterossacro-cardinal); entretanto, não recomendam que o procedimento seja realizado rotineiramente (ROCK; THOMPSON, 1999).

Imparato e associados utilizaram a fixação sacroespinal para a sustentação adicional do ápice vaginal em pacientes submetidas à histerectomia vaginal para o prolapso uterino de terceiro grau. Houve bons resultados e poucas complicações em 179 pacientes. Nichols também realiza colpopexia sacroespinal com histerectomia e reparos vaginais para o prolapso total e a eversão maciça da vagina, como Heinonen, Carey e Slack, Porges e Smilen, e outros (ROCK; THOMPSON, 1999).

Thornton e Peters utilizam a fásia perirretal para sustentar a cúpula vaginal no momento da histerectomia, em pacientes com prolapso uterino, nas quais a aproximação alta dos ligamentos cardinais e uterossacos, após a histerectomia vaginal, não sustenta adequadamente a cúpula. De acordo com estes autores, a fásia perirretal distal é suturada aos ligamentos uterossacos na cúpula e fechada através da linha média até o nível dos músculos levantadores do ânus, com o uso de suturas interrompidas com fio de seda n.º 2-0. Isso mantém o eixo horizontal da vagina e oblitera um possível espaço para o desenvolvimento subsequente de uma enterocele ou um prolapso da cúpula. O fásia perirretal continua, cefalicamente, como o fásia endopélvico, conforme ilustrado por Uhlenhuth e Nolley. Peters e Christenson fixaram o ápice vaginal ao fásia coccígeo durante o reparo de eversão da cúpula vaginal com enterocele e observaram uma taxa de cura “projetada” de 96%. A mesma técnica também poderia ser usada em uma paciente com prolapso uterino (ROCK; THOMPSON, 1999).

Shull e associados descreveram um método efetivo de suspender a cúpula vaginal, após histerectomia, até a fásia iliococcígea bilateralmente. De acordo com estes autores, a fásia iliococcígea é facilmente acessível e não está diretamente adjacente a qualquer grande nervo ou vaso (ROCK; THOMPSON, 1999).

A fásia proporciona uma forte sustentação bilateralmente, permitindo que o ápice da vagina se apoie posteriormente sobre o sacro. Também devem ser realizadas colporrafias anterior e posterior apropriadas. É muito importante realizar uma colporrafia anterior em pacientes cujo ápice vaginal foi suspenso até o ligamento sacroespinal (WALLWIENER et al., 2012).

Histerectomia vaginal, excisão e ligadura alta do peritônio do fundo de saco, colpectomia total, colporrafia anterior e posterior e colpocleise

Essa operação pode ser o procedimento de escolha em mulheres idosas quando há um grau avançado de prolapso uterovaginal (procidência), quando a manutenção da função de coito é desnecessária, quando o cirurgião acredita que não pode ser obtida sustentação apropriada pelas técnicas descritas anteriormente, e quando a condição clínica da paciente permite o procedimento adicional. Pode ser necessária a colpectomia na presença de um prolapso uterovaginal avançado, crônico e negligenciado, com ulceração crônica extensa da mucosa vaginal que não cicatrizará. Após a remoção do útero por via vaginal (e possivelmente das tubas e ovários), o peritônio de uma enterocele ou de um fundo de saco profundo deve ser dissecado e excisado (WALLWIENER et al., 2012).

O peritônio deve ser fechado com uma sutura em bolsa de tabaco de 360° com fios de polidioxanona nº 2-0 o mais alto possível. O excesso de peritônio antes do fechamento pode ser excisado ou usado novamente para outra sutura em bolsa de tabaco de 360° de reforço. A seguir, é realizada colporrafia anterior. Os retalhos da mucosa vaginal anterior são totalmente excisados. A dissecação da parede vaginal posterior começa no períneo (WALLWIENER et al., 2012).

A injeção generosa de solução salina estéril sob a mucosa facilitará a remoção completa das paredes vaginais posterior e lateral até o ápice da vagina. A hemorragia significativa deve ser rapidamente controlada e a dissecação concluída sem demora. A colporrafia posterior continua no ápice vaginal por plicatura da fáscia perirretal na linha média na frente do reto, descendo até os músculos puborretal e pubococcígeo (WALLWIENER et al., 2012).

As suturas de plicatura mais altas podem ser usadas para sustentação adicional da base vesical, aproximando o ligamento uterossacro da base vesical. O espaço vaginal é obliterado, fechando-se os músculos pubococcígeos, a mucosa vaginal inferior remanescente e, finalmente, os músculos perineais e a pele na linha média. Se a hemostasia for satisfatória, não será necessário o uso de compressa ou dreno. É usado um cateter suprapúbico ou cateter de Foley transuretral para drenagem vesical. A técnica de histerectomia vaginal com colpectomia e colpocleise pode variar, dependendo das circunstâncias (WALLWIENER et al., 2012).

De acordo com Percy e Perl, o crédito pela remoção completa do útero e da vagina para a correção de prolapso uterovaginal pertence a Martin, que, em 1894, realizou a histerectomia

vaginal com colpectomia para este distúrbio. Em 1901, Edebohls publicou os primeiros relatos de casos bem documentados de obliteração vaginal completa após pan-histerocolpoptomia. A colpectomia total era realizada algumas vezes sem remover o corpo do útero, algo que seria considerado inaceitável hoje. Além disso, nem sempre foi dada ênfase apropriada à obliteração de uma enterocele ou reparo de outros relaxamentos de parede vaginal (ROCK & THOMPSON, 1999).

Pode haver desenvolvimento de herniações problemáticas subsequentes ao pós-operatório se a enterocele, cistocele e retocele não forem reparadas. O reparo simultâneo da cistocele com pan-histerocolpoptomia foi descrito pela primeira vez por Masson e Knepper, em 1938, em 38 operações para procidência. Outros aperfeiçoamentos foram oferecidos por Williams, Ricci e Thorn, Thompson e associados, e outros. Uma série mais moderna de reparo cirúrgico de procidência completa foi publicada por Barclay em 1989. Foi realizada histerectomia vaginal com colpectomia com sucesso em 41 pacientes (ROCK; THOMPSON, 1999).

Uma operação para o prolapso que não mantém ou restaura a função de coito é considerada uma cirurgia destrutiva e uma admissão de derrota. Certamente, esta cirurgia seria imprópria quando se deseja a continuação da função de coito. Entretanto, nas circunstâncias, rigorosamente, definidas anteriormente, acredita-se que a histerectomia vaginal, excisão e ligadura alta do saco de enterocele, colpectomia total, colporrafia e colpocleise fornecem resultados excelentes, permanentemente, satisfatórios (WALLWIENER et al., 2012).

Colpocleise a LeFort e colporrafia

A operação original de colpocleise, descrita por Neugebauer e, mais tarde, por LeFort, foi usada para o tratamento de procidência uterina total e consistia em desnudar um triângulo estreito, longo, nas paredes anterior e posterior da vagina. A base de cada triângulo era logo abaixo da cérvix, o ápice era no introito, e o fechamento vaginal era feito aproximando essas áreas desnudas. Agora é usado um procedimento ligeiramente diferente. Fitas retangulares de mucosa são excisadas da porção superior das paredes vaginais anterior e posterior, e as fâscias submucosas expostas são fechadas juntas (KASER et al., 1988).

A operação não corrige o defeito anatômico associado ao prolapso completo do útero ou vagina, causado por uma grande enterocele de tração ou pulsão. O procedimento de LeFort só deve ser usado quando houver uma boa razão para não realizar uma das operações habituais

para o prolapso. A operação é uma admissão, por parte do cirurgião, de que não há forma de curar o prolapso com um procedimento que deixaria uma vagina funcionante. Todavia, é útil em casos raros. Sua virtude está em, talvez, ser o mais rápido de todos os procedimentos usados para a cura do prolapso e em sua segurança. (THOMPSON et al., 2009).

O procedimento geralmente é restrito a uma viúva idosa que, de outra forma, poderia estar condenada ao uso indefinido de um pessário. Independentemente da idade da paciente, ou de seu estado civil, o fechamento da vagina nunca deve ser realizado sem uma compreensão completa pela paciente e pelo cônjuge ou parceiro de que o procedimento impedirá o coito vaginal (KASER et al., 1988)

Devido à tração para baixo da linha de sutura no trígono e colo vesical, pode haver incontinência urinária de esforço e de urgência após o procedimento de LeFort. Esta desvantagem poderia ser evitada, fechando-se apenas o terço à metade superior da parede vaginal anterior, parando próximo da área subjacente ao colo vesical e à uretra. Entretanto, parte da base vesical e todo trígono repousam sobre o terço superior da vagina, portanto, é difícil fechar o terço superior da vagina sem fazer alguma tração sobre o trígono vesical. Para evitar o risco de incontinência urinária de esforço pós-operatória, a porção proximal da uretra deve ser separada, e deve ser realizada uma plicatura completa da uretra e do colo vesical para elevar o ângulo uretrovesical (THOMPSON et al., 2009).

Se a paciente não for sexualmente ativa, os levantadores são aproximados muito firmemente, deixando apenas abertura suficiente para micção. Se a paciente desejar preservar alguma função de coito vaginal, a última etapa é omitida, embora a profundidade residual da vagina ainda possa impedir o coito satisfatório (THOMPSON et al., 2009).

Esse procedimento é usado apenas para mulheres na pós-menopausa com prolapso uterino total. É essencial que a cérvix e a cavidade endometrial sejam totalmente avaliadas por esfregaço citológico e por dilatação e curetagem para garantir que não haja evidências de neoplasia maligna uterina oculta antes do fechamento da vagina. Com a paciente na posição de litotomia, a cérvix é puxada para fora o máximo possível com um tenáculo. Na prolapso uterina total, a tração da cérvix para fora everte quase totalmente a vagina. (WALLWIENER et al., 2012).

A área a ser desnuda anteriormente é marcada com um bisturi. Deve ser deixada a mucosa suficiente lateralmente para formar um canal para a drenagem de secreções cervicais. A área a ser desnuda estende-se até 2 cm da ponta da cérvix e até alguns centímetros do meato uretral. Para incorporar o colo vesical e a uretra posterior no local da operação, pode-se usar

um cateter uretral com balão cheio para delinear a localização da junção uretrovesical (WALLWIENER et al., 2012).

A mucosa é desnudada da parede vaginal anterior por dissecação cortante. Uma área de mucosa de tamanho e formato iguais é desnudada a partir da parede vaginal posterior. A injeção de solução salina estéril sob a mucosa facilita a dissecação no plano apropriado; deve-se ter cuidado para não remover a fáscia. Devem ser feitas suturas de plicatura sob o colo vesical e sobre a parede retal anterior (THOMPSON et al., 2009).

As bordas da mucosa são aproximadas, transversalmente, abaixo da cérvix com suturas interrompidas com fio de absorção tardia nº 2-0. Começando no topo, as áreas desnudas são aproximadas com suturas interrompidas com fio nº 2-0. Túneis revestidos por mucosa deixados de ambos os lados são demonstrados pelos clampes de Kelly (THOMPSON et al., 2009).

A revisão mais recente de 38 casos foi descrita por Ahranjani e associados. A maioria das pacientes apresentava condições clínicas sérias que exigiam atenção pré-operatória. Embora houvesse complicações pós-operatórias leves em 30%, não foram descritas recorrências de prolapso em 30 pacientes acompanhadas (THOMPSON et al., 2009).

Colporrafia vaginal e suspensão uterina cervicopexia sacra

A colporrafia vaginal com suspensão uterina para o prolapso uterino já foi muito comum, mas essa operação, atualmente, caiu quase em desuso porque os resultados não são permanentemente satisfatórios. É provável que seja necessária uma reoperação definitiva para recorrência precoce do prolapso. Não se recomenda essa operação para uma paciente que espera resultados permanentemente satisfatórios. (THOMPSON et al., 2009).

Entretanto, ocasionalmente, uma mulher jovem tem uma ou duas gestações com a cérvix projetando-se por meio do intróito. Um pessário pode ter sido usado para manter a cérvix na vagina durante a primeira metade da gravidez ou até que o útero ficasse suficientemente grande para repousar sobre a borda da pelve. Após o parto, o prolapso e o desconforto podem ter reaparecido. Essa paciente pode não tolerar mais usar o pessário e pode não permitir uma operação definitiva que inclua histerectomia porque gostaria de ter mais filhos. Por essa razão, também, não deve ser feita uma operação de Manchester. Nessas circunstâncias, pode-se recomendar a suspensão do ligamento redondo de Gilliam modificada, a plicatura dos ligamentos uterossacos e a colporrafia, mas apenas se for definitivamente necessária. (THOMPSON et al., 2009).

Viu-se algumas pacientes jovens com anomalias congênitas (p. ex., extrofia do sacro ou vesical) que tiveram prolapso uterino associado com a cérvix, projetando-se além do intróito vaginal. Nestas pacientes, a suspensão de Gillian modificada foi combinada à cervicopexia sacra com resultados satisfatórios a longo prazo. Uma fita de fásia é removida da bainha do músculo reto anterior. Uma extremidade é suturada atrás da cérvix, e a outra extremidade é suturada à fásia pré-sacra. A fita deve ser suficientemente firme para segurar a cérvix nos terços médio e superior da vagina. Uma técnica semelhante de construir um “ligamento” sacrocervical com o uso de fásia da aponeurose do músculo oblíquo externo foi descrita por Stoesser, em 1955. Outra técnica foi descrita em 1980 por Dewhurst e associados. Esses autores utilizaram a esponja de polivinil (Ivalon) em vez de fásia (THOMPSON et al., 2009, p. xx).

O tratamento cirúrgico de prolapso uterovaginal sintomático nas mulheres jovens é um problema especial, principalmente quando a paciente deseja preservar a função uterina, o potencial de procriação e, obviamente, uma vagina funcional. Richardson e associados, recentemente, relataram o uso de fixação uterina sacroespinal transvaginal com bons resultados em cinco mulheres jovens. Além da sutura dos ligamentos uterossacos ao ligamento direito, foram realizados reparos de enterocele uretropexia e colpoptose, quando apropriado. Como o procedimento é realizado por via transvaginal, são evitados traumatismos das tubas e o potencial de aderência intra-abdominal e pélvica, assim como a morbidade da cirurgia abdominal de grande porte (WALLWIENER et al., 2012).

Também tentando a correção cirúrgica de prolapso uterino em mulheres jovens, Williams utilizou a operação de Manchester modificada com plicatura dos ligamentos uterossacos posterior à cérvix e plicatura dos ligamentos cardinais anteriores à cérvix. A cérvix não foi amputada. Em 19 pacientes com acompanhamento, houve 3 fracassos e 6 pacientes que deram à luz durante a (SUGESTÃO) gestação a termo (THOMPSON et al., 2009).

As operações para um prolapso uterino acentuado, que envolvem sutura do fundo do útero à superfície inferior da parede abdominal (fixação ventral, hysteropexia) ou à fásia pré-sacra, não são satisfatórias. As taxas de recorrência são altas. Da mesma forma, a suspensão uterina laparoscópica não proporciona a cura duradoura do prolapso uterovaginal, de acordo com O'Brien e Ibrahim (THOMPSON et al., 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e comparativo, de caráter analítico, cuja população de estudo refere-se a pacientes submetidas ao procedimento cirúrgico para tratamento de POP sintomáticas com estágio III e IV do POP-Q no período de outubro de 2017 a julho de 2018, referenciadas ao serviço de uroginecologia do Hospital Universitário Getúlio Vargas, na cidade de Manaus.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa com abordagem direta, a mesma foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), para apreciação e deliberação, conforme Diretrizes das Pesquisas Envolvendo Seres Humanos no Brasil estabelecidas na Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). Obteve aprovação na data de 28 de outubro de 2017 por meio do C.A.A.E N.º 74357717.8.0000.5020 e Parecer consubstanciado N.º 2.335.096 (Anexo A).

Esta pesquisa seguiu todos os preceitos de pesquisa biomédica em seres humanos defendidos pela declaração de Helsinque, elaborada em 1964 pela Associação Médica Mundial, de modo a estabelecer responsabilidades éticas e precauções para que se proporcione proteção às pessoas participantes. O documento indica que o consentimento do paciente seja dado, preferencialmente, pela forma escrita (*MEDICAL ASSOCIATION - WMA*, 2008). Sendo assim, o presente projeto teve como um de seus requisitos de inclusão a assinatura do termo de consentimento de livre esclarecido (TCLE) pela paciente.

3.3 COLETA DE DADOS E LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório Araújo Lima pertencente ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), vinculado à Universidade Federal do Amazonas (UFAM). É um hospital terciário e de ensino, bem como centro de referência em atenção à saúde da mulher no Estado. Neste centro, funcionam os ambulatórios de uroginecologia, ginecologia geral e disfunção do assoalho pélvico, com equipe interdisciplinar e

multiprofissional, composta por médicos, fisioterapeutas, enfermeiras e psicólogas, localizando-se na cidade de Manaus.

A coleta dos dados ocorreu no período de outubro de 2017 a julho de 2018. Após esclarecimento dos objetivos e da metodologia do trabalho, assim como da concordância do mesmo, as participantes com faixa etária igual ou superior a 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), recebendo uma via do mesmo assinada pelo pesquisador (Apêndice A).

3.4 PROCEDIMENTOS

3.4.1 Recrutamento

As pacientes foram recrutadas pela demanda espontânea da rede básica. A partir do momento em que elas recebem o encaminhamento médico via Sistema de Regulação (Sisreg), são referenciadas ao Ambulatório Araújo Lima no serviço de cirurgia uroginecológica do HUGV, sendo devidamente atendidas e diagnosticadas com POP e suas doenças anotadas. Todas as pacientes eram provenientes do HUGV.

3.4.2 Seleção dos pacientes

Foram selecionadas as pacientes com diagnóstico de POP e com indicação de tratamento cirúrgico, sendo esta indicação realizada através de exame físico (POP-Q) e dada por meio das queixas subjetivas e de métodos complementares de diagnóstico – exames laboratoriais e, quando com queixa de perda de urina, foi solicitado o estudo urodinâmico. Após essa avaliação, era decidido e oferecido à paciente o tratamento conservador ou cirúrgico; se cirúrgico, era informada qual o tipo de cirurgia seria ofertado, bem como seus benefícios e riscos.

3.4.3 Processo operacional básico para os pacientes selecionados

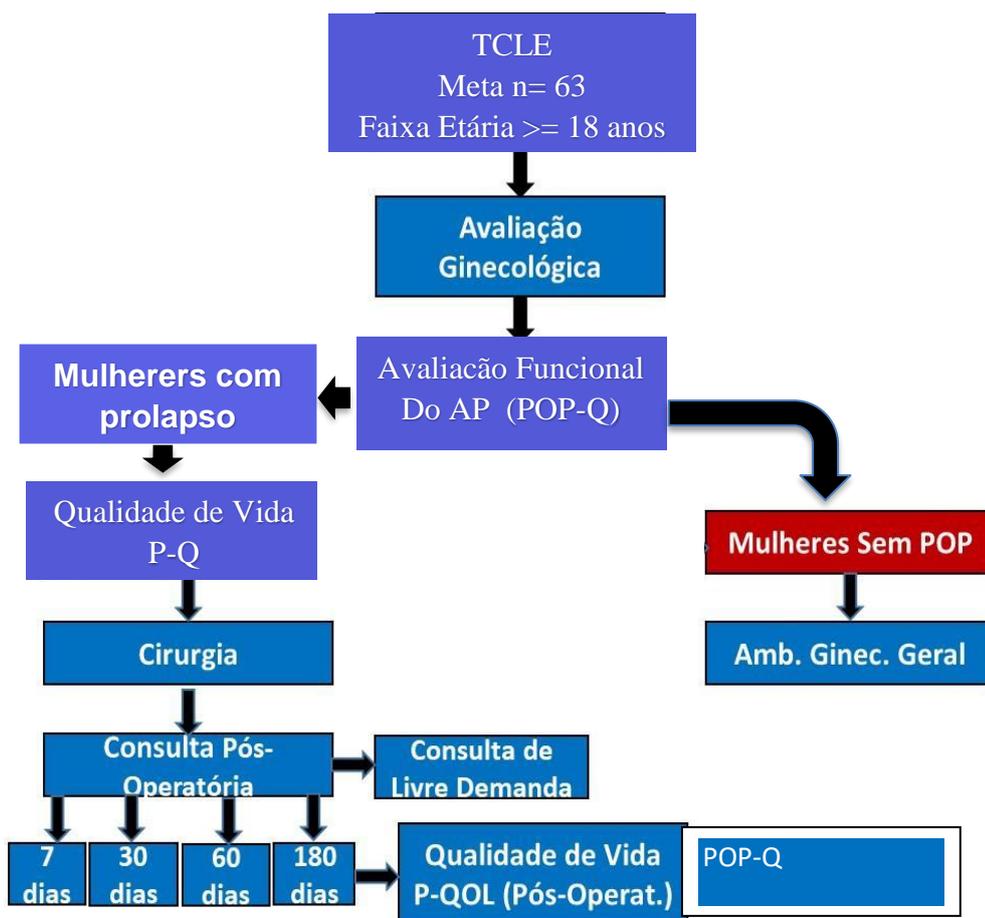
Em seguida à seleção das pacientes, observados os critérios de inclusão, o projeto foi explicado e foi solicitada a participação. Na possibilidade de aceitação, as pacientes assinavam o TCLE, sendo, a partir daí, numerados de acordo com a ordem de entrada no estudo. Foi aplicado o questionário P-QoL antes do tratamento cirúrgico e foi solicitada a autorização de

internação hospitalar. Aquelas que se recusaram a participar do estudo foram submetidas ao procedimento cirúrgico da mesma forma. Cento e oitenta dias após cirurgia, foi aplicado o questionário P-QoL, realizado o exame físico completo e a aplicação do POP-Q.

O protocolo da pesquisa seguiu a triagem apresentada na figura 01. As mulheres participantes passaram pelo exame físico-ginecológico padronizado por meio da avaliação de POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system) (BUMP et al.,1996).

O questionário *Prolapse Quality of Life* (P-QoL) foi aplicado para todas as participantes. O questionário estava em ambas as publicações, no original e validado para o português. As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, com discrição, seguindo absolutamente a mesma sequência de perguntas e entonações pelo pesquisador.

Figura 02 - Triagem de mulheres e Avaliação pós-operatória. Instrumentos de coleta



Fonte: O autor (2018)

Finalmente, para a avaliação funcional do assoalho pélvico (AP) e do estadiamento do grau de prolapso, adotou-se o método POP-Q preconizado pela Sociedade Internacional de Continência.

3.5 CÁLCULO DA QUALIDADE DE VIDA

Todas as mulheres com POP desta pesquisa responderam ao questionário de Qualidade de Vida P-QoL, que possui seus próprios parâmetros de cálculo, ou seja, as respostas desse questionário variam de "Nenhum / nada", "pouco", "moderadamente" a "muito". É um sistema de pontuação de quatro pontos para cada item, foi usado para medir a gravidade dos sintomas relacionados ao POP. As pontuações em cada domínio variam entre 0 e 100. A interpretação dos resultados obtidos para cada um dos nove domínios é realizada por meio dos valores médios ou medianos encontrados após a aplicação dos parâmetros de cálculo, sendo que quanto maior a pontuação, pior será a qualidade de vida da mulher. Ou seja, altas pontuações indicam um maior comprometimento da qualidade de vida dela, e, por sua vez, baixas pontuações indicam boa qualidade de vida da mesma.

O questionário foi respondido pelas mulheres em dois momentos diferentes: no pré-operatório e na última consulta do pós-operatório, após cento e oitenta dias da ocorrência da cirurgia. Assim, foi possível verificar a qualidade de vida das mesmas antes e após tratamento cirúrgico.

3.6 TAMANHO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra foi estimado em relação à prevalência aproximada de POP em mulheres de 18 a 83 anos, encontrada em estudo realizado por Horst e Silva (2016), que foi de 22%, e considerando o total anual médio de cirurgias de POP realizadas no HUGV, que é igual a 72. Fixou-se um nível de 95% de confiança e uma precisão de 4,00% (margem de erro), totalizando em um tamanho de amostra igual a 63 pacientes. Para o cálculo, foi utilizada a seguinte equação matemática:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Onde:

N : Total médio anual de cirurgias de POP realizadas no HUGV $\therefore N = 72 \therefore N = 31.316$;

\hat{p} : Prevalência de mulheres com POP $\therefore \hat{p} = 22,0\%$; (18 a 86 anos)

\hat{q} : Prevalência de mulheres sem a doença $\therefore \hat{q} = 78,00\%$;

Z : Valor crítico que corresponde ao grau de 95% de confiança $\therefore Z = 1,96$;

d : Precisão (margem de erro) $\therefore 4,00,0\%$

Para garantir a representatividade da amostra, decidiu-se acompanhar o total de 63 mulheres, com a finalidade de prevenção de perdas de unidades amostrais.

3.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes do sexo feminino, com idade igual ou superior a 18 anos portadoras de POP, residentes na cidade de Manaus.

Mulheres com estadiamento III e IV (POP-Q) sintomáticas, que serão candidatas a tratamento cirúrgico

Pacientes que, mesmo sem compreensão verbal, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam aos questionários com o auxílio de um acompanhante habilitado ou de um interlocutor.

3.8 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Mulheres com câncer ginecológico; doença do colágeno; doença psiquiátrica e/ou déficit cognitivo.

3.9 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS / VARIÁVEIS

As variáveis utilizadas se referem às do instrumento de qualidade de vida das pacientes com prolapso, medida por meio do questionário P-QoL, que possui validação para o Brasil e na versão em português.

4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis foram digitadas, tabuladas e padronizadas em planilha de dados e, em seguida, foram analisadas no Software Estatístico IBM SPSS *Statistics* release 21. Foram realizadas as análises descritiva e inferencial dos dados. Os domínios da Qualidade de Vida das Mulheres com POP foram encontrados conforme os critérios do Instrumento de Qualidade de Vida P-QoL, e os resultados foram apresentados por meio de tabelas, gráficos e/ou figuras e medidas descritivas (média, desvio-padrão, mínimo, máximo e mediana). A comparação da qualidade de vida das mulheres, encontrada por meio do P-QoL, no pré-operatório e após 180 dias (06 meses), foi realizada por meio do teste estatístico não-paramétrico de Mann-Whitney. As relações entre a QV e a Idade, o estadiamento do POP e o número de gestações, bem como as relações entre o estadiamento do POP, a faixa etária e o nº de gestações foram encontradas por meio da Análise de Variância de Kruskal-Wallis. As correlações entre o estadiamento do POP, a faixa etária e o nº de partos foram calculadas por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson. Em todas as comparações, foi adotado o nível e 5% de significância.

5 RESULTADOS

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram avaliadas 63 mulheres e submetidas à cirurgia, com idade entre 35 (mínima) e 80 (máxima) anos, com média de 61 ± 9 anos de idade. Em vista de o POP se tratar de uma doença progressiva, foi feita a estratificação por idade dessas mulheres, de acordo com a qual, a minoria está na faixa de 35 a 45 anos (4; 6,3%) e a maioria está na faixa de 57 a 67 anos (35; 55,6%) de idade (tabela 1; Tabela 2).

Com relação a cor/raça dessas mulheres, 10 (15,9%) são de cor branca, 01 (1,6%) é de cor preta, 36 (57,1%) de cor parda e 16 (25,4%) não tiveram sua cor identificada no prontuário (tabela).

Tabela 1 - Características pessoais das mulheres pesquisadas

CARACTERÍSTICAS	n*	%
Faixa Etária		
35 a 45	4	6,3
46 a 56	10	15,9
57 a 67	35	55,6
> 67	14	22,2
Cor/Raça		
Branca	10	15,9
Negra	1	1,6
Parda	36	57,1
Não identificada	16	25,4

*n = 63

Fonte: Do autor (2018)

Quanto ao perfil obstétrico dessas mulheres, a maioria teve entre 04 e 06 partos; 09 (24,3%) entre 37 mulheres possuem histórico familiar para POP, e a maioria, de 42 mulheres, teve entre 04 e 06 gestações (Tabela 2).

Tabela 2 – Perfil obstétrico das mulheres avaliadas

CARACTERÍSTICAS	n	%
Nº Partos	(n = 63)	
Nenhum	2	3,2
01 a 03	22	34,9
04 a 06	29	46,0
07 a 09	7	11,1
> 09	3	4,8
Histórico familiar	(n = 37) *	
Sim	9	24,3
Não	4	10,8
Não sabe	24	64,9
* Não informado = 26		
Nº de Gestações	(n = 42)	
Nenhuma	2	3,2
01 a 03	8	12,7
04 a 06	17	27,0
07 a 09	12	19,0
> 09	3	4,8
* Não informado = 21		

Fonte: Do autor (2018)

O número de partos entre elas variou de zero (mínimo) a 15 (máximo), com média de 4 ± 2 partos por mulher. O número de gestações, respondido por 42 mulheres, variou entre zero (mínimo) e 17 (máximo), com média de 5 ± 4 gestações por mulher (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise descritiva da idade, nº de partos e nº de gestações das mulheres avaliadas

VARIÁVEL	n	MEDIDAS DESCRITIVAS					
		Média	dp ¹	CV ¹	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade	63	61	± 9	15	35	62	80
Nº de Partos	62	4	± 2	58	0	4	15
Nº de Gestações	42	5	± 3	60	0	5	17

¹Desvio-Padrão (dp) ²Coeficiente de Variação (CV)

Fonte: Do autor (2018)

No período pré-operatório, das 63 mulheres, 45 (71,4%) foram diagnosticadas com POP em Estádio-3 e 18 (28,6%) em Estádio-4. Após cento e oitenta dias da cirurgia, 56 (88,9%) mulheres chegaram ao Estádio 0, e apenas 07 (11,1%) estavam no estágio 1 (Tabela 4).

Tabela 4 – Estadiamento do Prolapso Órgão Pélvico das 63 mulheres avaliadas.

ESTÁDIO DO PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO	n*	%
Antes da Cirurgia		
Estádio 3	45	71,4
Estádio 4	18	28,6
Após a Cirurgia		
Estádio 0	56	88,9
Estádio 1	7	11,1

*n = 63

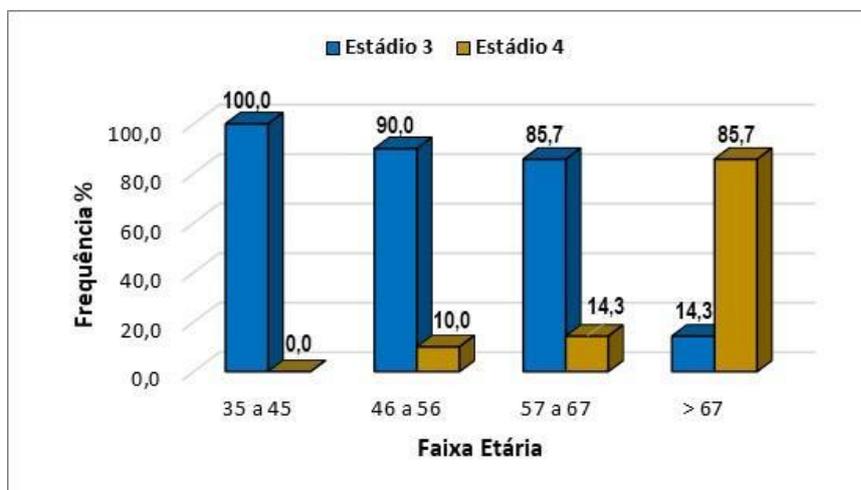
Fonte: Do autor (2018)

Não foi possível medir a diferença significativa entre as proporções dos estádios no pré-operatório e após os 180 dias da cirurgia, porque em ambos os momentos os estádios foram diferentes.

A análise da relação entre a faixa etária e o estágio do POP mostrou que há fortes evidências de que a mesma esteja fortemente relacionada ao estadiamento desta doença ($p < 0,0001$). Nas 04 mulheres da faixa etária de 35 a 45 anos, 04 (100,0%) estavam no estágio 3 da doença. Nas 10 mulheres da faixa de 46 a 56, 09 (90,0%) estavam no estágio 3, e 01 (10,0%) estava no estágio 4. Já nas mulheres de idade entre 57 e 67 anos, 30 (85,7%) estavam no estágio 3 e 05 (14,3%) no estágio 4. E, por sua vez, das 14 mulheres que tinham idade acima de 67 anos, 02 (14,3%) estavam no estágio 3, e 12 (85,7%) estavam no estágio 4 (Figura 03; Tabela 4).

Quanto à relação entre o número de partos e a ocorrência de POP, foi observado que nessas mulheres esta primeira característica não foi determinante ($p = 0,564$), se fixarmos o nível de significância em 5% (Tabela 4).

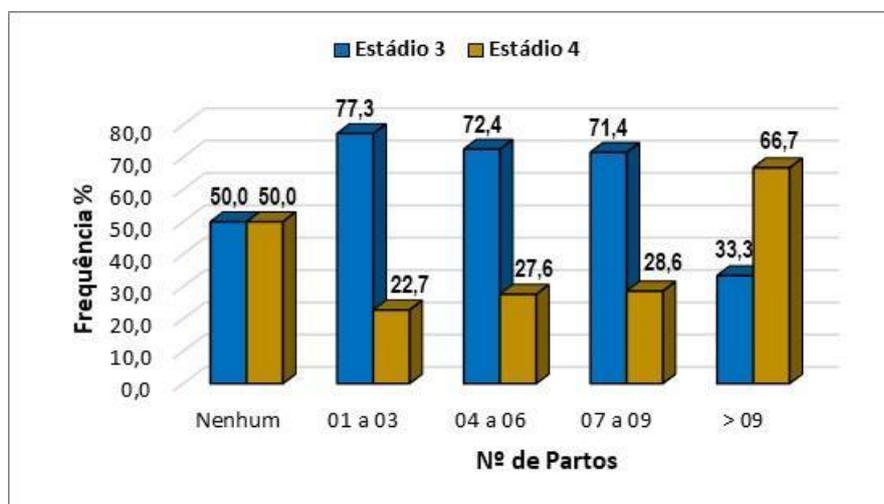
Figura -03 - Relação entre a faixa etária e o estágio do POP das mulheres avaliadas



Fonte: Do autor (2018)

Nas 02 mulheres que não tiveram parto algum, 01 (50,0%) estava no estágio 3 e 01 (50,0%) no estágio 4. Nas 22 que tiveram de 01 a 03 partos, 17 (77,3%) estavam no estágio 3 e 05 (22,7%) no estágio 4. Nas 29 que tiveram entre 04 e 06 partos, 21 (72,4%) estavam no estágio 3 da doença e 08 (27,6%) no estágio 4. Nas 07 mulheres que tiveram de 07 a 09 partos, 05 (71,4%) estavam no estágio 3 e 02 (28,6%) no estágio 4. Das 03 que tiveram acima de 09 partos, 01 (33,3%) estava no estágio 3 e 02 (66,7%) no estágio 4 (Figura 04; Tabela 4).

Figura 04 - Relação entre o número de partos com o estágio do POP das mulheres avaliadas



Fonte: Do autor (2018)

De um modo simplificado, considerando a relação entre a faixa etária e o número de partos com o estadiamento da doença, foi observado que apenas a faixa etária dessas mulheres tem relação com o estadiamento da doença ($p < 0,0001$), ou seja, a idade das mulheres está fortemente relacionada com o estágio na doença (tabela 5). Quanto ao número de partos, este não foi considerado nesta pesquisa, como um fator de risco significativo no estadiamento do POP das mulheres avaliadas ($p = 0,564$) (tabela 5).

Tabela 5 - Relação entre a *faixa etária e número de partos* com o estágio do POP das mulheres avaliadas

VARIÁVEL	ESTADIAMENTO				n	p*
	Estádio 3	%	Estádio 4	%		
Faixa Etária						
35 a 45	4	100,0	0	0,0	4	$p < 0,0001$
46 a 56	9	90,0	1	10,0	10	
57 a 67	30	85,7	5	14,3	35	
> 67	2	14,3	12	85,7	14	
Total	45	71,4	18	28,6	63	
Nº Partos						
Nenhum	1	50,0	1	50,0	2	0,564
01 a 03	17	77,3	5	22,7	22	
04 a 06	21	72,4	8	27,6	29	
07 a 09	5	71,4	2	28,6	7	
> 09	1	33,3	2	66,7	3	
Total	45	71,4	18	28,6	63	

*Valores de p são significativos para $p \leq 0,05$ (5%)

Teste Qui-Quadrado

Fonte: Do autor (2018)

Os resultados da análise de correlação entre a faixa etária e o número de partos com o estadiamento do POP, apresentados na tabela 6, nas mulheres avaliadas, mostraram que existe correlação positiva (58,2%) e significativa entre a faixa etária e o estadiamento do POP ($p < 0,0001$). Esse resultado significa que quanto maior a idade maior a chance de que o estágio da doença aumente. Por outro lado, não houve correlação significativa entre o número de partos e ao estadiamento desta doença (9,0%; $p = 485$) nas mesmas.

Tabela 6 - Correlação entre a faixa etária, o número de partos e o estadiamento do POP das mulheres pesquisadas

VARIÁVEL	CORRELAÇÃO	<i>p</i>
Faixa Etária	58,2%	$p < 0,0001$
Nº de partos	9,0%	0,485

*Valores de *p* são significativos para $p \leq 0,05$ (5%)

Coefficiente de Correlação de Spearman

Fonte: Do autor (2018)

5.2 QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES PELO P-QOL

A Qualidade de Vida das 63 mulheres diagnosticadas com POP foi medida em dois momentos, antes da cirurgia e 180 dias após a mesma, por meio do Instrumento *Prolapse-Quality of Life* (P-QoL), versão brasileira, validado para a população residente no Brasil. Este instrumento mediu nove áreas da qualidade de vida das mulheres com POP: Percepção Geral da Saúde; Impacto do Prolapso; Limitação das Atividades Diárias; Limitação Física; Limitação Social; Relações Pessoais; Emoções; Sono/Energia e Medidas Severas.

Os resultados, que serão apresentados a seguir, são referentes aos nove domínios do questionário *Prolapse-Quality of Life* (P-QoL), o qual foi realizado antes da cirurgia e 180 dias após a mesma, descritos nas Tabelas 7 e 8, respectivamente.

Nesse sentido, no que se refere aos valores do domínio *Percepção Geral da Saúde* dessas mulheres, os mesmos variaram entre 0,00 (mínimo) e 100,0% (máximo), com valor mediano de 25%. Na percepção dessas mulheres, a saúde geral está de ótima a razoável, considerando que quanto maior o percentual do domínio, pior será o nível do mesmo dentro da qualidade de vida. Esse resultado mostra que essas mulheres acreditam que sua saúde poderá piorar em detrimento da sua afecção.

Quanto ao impacto do prolapso, os valores deste domínio variaram entre 0,00 (mínimo) e 100,00% (máximo), com valor mediano de 66,67%. Este resultado indica que o prolapso causa grande impacto na piora da qualidade de vida dessas mulheres.

Em relação à *limitação das atividades diárias*, os valores variaram entre 0,00 (mínimo) e 66,67% (máximo), com valor mediano de 33,33%. Isto indica que essas mulheres se encontram muito limitadas em relação à realização das atividades de seus cotidianos.

Os valores do domínio *limitação física* variaram entre 0,00 (mínimo) e 100,00% (máximo), com valor mediano de 33,33%. Este resultado mostra que essas pacientes se sentem limitadas a realizarem diversas atividades em consequência da sua saúde física.

Os aspectos sociais visam captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais. Neste sentido, os valores do domínio *limitação social* dessas mulheres variaram entre 0,00 (mínimo) e 100,00% (máximo), com valor mediano de 50%, indicando também que elas se sentem extremamente limitadas quanto às suas atividades sociais normais.

No que se refere às *relações pessoais*, os valores variaram entre 0,00 (mínimo) e 100,00% (máximo), com valor mediano de 33,33%. Este resultado mostra que as suas relações pessoais se encontram prejudicadas em detrimento da sua doença.

Quanto às *emoções*, os valores variaram entre 0,00 (mínimo) e 100,00% (máximo), com valor mediano de 44,44%. Este resultado demonstra que essas mulheres se encontram emocionalmente instáveis.

Em relação ao *sono/energia*, os valores variaram entre 0,00 (mínimo) e 100,00% (máximo), o que confirma que, em relação a esta questão, há evidências de que essas mulheres estejam se sentindo cansadas ou exaustas.

Quanto às *medidas severas*, os valores variaram entre 0,00 (mínimo) e 66,67% (máximo), com valor mediano de 33,33%. Com este resultado, observa-se que essas mulheres têm tomado algumas medidas severas em consequência da atividade da doença.

Tabela 7 - Qualidade de Vida (QV) das mulheres com POP, medida por meio do instrumento *Prolapse - Quality of Life (P-QoL)*, antes da cirurgia

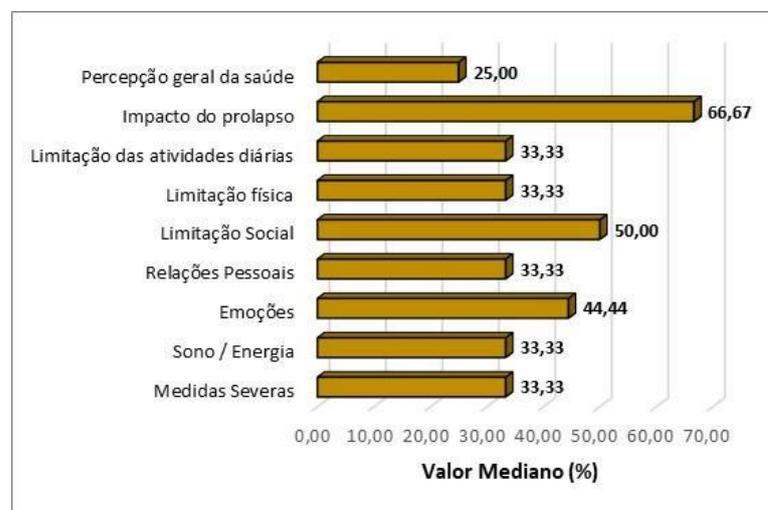
DOMÍNIO DO P-QoL	n	Medidas Descritivas					
		Média	dp ¹	CV ²	Mínimo	Mediana	Máximo
Percepção geral da saúde	63	38,10	23,27	61,08	0,00	25,00	100,00
Impacto do prolapso	63	68,78	28,63	41,63	0,00	66,67	100,00
Limitação das atividades diárias	63	37,57	22,99	61,19	0,00	33,33	66,67
Limitação física	63	34,92	24,45	70,02	0,00	33,33	100,00
Limitação Social	63	52,38	27,25	52,02	0,00	50,00	100,00
Relações Pessoais	63	42,06	33,18	78,88	0,00	33,33	100,00
Emoções	63	41,09	21,37	52,00	0,00	44,44	66,67
Sono / Energia	63	31,75	25,35	79,85	0,00	33,33	66,67
Medidas Severas	63	38,49	21,71	56,41	0,00	33,33	66,67

¹Desvio-Padrão (dp)

²Coeficiente de Variação (CV)

Diante do exposto acima, após a análise inicial da qualidade de vida das mulheres acometidas por POP, realizada antes da cirurgia, verificou-se que elas possuem diversas limitações relacionadas à própria afecção. Dentre os aspectos da qualidade de vida avaliados, o melhor e o pior foram a *percepção geral da saúde* e o *impacto do prolapso*, cujas respectivas medianas foram 25,00 e 66,67% (Figura 05).

Figura 05 – Análise gráfica da Qualidade de vidas das mulheres com POP pesquisadas



Fonte: Do autor (2018)

Após 180 dias da realização da cirurgia, foi verificada novamente a qualidade de vida dessas mulheres pelo mesmo instrumento, o P-QoL. Deste modo, foi possível verificar os nove aspectos (domínios do P-QoL) da qualidade de vida das mesmas, com a finalidade de avaliar os resultados positivos relacionados à cirurgia previamente realizada. De acordo com os resultados apresentados na Tabela 8, houve melhora em todos os domínios, exceto na *percepção geral da saúde* (mediana = 25) e nas *limitações das atividades diárias* (mediana=33,33).

Tabela 8 - Qualidade de Vida (QV) das mulheres com POP, medida por meio do instrumento *Prolapse - Quality of Life* (P-QoL), 180 dias após a cirurgia

DOMÍNIO DO P-QoL	n	Medidas Descritivas					
		Média	dp ¹	CV ²	Mínimo	Mediana	Máximo
Percepção geral da saúde	63	23,41	6,15	26,25	0,00	25,00	25,00
Impacto do prolapso	63	7,94	14,31	180,32	0,00	0,00	33,33
Limitação das atividades diárias	63	33,33	2,99	8,98	16,67	33,33	50,00
Limitação física	63	0,00	0,00	*	0,00	0,00	0,00
Limitação Social	63	3,70	9,57	258,41	0,00	0,00	33,33
Relações Pessoais	63	6,35	15,39	242,37	0,00	0,00	50,00
Emoções	63	0,00	0,00	*	0,00	0,00	0,00
Sono / Energia	63	5,56	16,40	295,12	0,00	0,00	66,67
Medidas Severas	63	6,88	16,77	243,82	0,00	0,00	66,67

¹ Desvio-Padrão (dp)

² Coeficiente de Variação (CV)

* sem variação

Fonte: Do autor (2018)

Diante deste cenário, comparou-se os resultados da qualidade de vida dessas mulheres em dois momentos, antes da cirurgia e após 180 dias. Os resultados mostraram que houve melhora estatisticamente significativa em todos os domínios do P-QoL ($p < 0,05$), exceto nas *limitações das atividades diárias* ($p=0,2809$) (tabela 9).

Tabela 9- Comparação entre a QV das mulheres antes e 180 dias após a cirurgia

DOMÍNIO DO P-QoL	n	Mediana		p
		Antes	Após 180 dias	
Percepção geral da saúde	63	25,00	25,00	0,0003
Impacto do prolapso	63	66,67	0,00	$p < 0,0001$
Limitação das atividades diárias	63	33,33	33,33	0,2809
Limitação física	63	33,33	0,00	*
Limitação Social	63	50,00	0,00	$p < 0,0001$
Relações Pessoais	63	33,33	0,00	$p < 0,0001$
Emoções	63	44,44	0,00	*
Sono / Energia	63	33,33	0,00	$p < 0,0001$
Medidas Severas	63	33,33	0,00	$p < 0,0001$

* valores todos iguais (após 180 dias)

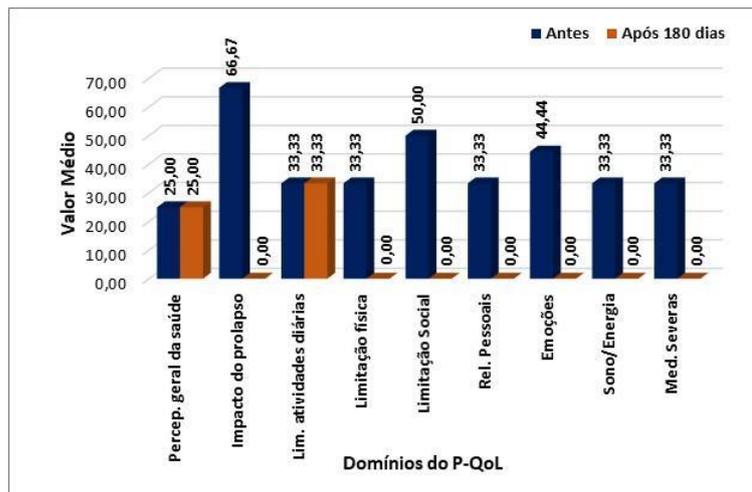
Valores de p são significativos para $p < 0,05$ (5%)

Teste não-paramétrico de Mann-Whitney

Fonte: Do autor (2018)

Na apresentação gráfica, os resultados mostram que houve melhora importante no *impacto do prolapso* após 180 dias da cirurgia ($p < 0,0001$), onde as médias foram de 66,67 (antes da cirurgia) a 0,00% (após 180 dias da cirurgia) (Figura 06).

Figura 06 - Comparação entre as medianas dos domínios da qualidade de vida das mulheres antes e 180 dias após a cirurgia, pelo P-QoL



Fonte: Do autor (2018)

Ao verificar se a faixa etária foi um fator de risco relacionado à qualidade de vida dessas mulheres com POP, observou-se que *na percepção geral da saúde* as pacientes que estavam com pior qualidade de vida foram as que estavam na faixa etária de 46 a 56 anos e acima de 67, sendo que houve uma relação significativa da faixa etária com esse domínio da qualidade de vida ($p < 0,05$).

Quanto ao *impacto do prolapso*, as pacientes com piores resultados para este domínio também foram as que estavam na faixa etária de 46 a 56 anos, bem como as que estavam acima de 67, sendo também estatisticamente significativa a relação entre essas idades e esse domínio da qualidade de vida ($p = 0,030$).

Nas *limitações das atividades diárias* e na *física*, não houve impacto importante que estivesse relacionado à faixa etária, dado que as probabilidades da relação entre ambos os domínios com esta foram respectivamente “0,060” e “0,265”.

Em relação à *limitação social*, os piores resultados para este domínio foram os das pacientes que estavam na faixa etária de 46 a 56 anos. Sendo, portanto, a faixa etária fator importante e significativo quando relacionado a este domínio da qualidade de vida dessas mulheres com POP ($p < 0,0001$).

A faixa etária também influenciou, significativamente, nas *relações sociais* das mulheres com POP, uma vez que os piores resultados deste domínio foi demonstrado pelas que estavam na faixa etária de 46 a 56 anos de idade, cujo valor mediano foi de 100,00% ($p < 0,001$).

Nas *emoções*, os piores resultados foram também das mulheres que estavam na faixa etária de 46 a 56 anos (mediana = 55,56). Entretanto, estes resultados não foram, necessariamente, influenciados pela faixa etária dessas mulheres ($p = 0,056$).

O mesmo ocorreu com os resultados para os domínios *sono/energia* e *medidas severas*, cujos resultados mais preocupantes foram os das mulheres que estavam na faixa etária de 46 a 56 anos, com valores medianos de 50,00 e 66,67% e respectivas probabilidades de “0,123” e “0,174”.

Todos os resultados acima expostos estão descritos na Tabela 10, na qual é possível verificar ainda outras medidas descritivas da relação entre a faixa etária e cada domínio da qualidade de vida das mulheres com POP avaliadas.

Tabela 10 - Relação entre a *faixa etária* e os domínios da qualidade de vida do P-QoL, das mulheres com POP pesquisadas

DOMÍNIO DO P-QoL	FAIXA ETÁRIA	MEDIDAS DESCRITIVAS						p*
		n	Média	dp	Mínimo	Mediana	Máximo	
Percepção Geral da Saúde	35 a 45	4	25,00	20,40	0,00	25,00	50,00	0,050
	46 a 56	10	50,00	26,35	25,00	50,00	100,00	
	57 a 67	35	32,14	19,71	0,00	25,00	75,00	
	> 67	14	48,21	24,93	25,00	50,00	100,00	
Impacto do Prolapso	35 a 45	4	50,00	19,25	33,33	50,00	66,67	0,030
	46 a 56	10	80,00	28,11	33,33	100,00	100,00	
	57 a 67	35	62,86	26,53	0,00	66,67	100,00	
	> 67	14	80,95	31,25	0,00	100,00	100,00	
Limitação das Atividades Diárias	35 a 45	4	16,67	19,24	0,00	16,67	33,33	0,060
	46 a 56	10	45,00	22,29	0,00	41,67	66,67	
	57 a 67	35	33,81	22,68	0,00	33,33	66,67	
	> 67	14	47,62	20,53	16,67	50,00	66,67	
Limitação Física	35 a 45	4	20,80	25,00	0,00	16,70	50,00	0,265
	46 a 56	10	41,67	21,16	0,00	33,33	66,67	
	57 a 67	35	31,43	24,84	0,00	33,33	100,00	
	> 67	14	42,86	24,21	16,67	33,33	100,00	
Limitação Social	35 a 45	4	83,34	19,24	66,67	83,34	100,00	p < 0,0001
	46 a 56	10	83,33	23,57	50,00	100,00	100,00	
	57 a 67	35	44,28	21,37	16,67	33,33	100,00	
	> 67	14	41,67	23,34	0,00	50,00	100,00	
Relações Pessoais	35 a 45	4	83,34	19,24	66,67	83,34	100,00	p < 0,0001
	46 a 56	10	80,00	29,19	33,33	100,00	100,00	
	57 a 67	35	31,91	26,62	0,00	16,67	100,00	
	> 67	14	28,57	24,83	0,00	33,33	100,00	
Emoções	35 a 45	4	19,40	22,90	0,00	16,70	44,40	0,056
	46 a 56	10	50,00	21,76	0,00	55,56	66,67	
	57 a 67	35	38,41	20,05	0,00	33,33	66,67	
	> 67	14	47,62	20,18	0,00	44,44	66,67	
Sono / Energia	35 a 45	4	8,33	16,67	0,00	0,00	33,33	0,123
	46 a 56	10	41,67	25,16	0,00	50,00	66,67	
	57 a 67	35	29,52	23,94	0,00	33,33	66,67	
	> 67	14	36,91	27,87	0,00	33,33	66,67	
Medidas Severas	35 a 45	4	27,08	18,48	0,00	33,33	41,67	0,174
	46 a 56	10	51,67	23,83	0,00	66,67	66,67	
	57 a 67	35	35,48	21,23	8,33	33,33	66,67	
	> 67	14	39,88	19,93	8,33	33,33	66,67	

*Valores de p são significativos para p ≤ 0,05 (5%)

ANOVA de Kruskal-Wallis

Fonte: Do autor (2018)

Quanto à relação entre o estadiamento do POP e os valores da qualidade de vida das mulheres pesquisadas, observou-se que houve influência do estágio da doença com os domínios *impacto do prolapso* e *limitação física*, que obtiveram medianas iguais a 100,00 e 33,33 para o estágio 4 da doença e com respectivas probabilidades de “0,014” e “0,040” (Tabela 11). Quanto aos outros domínios, não estiveram relacionados ao estadiamento da doença ($p > 0,05$).

Tabela 11 - Relação entre o estadiamento do POP e os domínios da QV das mulheres pesquisadas

DOMÍNIO DO P-QoL	ESTÁDIO DO POP	MEDIDAS DESCRITIVAS						p *
		n	Média	dp	Mínimo	Mediana	Máximo	
Percepção Geral da	Estádio 3	45	34,44	20,15	0,00	25,00	75,00	0,091
	Estádio 4	18	47,22	28,30	0,00	50,00	100,00	
Impacto do Prolapso	Estádio 3	45	63,70	27,36	0,00	66,67	100,00	0,014
	Estádio 4	18	81,48	28,52	0,00	100,00	100,00	
Limitação das Atividades	Estádio 3	45	35,18	23,90	0,00	33,33	66,67	0,274
	Estádio 4	18	43,52	19,92	16,67	33,33	66,67	
Limitação Física	Estádio 3	45	30,74	24,35	0,00	33,33	100,00	0,040
	Estádio 4	18	45,37	22,00	16,67	33,33	100,00	
Limitação Social	Estádio 3	45	54,44	28,07	16,67	50,00	100,00	0,666
	Estádio 4	18	47,22	25,08	0,00	50,00	100,00	
Relações Pessoais	Estádio 3	45	44,82	34,60	0,00	33,33	100,00	0,541
	Estádio 4	18	35,18	29,09	0,00	33,33	100,00	
Emoções	Estádio 3	45	39,01	22,68	0,00	33,33	66,67	0,241
	Estádio 4	18	46,30	17,15	11,11	44,44	66,67	
Sono / Energia	Estádio 3	45	30,37	25,20	0,00	33,33	66,67	0,512
	Estádio 4	18	35,19	26,13	0,00	33,33	66,67	
Medidas Severas	Estádio 3	45	37,04	23,00	0,00	33,33	66,67	0,403
	Estádio 4	18	42,13	18,18	16,67	33,33	66,60	

*Valores de p são significativos para $p \leq 0,05$ (5%)
ANOVA de Kruskal-Wallis

Fonte: Do autor (2018)

Foi verificada, ainda, a relação entre o número de partos e os domínios da qualidade de vida das mulheres avaliadas por meio do P-QoL, cujo resultado é apresentado na Tabela 12. Neste sentido, observou-se que nesta amostra não houve evidências de que o número de partos esteja relacionado aos resultados dos domínios da qualidade de vida. Ou seja, não está evidenciado que a qualidade de vida das mulheres, acometidas de POP, tenha sido influenciada pelo número de partos que as mesmas tiveram.

Tabela 12 - Tabela 9 - Relação entre o número de partos e os domínios da QV das mulheres com POP pesquisadas

DOMÍNIO DO P-QoL	Nº DE PARTOS	n	MEDIDAS DESCRITIVAS					p *
			Média	dp	Mínimo	Mediana	Máximo	
Percepção Geral da Saúde	Nenhum	2	37,50	17,70	25,00	37,50	50,00	0,998
	01 a 03	22	38,64	24,06	0,00	25,00	100,00	
	04 a 06	29	37,93	24,66	0,00	25,00	100,00	
	07 a 09	7	39,29	24,40	25,00	25,00	75,00	
	> 09	3	33,33	14,43	25,00	25,00	50,00	
Impacto do Prolapso	Nenhum	2	66,70	47,10	33,30	66,70	100,00	0,439
	01 a 03	22	62,12	23,67	33,33	66,67	100,00	
	04 a 06	29	71,26	31,78	0,00	66,67	100,00	
	07 a 09	7	71,40	30,00	33,30	66,70	100,00	
	> 09	3	88,90	19,20	66,70	100,00	100,00	
Limitação das Atividades Diárias	Nenhum	2	33,30	47,10	0,00	33,30	66,70	0,970
	01 a 03	22	37,12	22,38	0,00	33,33	66,67	
	04 a 06	29	37,36	22,12	0,00	33,33	66,67	
	07 a 09	7	42,86	25,20	0,00	33,33	66,67	
	> 09	3	33,30	33,30	0,00	33,30	66,70	
Limitação Física	Nenhum	2	16,70	23,60	0,00	16,70	33,30	0,857
	01 a 03	22	34,85	25,67	0,00	33,33	100,00	
	04 a 06	29	35,63	23,87	0,00	33,33	100,00	
	07 a 09	7	38,10	24,93	0,00	33,33	66,67	
	> 09	3	33,30	33,30	0,00	33,30	66,70	
Limitação Social	Nenhum	2	58,34	11,79	50,00	58,34	66,67	0,741
	01 a 03	22	56,82	32,39	16,67	50,00	100,00	
	04 a 06	29	48,85	26,33	0,00	50,00	100,00	
	07 a 09	7	45,24	8,13	33,33	50,00	50,00	
	> 09	3	66,70	33,30	33,30	66,70	100,00	
Relações Pessoais	Nenhum	2	50,00	23,60	33,30	50,00	66,70	0,777
	01 a 03	22	47,73	39,27	0,00	33,33	100,00	
	04 a 06	29	38,51	31,53	0,00	33,33	100,00	
	07 a 09	7	28,57	8,13	16,67	33,33	33,33	
	> 09	3	61,10	41,90	16,70	66,70	100,00	
Emoções	Nenhum	2	22,20	31,40	0,00	22,20	44,40	0,890
	01 a 03	22	39,90	23,42	0,00	44,44	66,67	
	04 a 06	29	42,91	20,52	0,00	44,44	66,67	
	07 a 09	7	41,27	20,00	11,11	33,33	66,67	
	> 09	3	44,40	19,20	33,30	33,30	66,70	
Sono / Energia	Nenhum	2	16,70	23,60	0,00	16,70	33,30	0,864
	01 a 03	22	32,58	25,96	0,00	33,33	66,67	
	04 a 06	29	30,46	25,62	0,00	33,33	66,67	
	07 a 09	7	38,10	24,93	0,00	33,33	66,67	
	> 09	3	33,30	33,30	0,00	33,30	66,70	
Medidas Severas	Nenhum	2	16,70	23,60	0,00	16,70	33,30	0,581
	01 a 03	22	38,26	22,66	8,33	33,33	66,67	
	04 a 06	29	40,23	22,17	0,00	33,33	66,67	
	07 a 09	7	34,52	18,90	8,33	33,33	58,33	
	> 09	3	47,20	17,30	33,30	41,70	66,70	

*Valores de p são significativos para $p \leq 0,05$ (5%)

ANOVA de Kruskal-Wallis

Fonte: Do autor (2018)

6 DISCUSSÃO

Neste estudo, com relação às características pessoais, foram verificadas a idade e a cor/raça das pacientes que compuseram a amostra. Neste sentido, observou-se que as mulheres acometidas por POP tinham idade entre 35 e 80 anos, com idade média de 61 ± 09 anos, sendo assim, a proporção maior de casos foi em mulheres que tinham entre 57 e 67 anos, sendo esta proporção de 55,6%, o que caracteriza a maior parte da amostra estudada. Já na pesquisa realizada por Horst e Silva (2016), a população acometida por essa afecção estava na faixa etária de 18 a 83 anos, sendo esta amplitude maior do que a encontrada em nossa pesquisa. Já na pesquisa realizada por Frota et al. (2016), a idade das mulheres com POP variou entre 35 e 89 anos, com idade média 58 ± 09 anos, o que mostra resultados similares aos da nossa pesquisa.

Em consideração à idade, observou-se que as mulheres com prolapso genital apresentaram paridade maior do que as mulheres sem prolapso. Estes dados estão de acordo com os resultados de Jacómo et al. (2014), nos quais está claramente comprovado que o risco de prolapso de órgãos pélvicos aumenta proporcionalmente com a paridade.

Esse resultado também foi comprovado em estudo realizado por Rodrigues et al. (2008), no qual foram avaliados dois grupos de mulheres, sendo o primeiro grupo (controles) composto por 209 pacientes nos estadiamentos 0 e I (POP-Q/ICS), e o segundo grupo (casos) por 107 mulheres com estádios III e IV (POP-Q/ ICS). Ao considerar a raça destas mulheres, classificadas em “brancas” e “não brancas”, sendo estas últimas as mulatas, negras e amarelas, com o objetivo de minimizar a grande miscigenação presente na população brasileira, observou-se que, mesmo estratificando desta forma, esta variável não interferiu significativamente na diferenciação do estadiamento do POP entre os grupos étnicos, sendo este excluído como um fator relacionado à prevalência desta doença. Por outro lado, existem estudos que comprovam o contrário, principalmente em países com cor/raça bem definidos, diferentes do Brasil, que possui miscigenação muito variada. Em estudo realizado por Scheffer et al. (2005), citado por Oliveira et al. (2009), houve fortes evidências de que a raça esteja fortemente relacionada à ocorrência de POP, ou seja, as pacientes brancas e as asiáticas apresentam risco mais baixo do que as hispânicas, e as pacientes negras apresentam um arco púbico estreito e pelve androide ou antropeide, que as protege do prolapso em comparação com as mulheres brancas, que apresentam principalmente pelve ginecoide.

Quanto ao perfil obstétrico nesta pesquisa, foram consideradas as variáveis número de gestações, número de partos e histórico familiar da doença. Neste sentido, nas mulheres pesquisadas a média do número de partos foi de 4 ± 2 , sendo esta a mesma média encontrada

em mulheres avaliadas na pesquisa realizada por Frota et al. (2016), que foi igual a 4 ± 4 . Quanto ao número médio de gestações, nossa pesquisa apresentou uma média igual a 5 ± 2 de gestações por mulher, estando uma unidade abaixo da média encontrada pela mesma autora e seus colaboradores, que foi de 4 ± 4 .

Foi observado na pesquisa que 24,3% (n=37) das mulheres tiveram história familiar positiva para POP. Esta característica, apesar de ser considerada um fator de risco potencial, ainda é controversa nas pesquisas científicas, como destaca Rodrigues et al. (2009). De acordo com estes autores, a presença de história familiar positiva aumenta o risco em 2,3 vezes para a ocorrência do POP entre as mulheres.

O levantamento do grau do POP foi determinado de acordo com o método padronizado POP-Q, que resultou em 71,3% das mulheres em estadiamento III e 28,6% em estágio IV, ou seja, as 63 pacientes estavam nos estádios mais altos da doença. Já em estudo realizado por Vasconcelos et al. (2013), 58,8% das pacientes possuíam prolapso estágio II, 14,1% estágio III e 2,4% estágio IV, resultando em mulheres cujo estágio menor foi II, no qual estavam agrupadas a maioria das mulheres deste estudo, e a minoria estava agrupada no estágio IV, diferentemente deste estudo, no qual a maioria das mulheres estava no estágio III da doença. Na pesquisa realizada por Horst et al. (2016), a prevalência maior foi de POP grau I, sendo que deste 72,2% correspondem à parede anterior. Nessa mesma pesquisa, não houve pacientes com POP grau IV, também diferente da nossa pesquisa, que continha 28,6% de mulheres com essa classificação.

Em relação à qualidade de vida das mulheres com POP, as pacientes foram avaliadas antes e após a cirurgia por meio do instrumento da qualidade de vida em prolapso P-QoL. Os resultados desta avaliação no pré-operatório mostraram que o domínio mais afetado na qualidade de vida dessas mulheres foi o *impacto do prolapso*, cujo valor mediano foi de 66,67%, e o domínio menos afetado, de acordo com as respostas dessas mulheres, foi a *percepção geral da saúde*. Do mesmo modo, ocorreu em pesquisa realizada por Frota et al. (2016) quanto ao domínio que mais afetou as mulheres pesquisadas, sendo o mesmo o *impacto do prolapso*, cujo valor mediano foi de 83,00%. E quanto ao domínio de menor impacto, na pesquisa de Frota et al. (2016), observou-se resultado diferente do apresentado em nossa pesquisa, sendo que na desses autores a *limitação social* obteve valor mediano de 27,11%. De um modo geral, percebeu-se que, na pesquisa realizada por esses autores, a qualidade de vida das mulheres acometidas por POP estava pior do que a das mulheres da nossa pesquisa.

Após 180 dias da cirurgia realizada nas mulheres que compuseram a amostra deste estudo, observou-se que houve melhora em todos os domínios, exceto na *percepção geral da saúde* e na *limitação das atividades diárias*, nas quais os valores medianos variaram de 25 a 33,33% respectivamente. De um modo diferente, na pesquisa realizada por Mazzariol Junior (2017), apenas o domínio *sono e energia* não obteve melhora significativa ($p= 0,07$) após procedimento cirúrgico, mas em todos os outros domínios a melhora foi significativa, $p\leq 0,05$.

Mowat et al. (2018) mostra que, por meio de 10 estudos de ensaios controlados, o reparo transvaginal pode ser mais eficaz que o reparo transanal para a prevenção da recidiva de prolapso. Há evidências de que não são suportadas a utilização de malhas ou enxertos biológicos no reparo vaginal posterior. A escolha mais adequada às peculiaridades da paciente terá como resultado a melhora da qualidade de vida desta. Nesse contexto, observou-se que, neste estudo, a cirurgia trouxe uma melhora significativa em todos os domínios da qualidade de vida, exceto para os domínios *limitação das atividades diárias* ($p=0,2809$), *limitação física* e *emoções*, sendo que estes últimos não puderam ser comparados, visto que os valores do antes e depois eram exatamente iguais.

Globalmente, o fator de risco predominante para POP é a paridade. Outros fatores de risco conhecidos são a idade avançada, o trabalho de parto prolongado, o levantamento de objetos pesados e a obesidade. Neste contexto, nossa pesquisa apresentou forte relação entre a idade e o estadiamento do POP, sendo que as mulheres mais jovens estavam no Estádio III e as mais idosas no Estádio IV. Houve ainda a correlação positiva e significativa ($p<0,0001$) entre a idade e o estadiamento da doença, a qual mostrou que quanto maior a idade, maior a chance de a paciente evoluir para o estágio mais avançado da doença. Este resultado está de acordo com o apresentado na pesquisa realizada por Rodrigues et al. (2009), na qual foram comparadas as médias das idades de dois grupos de mulheres, sendo que, no primeiro, foram alocadas as que estavam nos estágios “0 e I” e, no segundo, as que estavam nos estágios “III e IV”. A comparação entre os grupos apresentou diferença significativa entre as idades ($p<0,001$), sendo que a idade média das mulheres em estágio avançado foi significativamente maior do que a das mulheres em estágio inicial.

No presente estudo, das 04 mulheres que estavam entre 35 e 45 anos, 100% estavam no estágio III e, das 14 que estavam em idade acima de 67 anos, 14,3% estavam no estágio III e 85,7% no estágio IV da doença. Este resultado confere com o apresentado na pesquisa realizada por Masenga et al. (2018) em que a prevalência de POP estágio II-IV aumentou com o avançar da idade: POP estágios II-IV foram encontrados em 42,4%, 63,9%, 71,9% e 70,1% das

mulheres com idade entre 18-34 anos, 35-44 anos, 45-54 anos e igual ou acima de 55 anos, respectivamente. Das 1047 mulheres examinadas, 70 (6,7%) apresentaram POP grave, que desceu 1 cm ou mais abaixo do hímen (Ba, C ou Bp \geq 1cm). Nesse grupo de mulheres houve um nítido aumento da taxa de prevalência entre os grupos etários. A ocorrência de POP grave foi especialmente acentuada entre mulheres com 55 anos ou mais, em que uma em cada dez mulheres teve um POP que desceu 1 cm ou mais abaixo do hímen.

Ainda relativo à idade, Sartori et al. (1995, p.9) demonstra que a incidência de prolapso ocorre na faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos de idade, havendo correlação do agravamento do prolapso com o aumento da idade.

Neste estudo não foi diferente. Das 18 mulheres que estavam no estágio IV, 5,6% estavam na faixa etária de 14 a 56 anos, 27,8% na faixa etária de 57 a 67 e 55,7% das 18 mulheres estavam com idade acima de 67 anos, comprovando a forte correlação entre a idade e o estadiamento dessa doença.

Na comparação entre a qualidade de vida e o estadiamento do POP nas pacientes avaliadas, observou-se que a área mais afetada da qualidade de vida das mesmas, além do impacto do prolapso, foi a limitação física ($p = 0,04$), sendo que esta característica foi mais impactante nas mulheres que estavam no estágio IV da doença. Este resultado difere do estudo realizado por Jelovsek e Barber (2006), no qual, após analisarem comparativamente pacientes portadoras de prolapso de estadiamento III e IV com pacientes de estadiamento 0 e I, foi verificado que as primeiras estavam mais propensas a não se sentirem fisicamente atraentes, a apresentarem-se insatisfeitas com a aparência ao se vestir e com dificuldades em se verem despidas, evitando pessoas por causa do seu aspecto e descontentamento geral com o corpo.

Ainda no estudo desses mesmos autores, observou-se que as pacientes com prolapso de órgão pélvico avançado sofreram a diminuição da qualidade de vida e da interação social. Em nossa pesquisa, a qualidade de vida das mulheres em estadiamento IV foi mostrada-se pior que a qualidade de vida das mulheres com prolapso em estadiamento III, exceto no que se referia à limitação social.

Os resultados estão de acordo com os apresentados em estudo realizado por Barber (2006), que avaliou prospectivamente a mudança na qualidade de vida, após cirurgia vaginal obliterante, também denominada colpocleise, em idosas com prolapso avançado e comparou com um coorte simultâneo de mulheres que receberam tratamento vaginal cirúrgico não obliterante. As mulheres com prolapso de órgão pélvico avançado escolheram a colpocleise após uma discussão detalhada com seu cirurgião, demonstrando melhorias significativas na

qualidade de vida delas, sem um aumento dos riscos cirúrgicos e clínicos ou alteração relevante da imagem corporal. Os resultados deste estudo foram semelhantes aos de um coorte concorrente de mulheres que escolheram cirurgia vaginal não obliterante. Assim, apesar das alterações permanentes na função sexual e possíveis alterações na autoimagem, a colpocleise parece resultar em melhora semelhante na qualidade de vida em comparação às cirurgias reconstrutivas não obliterantes nas pacientes avaliadas.

O estudo apresentou uma limitação importante, como a maioria dos estudos, que consistiu em não ter acesso a pacientes portadoras de POP assintomáticas e até as sintomáticas que, por falta de informação e aspecto cultural a respeito do tratamento, não procuraram atendimento adequado. Isso ocorre por não existir a padronização do atendimento a respeito do POP nos serviços de saúde básica dos profissionais médicos. Este estudo nos estimula a prosseguir com investigações mais aprofundadas e a criar um protocolo de atendimento.

7 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo estão de acordo com os principais trabalhos publicados da literatura médica, principalmente no que se refere ao êxito de um procedimento médico cirúrgico, obtendo benefícios à qualidade de vida das pacientes pesquisadas.

É notório, tanto pelos resultados de muitos estudos científicos aqui apresentados quanto por meio dos resultados obtidos, que a qualidade de vida de mulheres com POP é muito inferior. Os impactos negativos desta doença afetam, intensamente, a qualidade de vida da maioria das mulheres que a possuem, causando sérios prejuízos psicológicos, sociais e financeiros.

As queixas identificadas com maior frequência nas consultas que precederam o tratamento contemplavam alterações geniturinárias, físico sociais, relações pessoais, no sono e na energia. Sendo os quesitos "impacto do prolapso", "limitação social", "relações pessoais", "emoções" os que apresentaram maior influência na piora da qualidade de vida.

As pacientes envolvidas nesta pesquisa obtiveram melhora significativa na qualidade de vida após serem submetidas ao tratamento cirúrgico. Excetuando-se o item "limitação física", todos os domínios abordados em reavaliação após 180 dias do procedimento terapêutico expressaram melhora significativa.

Levando-se em consideração esses aspectos é evidente que o prolapso de órgão pélvico promove repercussão física e psicossocial importante. A realização do tratamento cirúrgico tem como finalidade a recuperação da qualidade de vidas dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

ABDO, N.C.H. **Quociente sexual feminino**: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. [São Paulo]: Diagn Tratamento, 2009. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0013.pdf>> . Acesso em 20 ago.2017.

ALMEIDA FILHO N. **O conceito de saúde: ponto cego da epidemiologia?** R. bras. Epidemiol. 2000;3(1):4-20. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2000000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt > Acesso em: 20 mar. 2018.

ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida** – definição, conceitos, interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. . Disponível em: < http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf> Acesso em ago 2017.

ARTHANASIOU, S.; HILL, S.; GLEESON, C.; ANDERS K, CARDOZO L. **Validation of the ICS proposed pelvic organ prolapse descriptive system.** *Neurourol Urodyn.* 1995. Disponível em: < BADEN, W.F.; WALKER, T.A.; LINDSEY J.H. **The vaginal profile.** *Tex Med* 1968; 56-8. > Acesso em: em 20 ago 2017.

BARBER, M.D.; MAHER, C. **Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse.** *Int urogynecol j* [internet]. 2013 nov [cited 2013 nov 3];24(11):1783–90. Disponível em: < : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24142054> > Acesso em: em 20 ago 2017.

BARBER, M.D.; AMUNDSEN, C.L.; PRAISO, M.F.R.; WEIDNER AC, ROMERO A, WALTERS MD. **Quality of life after surgery or genital prolapse in elderly women: obliterative and reconstructive surgery.** *Int Urogynecol J.* 2007; 18:799–806. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17111276> > Acesso em: em 20 ago 2017.

BEZERRA, L.R.; VASCONCELOS, Neto J.A.; VASCONCELOS, C.T., KARBAGE, S.A.; LIMA, A.C.; FROTA, I.P. ROCHA AB, MACEDO SR, COELHO CF, COSTA MK. **Prevalence of unreported bowel symptoms in women with pelvic floor dysfunction and the impact on their quality of life.** *International urogynecology journal.* 2014;25(7):927-33. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24562788> > Acesso em: em 20 ago 2017.

BEZERRA, L.R.P.S.; OLIVEIRA, E. de; BORTOLINI, M.A.T.; HAMERSKI, M.G.; BARACAT, E.C.; SARTORI, M.G.F.; GIRÃO, M.J.B.C. **Comparação entre as terminologias padronizadas por Baden e Walker e pela ICS para o prolapso pélvico feminino.** 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000600004>. Acesso em: out. 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeto para a população do Brasil por raça, sexo e idade para o período de**

1980-2050. Coordenação de população e indicadores sociais, 2050. Disponível em: <Brasil Portal, com informações do Ministério da Agricultura.
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>> Acesso em: out. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 196/96.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out-versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: mar. 2018.

BROUSSE C, BOISAUBERT B. **Quality of life and escales measuring.** R. Méd. Int. 2007;28:58-462. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17399856> > Acesso em: 20 out. 2018.

BUMP, R.C.; MATTIASSON A, BØ K, BRUBAKER LP, DELANCEY JO, KLARSKOV P, SHULL BL, SMITH AR.. **The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction.** Am J Obstet Gynaecol 1996; 175:17. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8694033>> Acesso em: mar. 2018.

BUSS, PM. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Ciência & Saúde Coletiva 2000;5(1):163-77. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_abstract&lng=pt > Acesso em: 20 out. 2018.

CARR AJ, THOMPSON PW, KIRWAN JR. **Quality of life measures.** Br. J.Rheumatol. 1996;35:275-81. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8620304> > Acesso em: 20 out. 2018.

CERQUEIRA MT. **Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas.** In: Organización Mundial de la Salud. La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina: un análisis sectorial. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico; 1997. p.7-48. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/47868320_Promocao_de_saude_concepcoes_principios_e_operacionalizacao > Acesso em: 20 out. 2018.

CORTON, MM. Anatomy of pelvic floor dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am. 2009;36:401–19. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19932407>> Acesso em: mar. 2018.

DE OLIVEIRA MS, TAMANINI JT, DE AGUIAR CAVALCANTI G. **Validation of the Prolapse Quality-of-Life Questionnaire (P-QoL) in Portuguese version in Brazilian women.** Internationalurogynecology journal and pelvic floor dysfunction. 2009;20(10):1191-202. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/26648709_Validation_of_the_Prolapse_Quality-of-Life_Questionnaire_P-QoL_in_Portuguese_version_in_Brazilian_women > Acesso em: 20 out. 2018.

DIGESU, A.; KHULLAR, V.; CARDOZO, L.; ROBINSON, D. **P-QOL: A validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse.** International Urogynecology Journal 16(3):176-81; jun. 2005. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15875234>> Acesso em: mar. 2018.

ELBISS, H.M.; OSMAN, N.; HAMMAD, F.T. Prevalence, risk factors and severity of symptoms of pelvic organ prolapse among Emirati women. **Prevalência, fatores de risco e gravidade dos sintomas do prolapso do órgão pélvico entre as mulheres dos Emirados**. 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4494174/?tool=pubmed> > . Acesso em: out. 2017.

FARQUHAR, M. Defi nitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.22, n.3, p.502-8, 1995. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000108&pid=S1807-5509201200020000700007&lng=pt > . Acesso em: 20 abril 2018.

FIGUEIRÊDO NETTO, Octacílio. **Atlas de cirurgia do assoalho pélvico: novas perspectivas**. Londrina-PR, 2009.

FLANAGAN J. **A research approach to improving our quality of life**. **Am. Psychol.** 1978;33:138-47. Disponível em: < [http://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=80045](http://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=80045) > Acesso em: 20 marc. 2018.

FLECK MP, LEAL OF, LOUZADA S, XAVIER M, CACHAM OVICH E, VIEIRA G. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (W H O Q O L - 1 0 0) . **Rev Bras Psiquiatr** 1999; 21:21-8. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006 > Acesso em: 20 abril 2018.

FROTA, I.P.R. **Função do assoalho pélvico e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa com e sem disfunção do assoalho pélvico**. 2016. 82 fls. Dissertação (Ciências Médico Cirúrgicas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: < http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFC-7_8f8b7f308a9d96039726350f38b464f4> Acesso em: out. 2017.

GILL, T.M.; FEINSTEIN, A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.272, n.8, p.619-26, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7726894> > Acesso em: out. 2017

GUYATT GH, FEENY DH, PATRICK DL. **Measuring health-related quality of life**. **Ann. Intern. Med.** 1993;118:622-9. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality of life instruments. **Pharmacoeconomics** 2000;17:13-35. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8452328> > Acesso em: 20 marc. 2018.

HADDAD, J.M.; TAKAMI, T.L. **Conceito, epidemiologia, classificação e diagnóstico do prolapso genital**. In: Girão MJBC e col., **Tratado de Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico**. Barueri: Manole Ltda; 2015. 497-510 p.

HORST, W.; SILVA, J.C. **Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando a literatura**. **Arq. Catarin. Med.** v.45 (2): 91-10, jun.2016. Disponível em: <<http://www.univille.edu.br/account/ppgsma/VirtualDisk.html?action=readFile&file=Disserta>

[cao_Final_Wagner_Horst.pdf¤t=/Dissertacoes_completas/2015](#) > Acesso em: out. 2017

HUNSKAAR, S.; BURGIO, K.; CLARK, A.; , **LAPITAN M, NELSON R, SILLEN U.** **Epidemiology of urinary and fecal incontinence and pelvic organ prolapse.** In: Abrams P, Cordozo L, Koury S, Wein A, eds. Third international consultation on incontinence, 1st edn. Paris: Health Publication, 2005. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK328042/> > Acesso em: out. 2017

ISMAIL, S.I.; BAIN, C.; HAGEN, S. **Oestrogens for treatment or prevention of pelvic organ prolapse in postmenopausal women.** *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;CD007063. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20824855> > Acesso em: out. 2017

JACÓMO, R.H. **Influência do prolapso genital avançado nas medidas baropodométricas e estabilométricas de controle postural em mulheres idosas.** 2014. 93 fls. Dissertação (Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: < http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17918/1/2014_RaquelHenriquesJacom.pdf > Acesso em: out. 2017

JELOVSEK, J.; BARBER, M.D. **Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life.** *Am Journal Obstet Gynecol* 2006. 194(5):1455-61. . Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16647928>> Acesso em: out. 2017

JELOVSEK, J.E.; MAHER, C.; BARBER, M.D. **Pelvic organ prolapse.** *Lancet.* 2007;369:1027–38. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382829> > Acesso em: mar. 2018

JIA, X.; GLAZENER, C.; MOWATT, G. MACLENNAN G, BAIN C, FRASER C, J Burr. **Efficacy and safety of using mesh or grafts in surgery for anterior and/or posterior vaginal wall prolapse: systemic review and meta-analysis.** *BJOG* 2008; 115 (11): 1350-61. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK73678/> > Acesso em: mar. 2018

JUMA, S.; LITTLE, N.A.; RAZ, S. **Evaluation of stress urinary incontinence.** *Gynecologic and Obstetric Urology.* 3 ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1993.251-263. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26950893> /> Acesso em: mar. 2018

KAPLAN RM. **Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis.** In: **Dimsdale JE, Baum A,** editors. *Quality of life in behavioral medicine research.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 3-30. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000100&pid=S0102-311X200400020002700005&lng=en > Acesso em: 20 abril 2018.

KASER, O.; IKLÉ, F.A.; HIRSCH, H.A. **Atlas de cirurgia ginecológica.** 2 ed. Manole: São Paulo, 2007.

KLENK J, RAPP K, BUCHELE G, KEIL U, WEILAND SK. **Increasing life expectancy in Germany: quantitative contributions from changes in age- and disease-specific mortality.** Eur J Public Health. 2007;17(6):587-92. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17403787> > Acesso em: 20 marc. 2018.

LARRE, Mariana Costa. **Distopias genitais.** 2014. Disponível em: < <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/direito/distopias-genitais/54657> > Acesso em: out. 2017.

LAYCOK, J.; JERWOOD D. **Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT Scheme.** Physiotherapy. 2001;87(12):631-42. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000117&pid=S0100-7203201300010000300012&lng=es >. Acesso em: 20 abril 2018.

MARINKOVIC, S.P.; STANTON, S.L. **Incontinência e dificuldades de micção associadas ao prolapso.** J Urol. 2004; 171 (3): 1021-8 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552012000200004 >. Acesso em: nov. 2018.

MANT, J.; PAINTER, R.; VESSEY, M. **Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association study.** Br J Obstet Gynecol 1997; 104:579-585. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9166201> >. Acesso em: abril 2018.

MAZZARIOL JUNIOR, O. **Impacto da correção cirúrgica do prolapso apical genital na qualidade de vida das mulheres.** 2017. 52 fls. Dissertação (Ciências) – Faculdade de Ciências Médica, Universidade Estadual de Campinas, 2017 Disponível em: < http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/322191/1/MazzariolJunior_Orestes_M.pdf >. Acesso em: abril. 2018.

MINAYO MCS, HARTZ ZMA, BUSS PM. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência & Saúde Coletiva 2000;5(1):7-18.) Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&tlng=pt > Acesso em: 20 marc. 2018.

MASENGA, G.G.; SHAYO, B.C.; RASH, V. **Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse in Kilimanjaro, Tanzania: a population based study in Tanzanian rural community.** PLOS One, 13(4): e0195910, 2018. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29694427> >. Acesso em: nov. 2018.

NORONHA, D.D.; MARTINS, A.M.E.B.; DIAS, D.S.; SILVEIRA, M.F. DE PAULA, A.M.B.; HAIKAL, D.S.A. **Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional.** Ciência & Saúde Coletiva, 21(2):463-474, 2016. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n2/463-474/pt/> >. Acesso em: nov. 2018.

OLSEN, A.L.; SMITH, V.J.; BERGSTROM, J.O.; COLLING JC, CLARK AL. **Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence.** Obstet Gynecol. 1997; 89:501–506. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9083302> >. Acesso em: marc. 2018.

OMS. **Promoción de la salud**: glosario. Genebra: OMS, 1998. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67246> >. Acesso em: 20 out. 2018.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. **Qualidade de vida**: abordagens, conceitos e avaliação. Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf> >. Acesso em: abril 2018.

REIFFENSTUHL, Gunther; PLATZER, Werner; KNAPSTEIN, Paul-Georg. **Operações vaginais**. 2 ed. Manole: São Paulo, 1999.

ROCK, John A.; THOMPSON, John D. **Ginecologia operatória**. 8 ed. Guanabara Koogan: São Paulo, 1999.

RODRIGUES, A.M.; OLIVEIRA, L.M. de; MARTINS, K. de F.; DEL ROY, C.A.; SARTORI, M.G.F.S.; GIRÃO, M.J.B.C.; CASTRO, R. de A. **Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira**. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000100004>. Acesso em: out. 2017.

SARTORI, J.P.; SARTORI, M.G.F.; GIRÃO, M.J.B.C. **Queixas urinárias segundo o grau de prolapso uterino**. Anais do “IV Congresso Latino-americano de Uroginecologia y Cirurgia Vaginal”. Vitória, Espírito Santo, 1995. Disponível em: < <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/Distopias%20genitais.doc> >. Acesso em: out. 2017.

SCARLATO, A.; SOUZA, C.C.C.; FONSECA, E.S.M.; SARTORI, M.G.F.; CASTRO, R.A. **Validation, reliability and responsiveness of prolapse quality of life questionnaire (P-QOL) in Brazilian population**. Int *Urogynecol* 2011; 22(6):751-5. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19578803> >. Acesso em: out. 2017.

SCHUTTINGA JA. **Quality of life from a federal regulatory perspective**. In: Dimsdale JE, Baum A, editores. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995.p. 31-42. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000116&pid=S0102-311X200400020002700021&lng=pt > Acesso em: 20 marc. 2018.

SEIDL EMF, ZANNON CMLC. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos**. Cad. Saúde Públ. mar./abr. 2004;20(2):580-8. v.32, n.2, p.232-240 Disponível em: <<http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/seidl-zannon-2004.pdf> > Acesso em: 20 marc. 2018.

SHAH, A.D.; KOHLI, N.; RAJAN, S.S.; HOYTE, L. **Racial characteristics of women undergoing surgery for pelvic organ prolapse in the United States**. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2007 Jul [cited 2014 Mar 31];197(1):70.e1–8. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17618763> >. Acesso em: out. 2017.

- SHULL, B. L. **Clinical evaluation of women with pelvic support defects.** Clin Obstet Gynecol. 1993;36:939. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8293594> >. Acesso em: out. 2017.
- SINGER MK. **Redefining health: living with cancer.** Soc. Sci. Med. 1993;37:295-304. . Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8356479> > Acesso em: 20 jun. 2018.
- SMITH, F.J.; HOLMAN C.D.J.; MOORIN, R.E.; TSOKOS N. **Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse.** Obstet Gynecol [Internet]. 2010 Nov [cited 2013 Nov 3];116(5):1096-100. . Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20966694> >. Acesso em: out. 2017.
- SWIFT, S.E.; POUND, T.; DIAS, J.K. **Case-control study of etiologic factors in the development of severe pelvic organ prolapse.** Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction. 2001; 12:187-192. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11451007> >. Acesso em: out. 2017.
- SWIFT, S. **Correlation of symptoms with degree of pelvic organ support in a general population of women: what is pelvic organ prolapse?** Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2003 Aug [cited 2014 Mar 31];189(2):372-7. 7 Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14520198> >. Acesso em: out. 2017.
- TANI, G. Esporte, educação e qualidade de vida. In: MOREIRA, W.W.; SIMÕES, R. (Orgs.). **Esporte como fator de qualidade de vida.** Piracicaba: UNIMEP, 2002. p.103-16. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007 > Acesso em: 20 marc. 2018.
- WAGNER HORST, Jean Carl Silva. **Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando a literatura,** v. 45, n. 2 (2016). . Disponível em: < <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/79> >. Acesso em: out. 2017.
- VANNPUTE, C.L.; REGAN, J.L.; RUSSO, A.F. **Anatomia e fisiologia de seeley.** 10a. Artmed, Porto Alegre, 2016.
- WALLWIENER, Diethelm. **Atlas de cirurgia ginecológica.** 7 ed. Artmed: São Paulo, 2012.
- WEBER, J.C. **Manual de Dissecção Humana de Shearer,** 8ª. Ed. Manole, Nova York, 1999.
- WEBER, A.M.; Richter, H.E. **Pelvic organ prolapse.** Obstet Gynecol [Internet]. 2005 Sep;106(3):615-34. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16135597> >. Acesso em: out. 2017.
- WHO. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** The WHOQOL Group – The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med, 41(10):1403-1409, 1995. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308/> >. Acesso em: 20 mar. 2018.
- WMA. **WORLD MEDICAL ASSOCIATION. WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.** 2008. Disponível em: < <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> >. Acesso em: 20 mar. 2018.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A Senhora está sendo convidada a participar da pesquisa: **Qualidade de vida das pacientes após tratamento cirúrgico de prolapso de órgão pélvico**. Você está neste momento sendo esclarecida sobre a pesquisa e sobre quaisquer informações que desejar. Você é livre para se recusar a participar, retirar sua aceitação ou interromper sua participação, em qualquer instante. A participação é voluntária – ou seja, não é obrigatória – e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios, do ponto de vista pessoal e/ ou acadêmico.

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto benéfico do tratamento cirúrgico para o prolapso de órgão pélvico (POP) na qualidade de vida e nos sintomas vesicais, vaginais e intestinais de paciente submetida à reconstrução de assoalho pélvico. Isto significa que a sua participação será em responder antes e após o tratamento cirúrgico o questionário sobre qualidade de vida, que será analisado para compor um estudo científico para que futuramente possa melhorar a abordagem de paciente com a mesma doença.

Seus benefícios com a sua participação serão tratamento cirúrgico moderno e adequado a sua necessidade e acompanhamento constante através de consultas de livre demanda de médicos, psicólogos e fisioterapeutas durante o período da evolução do tratamento proposto para mulheres com prolapso de órgão pélvico. Esse suporte interdisciplinar será oferecido antes e após o tratamento. Sua participação no estudo não possui qualquer correlação com notas ou conceitos, nem há previsão de qualquer pagamento em dinheiro por sua colaboração. Ressalte-se que as informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e está assegurado o sigilo sobre a sua participação. Estão assegurados o direito à indenização e cobertura material para reparação a dano causado pela sua participação na pesquisa, (resolução CNS n 466 de 2012, IV.3.h IV.4.c e V.7). Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Para participar desta pesquisa, no pré e pós-operatório, você será submetida à avaliação clínica e laboratorial no *AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA*, 4787, avenida Apurinã, nº 4, Praça 14 de Janeiro CEP: 69020-170 - Manaus / AM, pelo pesquisador principal, um ou mais residentes, respondendo ao questionário de qualidade de vida. Pela necessidade de contato interpessoal, há o risco de danos à sua dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, inerentes a qualquer pesquisa com seres humanos, além do desconforto eventualmente produzido pela entrevista. Tais riscos podem ser eliminados ou minimizados pelo estabelecimento de uma respeitosa e profícua relação paciente-médico. A entrevista será realizada nas dependências do ambulatório Araújo Lima (consultório médico) com o entrevistador. Não está previsto na pesquisa ressarcimento de despesas com transporte e/ ou alimentação, já inclusas no custo hospitalar

A pesquisa é de responsabilidade do pesquisador CÉLIO HENRIQUE DE MELO, médico cirurgião GINECOLÓGICO do Hospital Universitário Getúlio Vargas, pesquisador principal, (celiomelo3366@gmail.com) e da Dra. Ione Brum (brum.ione.dra@gmail.com), orientadora, ambos do curso de Mestrado Profissional em Cirurgia (ppgraci.mestrado@gmail.com), com endereço na Universidade do Amazonas, Faculdade de Medicina, Rua Afonso Pena, 1053, Centro, 69020-160, telefone (92) 33051181, ramal 2016. Você está neste momento sendo esclarecida sobre a pesquisa e sobre quaisquer informações que desejar.

Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: avenida Apurinã, nº 4, Praça 14 de Janeiro; CEP: 69020-170 - Manaus / AM - Fone (92) 3305-4764, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – CEP/UFAM, Escola de Enfermagem de Manaus - Sala 07; Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM; Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004 / (92) 9171-2496; E-mail: cep@ufam.edu.br ou cep.ufam@gmail.com. Sendo o **Comitê de Ética em Pesquisa - CEP** - um colegiado multi e

transdisciplinar, independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde). O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, podendo auxiliar em casos que envolvam a ética do procedimento. Ou poderá entrar em contato com o mestrando orientado Célio Henrique de Melo no endereço eletrônico: (celiomelo3366@ufam.org.br)

“Declaro que entendi os objetivos e as consequências de minha participação na pesquisa e, concordando em participar, firmo de livre e espontânea vontade o presente termo”.

Impressão Digital
do (a) Paciente

Manaus, / /

Assinatura do (a) Paciente

Assinatura do Pesquisador Principal

Assinatura do Orientador da Pesquisa

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO P-QoL

Qualidade de Vida Prolapso (P-QOL)

Nome: _____ Reg: _____

Idade: _____ anos Hospital: _____ N: _____

Data: ____/____/____

UM PROLAPSO É UMA “BOLA OU ABAULAMENTO” QUE DESCE PELA VAGINA CAUSANDO DESCONFORTO

POR FAVOR, PREENCHA ESTE QUESTIONÁRIO MESMO QUE VOCÊ SINTA QUE NÃO TENHA PROLAPSO

1- Como você descreveria sua saúde neste momento?

Por favor, marque uma resposta

- a. Muito Boa
- b. Boa
- c. Regular
- d. Ruim
- e. Muito ruim

2- Quanto você acha que seu problema de prolapso lhe afeta?

- a. Não afeta
- b. Um pouco
- c. Moderadamente
- d. Muita

Por favor, marque uma resposta

3- Por favor, anote se você tem algum dos seguintes sintomas e marque o quanto eles afetam você:

1. 1. 2. 3. 4.
 Não se aplica. Não. Um pouco Moderadamente Muito

a. Ir ao banheiro para urinar com muita frequência.	<input type="radio"/>				
b. Urgência: desejo urgente de urinar.	<input type="radio"/>				
c. Incontinência por urgência: perda urinária associada a um forte desejo de urinar.	<input type="radio"/>				
d. Incontinência de esforço: perda urinária associada à tosse.	<input type="radio"/>				

e. Sensação de um abaulamento/bola saindo da vagina.	<input type="radio"/>				
f. Sensação de peso ou pressão na parte inferior do abdome (barriga) que aparece ou piora no decorrer do dia.	<input type="radio"/>				
g. Abaulamento na vagina interferindo no esvaziamento do intestino.	<input type="radio"/>				
h. Desconforto na vagina que piora quando está em pé e alivia quando se deita.	<input type="radio"/>				
i. Jato urinário fraco.	<input type="radio"/>				
j. Esforço para esvaziar a bexiga.	<input type="radio"/>				
k. Gotejamento de urina após esvaziar a bexiga.	<input type="radio"/>				

4- Por favor, anote se você tem algum dos seguintes sintomas e marque o quanto eles afetam você:

0. 1. 2. 3. 4.

Não se aplica Não Um pouco Moderadamente Muito

a. Sensação de não ter esvaziado completamente o intestino após ter defecado.	<input type="radio"/>				
b. Constipação: dificuldade em esvaziar o intestino.	<input type="radio"/>				
c. Esforço para defecar.	<input type="radio"/>				
s. Abaulamento na vagina que atrapalha o sexo.	<input type="radio"/>				
e. Dor lombar (na parte inferior das costas) que piora com o desconforto vaginal.	<input type="radio"/>				
f. Você ajuda a esvaziar o intestino com seus dedos?	<input type="radio"/>				

g. Com que frequência você defeca?	<input type="radio"/>				
------------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Abaixo estão algumas atividades que podem ser prejudicadas pelo seu problema de prolapso. Quanto o seu problema de prolapso incomoda você?

Gostaríamos que você respondesse cada questão.

Só marque o círculo que se aplica a você.

5- LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES DIÁRIAS

0. 1. 2. 3.
Nada Ligeiramente Moderadamente Muito

a. Quanto o seu problema de prolapso afeta suas atividades domésticas? (ex.: limpeza, compras, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. O prolapso afeta seu trabalho ou suas atividades diárias normais fora de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6- LIMITAÇÕES FÍSICAS/SOCIAIS

1. 1. 2. 3.
Nada Ligeiramente Moderadamente Muito

a. O prolapso afeta suas atividades físicas? (ex.: caminhar, correr, praticar esportes, ginástica, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. O prolapso afeta sua capacidade de viajar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. O prolapso limita sua vida social?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. O prolapso limita sua capacidade de ver/visitar amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7- RELACIONAMENTO PESSOAL

0. 1. 2. 3. 4.
Não se aplica Não Um pouco Moderadamente Muito

a. O seu prolapso afeta o relacionamento com seu parceiro?	<input type="radio"/>				
b. O seu prolapso afeta sua vida sexual?	<input type="radio"/>				

c. O seu prolapso afeta sua vida familiar?	<input type="radio"/>				
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

8- EMOÇÕES

0. Nada 1. Ligeiramente 2. Moderadamente 3. Muito

a. O prolapso faz você se sentir deprimida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. O prolapso faz você se sentir ansiosa ou nervosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. O prolapso faz você se sentir mal consigo mesma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9- SONO/ENERGIA

1. Nada 1. Ligeiramente 2. Moderadamente 3. Muito

a. O prolapso afeta seu sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Você se sente exausta/cansada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você faz alguma das seguintes coisas para ajudar seu problema de prolapso?

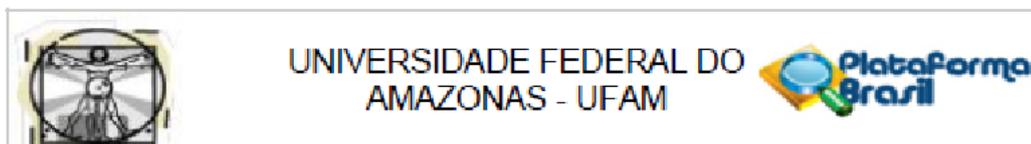
10-Responda mesmo que você não sinta que tem problema de prolapso. Se sim, quanto?

0. Nunca 1. Às vezes 2. Frequentemente 3. O tempo todo

a. Usa absorventes internos/externos ou calcinhas firmes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Você empurra o seu prolapso para cima?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Dor ou desconforto devido ao prolapso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. O prolapso impede você de ficar em pé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBRIGADO, agora verifique se você respondeu todas as questões.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CEP/UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DAS PACIENTES APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PROLAPSO DE ÓRGÃO PÉLVICO.

Pesquisador: CELIO HENRIQUE DE MELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 74357717.8.0000.5020

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO AMAZONAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.335.098

Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa na segunda versão. Na primeira versão o protocolo estava com pendências na metodologia, nos benefícios, nos riscos, na folha de rosto, no cronograma, na carta de anuência e no TCLE, conforme parecer 2.250.792, emitido no CEP da UFAM, emitido em 31 de Agosto de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar a qualidade de vida de pacientes após cirurgia para tratamento de POP no Hospital Universitário Getúlio Vargas na capital do Estado do Amazonas.

Objetivo Secundário:

I) Avaliar o impacto do tratamento cirúrgico para prolapso de órgão pélvico (POP) na qualidade de vida;

II) Identificar se houve melhora nos sintomas vesicais, vaginais e intestinais;

III) Comparar a qualidade de vida dessas mulheres antes e após tratamento cirúrgico;

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.335.096

IV) Comparar os resultados obtidos com os valores já definidos na literatura médica. M.S. de Oliveira et al (2014).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Pela necessidade de contato interpessoal, há o risco de danos à sua dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, inerentes a qualquer pesquisa com seres humanos, além do desconforto eventualmente produzido pela entrevista. Tais riscos podem ser eliminados ou minimizados pelo estabelecimento de uma respeitosa e profícua relação paciente-médico, a entrevista será realizada nas dependências do ambulatório Araújo Lima em ambiente reservado e adequado (consultório médico) com o entrevistador.

Benefícios: a paciente terá um tratamento cirúrgico moderno e adequado a sua necessidade e acompanhamento constante através de consultas de livre demanda de médicos, psicólogos e fisioterapeutas durante o período da evolução do tratamento proposto para mulheres com prolapso de órgão pélvico, esse suporte interdisciplinar será oferecido ante e após o tratamento como rotina do serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será desenvolvida no Ambulatório Araújo Lima pertencente ao Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) vinculado a Universidade Federal do Amazonas (Ufam). É um hospital terciários e de ensino, centro de referência em atenção à saúde da mulher no estado. Neste centro funcionam ambulatórios de Uroginecologia, ginecologia geral e disfunção do assoalho pélvico com equipe interdisciplinar e multiprofissional, composta de médicos, fisioterapeutas, enfermeiras e psicólogas, localizado na cidade de Manaus. A coleta dos dados se dará no período de outubro de 2017 a julho de 2018. Após esclarecimento dos objetivos e metodologia do trabalho e concordância do mesmo, as participantes com faixa etária de 38 anos 86 anos assinaram o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) (apêndice A), receberam uma cópia. As mulheres que aceitarem participar do estudo e após assinarem o TCLE (Apêndice A), passara pela avaliação medico ginecológica com pesquisador principal desse estudo e em seguida será aplicado o questionário de qualidade de vida prolapso (Pop-Q) (apêndice B), em ambiente reservado e adequado (consultório médico), após os exames pré-operatório agendaremos a cirurgia de acordo com demanda do serviço. A participante retornara para avaliação clínica pós-operatória de rotina do serviço na sequência de 7,30, 60 e 180 dias sendo na última aplicado novamente o questionário de qualidade de vida prolapso (Pop-Q).

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.335.096

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 18 de Outubro de 2017

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 495
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-1181 **E-mail:** cep.ufam@gmail.com

Página 04 de 04