



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO
FIGUEIRA – IMIP
Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - CNPq
Curso Medicina

JOÃO LUCAS DOS SANTOS MATIAS

**COLPOFIXAÇÃO SACROESPINHOSA TRANSGLÚTEA PARA
CORREÇÃO DE PROLAPSO APICAL – PRODUÇÃO DE VÍDEO
DEMONSTRATIVO DE TÉCNICA CIRÚRGICA MODIFICADA.**

TRANSGLUTTEAL SACROSPINOUS COLPOFIXATION FOR
CORRECTION OF APICAL PROLAPSUS – PRODUCTION OF VIDEO
DEMONSTRATING MODIFIED SURGICAL TECHNIQUE

Recife
2022

JOÃO LUCAS DOS SANTOS MATIAS

**COLPOFIXAÇÃO SACROESPINHOSA TRANSGLÚTEA PARA
CORREÇÃO DE PROLAPSO APICAL – PRODUÇÃO DE VÍDEO
DEMONSTRATIVO DE TÉCNICA CIRÚRGICA MODIFICADA.**

Artigo Científico submetido ao
Congresso Estudantil da FPS para
finalização do Programa de Bolsas de
Iniciação Científica – CNPq IMIP
2022/2023

Orientadores:

Dr. Aurélio Antônio Ribeiro da Costa

Dr. Francilberto Dyego de Souza

Dr. Artur Eduardo de Oliveira Rangel

Recife
2022

LISTA DE IDENTIFICAÇÃO

1. João Lucas dos Santos Matias (Estudante Autor)

Acadêmico da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Endereço: Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife - PE

E-mail: joaolsmatias20@gmail.com **Telefone:** (81) 99911-4579

2. Dr. Aurélio Antônio Ribeiro Costa (Orientador)

Mestrado em Saúde Materno Infantil - IMIP – Recife – Brasil.

Doutorado em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Professor do programa de pós-graduação do IMIP.

Professor adjunto da graduação em Medicina da Universidade de Federal de Pernambuco.

Supervisor do programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do IMIP.

Endereço: Rua dos Coelho, 300, Boa Vista, Recife - PE

E-mail: aureliorecife@gmail.com **Telefone:** (81) 99969-6494

3. Dr. Francilberto Dyego de Souza (Coorientador)

Residência Médica em Tocoginecologia - IMIP – Recife – Brasil.

Fellowship em Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico – IMIP.

Endereço: Rua dos Coelho, 300, Boa Vista, Recife - PE

E-mail: francilbertosouza@gmail.com **Telefone:** (81) 99606-0398

4. Dr. Artur Eduardo de Oliveira Rangel (Coorientador)

Médico pela Faculdade de Ciências Médicas UPE

Residência Médica em Ginecologia pelo Instituto Nacional de Previdência Social –

Guanabara

Mestrado em Tocoginecologia pela Universidade de Pernambuco (UPE)

Doutorado em Cirurgia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Médico Uroginecologista do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

– IMIP

Coordenador Técnico-Gerencial da Unidade de Incontinências e Disfunções do

Assoalho Pélvico UNIDAP-IMIP

Professor (Docente-Tutor) da Faculdade Pernambucana de Saúde FPS-IMIP

Preceptor em Uroginecologia das Residências Médicas de Ginecologia e Urologia do
IMIP

Endereço: Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife - PE

E-mail: artureor@yahoo.com.br **Telefone:** (81) 99780-0188

RESUMO

Objetivo: Produzir e divulgar um vídeo informativo e explicativo acerca do procedimento de colpofixação sacroespínhosa por via transglútea com uso de tela de polipropileno com técnica adaptada, visando a capacitação da comunidade médico-científica sobre tal abordagem cirúrgica no tratamento de pacientes com prolapso apical. **Método:** Estudo prospectivo com produção de material audiovisual. **Resultados:** Vídeo demonstrativo da técnica cirúrgica empregada, com duração final de 9'23" (nove minutos e vinte e três segundos) após edição, que contemplou as etapas do procedimento de colpofixação sacroespínhosa transglútea para correção de prolapso apical, no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP. **Conclusão:** A divulgação de técnica cirúrgica de baixo custo para correção de prolapso apical pode contribuir para a assistência de pacientes acometidas em cenários de poucos recursos disponíveis.

Palavras-chave: Prolapso de órgão pélvico, Prolapso uterino, Tela cirúrgica, Recurso midiático, Procedimentos cirúrgicos operatórios.

ABSTRACT

Objective: To produce and disseminate an informative and explanatory video about the procedure of transgluteal sacrospinous colpopexiation with the use of polypropylene mesh with adapted technique, aiming at training the medical-scientific community on such surgical approach in the treatment of patients with apical prolapse. **Method:** Prospective study with production of audiovisual material. **Results:** Video demonstrating the surgical technique employed, with a final duration of 9'23" (nine minutes and twenty-three seconds) after editing, which contemplated the stages of the transgluteal sacrospinous colpopexiation procedure for correction of apical prolapse, at the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP. **Conclusion:** The dissemination of a low-cost surgical technique for the correction of apical prolapse can contribute to the care of affected patients in scenarios with few available resources.

Keywords: Pelvic organ prolapse, Uterine prolapse, Surgical screen, Media resource, Surgical procedures.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Figura 1. Tela de polipropileno manufaturada com alça utilizando um fio de polipropileno 2.0 (Prolene®) para colpofixação sacroespinhosa	16
Figura 2: Agulha de colpofixação sacroespinhosa com ponta fenestrada (detalhe no canto superior esquerdo)	16
Quadro 1. Definição dos pontos no POP-Q e estadiamento	17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

POP	Prolapso de Órgãos Pélvicos
POP-Q	<i>Pelvic Organ Prolapse Quantification System</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
UNIDAP	Unidade de Disfunções do Assoalho Pélvico
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO.....	1
II.	MÉTODOS.....	3
III.	TÉCNICA CIRÚRGICA.....	7
IV.	CAPTURA AUDIOVISUAL.....	9
V.	DISCUSSÃO.....	10
VI.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14

I. INTRODUÇÃO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) tem como definição a descida da parede vaginal anterior, posterior e/ou do ápice da vagina (útero ou cicatriz da cúpula vaginal na mulher hysterectomizada)¹. Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento do POP, pode-se destacar: idade avançada, multiparidade, menopausa, doenças do colágeno, obesidade, constipação crônica, entre outros¹. Trata-se de uma condição bastante comum, e, por mais que não represente ameaça à vida, é causa importante de morbidade². A doença pode afetar substancialmente a qualidade de vida das pacientes, com impactos psicológicos, sexuais, sociais e financeiros². O POP pode acometer mulheres em diferentes faixas etárias². A prevalência estimada é de 21,7% em mulheres de 18 a 83 anos, chegando a 30% nas pacientes entre 50 e 89 anos². Com relação à abordagem cirúrgica como tratamento do POP, aos 80 anos, 11,1% das mulheres têm ou tiveram indicação para essa opção terapêutica, enquanto a recidiva cirúrgica pode chegar a 30%².

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) prejudica a qualidade de vida da mulher, sobretudo quando existe alguma sintomatologia associada². Dentre os principais sintomas, podem ser descritos: a sensação de peso, disfunção miccional e/ou fecal, disfunção sexual, infecções urinárias de repetição, frouxidão vaginal, entre outros². Dessa forma, durante a abordagem de uma paciente com suspeita de prolapso, recomenda-se fazer uma avaliação de sintomas com foco nos principais sistemas acometidos². Além disso, é importante a realização do POP-Q (*Pelvic Organ Prolapse Quantification System*), a partir do qual é possível realizar o estadiamento clínico do prolapso genital para a avaliação objetiva e documentação da extensão do prolapso, principalmente em casos de cirurgia, possibilitando o seguimento pós-operatório². De um modo geral, o POP-Q utiliza pontos anatômicos pré-definidos da estática pélvica da mulher para

avaliação do prolapso (Quadro 1). Após a determinação dos pontos, os prolapso podem ser classificados em cinco diferentes estágios (0, I, II, III e IV)⁷.

- **Estadio 0:** ausência de prolapso;
- **Estadio I:** o ponto de maior prolapso está posicionado até 1 centímetro acima do hímen (> -1 centímetro);
- **Estadio II:** o ponto de maior prolapso está posicionado entre -1 centímetro e +1 centímetro, ou seja, 1 centímetro acima ou abaixo do hímen.
- **Estadio III:** o ponto de maior prolapso está além de 1 centímetro abaixo do hímen, porém sem eversão total;
- **Estadio IV:** eversão total do prolapso⁷

Para mulheres com quadros assintomáticos ou oligossintomáticos de POP, a educação sobre a doença e exercícios para o fortalecimento da musculatura pélvica são usualmente recomendados¹. Com relação às mulheres com sintomatologia franca ou com estadiamento maior que dois no POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) recomenda-se também o uso dos pessários como forma de tratamento menos invasivo². A indicação cirúrgica surge em mulheres portadoras de POP sintomático, sobretudo aquelas que falharam ou recusaram a utilização dos métodos terapêuticos não invasivos¹. Existem diversas possibilidades de abordagens feitas durante o manejo cirúrgico, com diferentes técnicas, sejam elas, reconstrutivas ou obliterativas, com ou sem uso de telas sintéticas e com algumas opções de vias cirúrgicas: abdominal, laparoscópica ou vaginal⁶. Além disso, pode-se optar por técnicas conservadoras, com preservação do útero ou com histerectomia⁶.

Com relação às abordagens cirúrgicas vaginais, geralmente, a histerectomia vaginal e suspensão do ápice vaginal, com reparo dos prolapso das paredes anterior e posterior são tratamentos eficazes para a maioria das mulheres com POP². Quando existe um prolapso

uterino, a histerectomia isolada como abordagem pode não ser um tratamento adequado, sobretudo devido ao risco de recorrência⁶. Desse modo, associado a esta conduta, especialmente nos casos de prolapso apical, recomenda-se fazer a suspensão do ápice vaginal, com a fixação desse aos ligamentos uterossacro ou sacroespinal, preferencialmente com a utilização de tecidos retirados do próprio paciente, ou seja, nativos, visto que esta conduta reduz o risco de complicações¹. Em síntese, as técnicas utilizadas no tratamento cirúrgico do prolapso apical podem se beneficiar do uso de tecidos próprios do paciente (nativo) ou de outros materiais (biológicos ou sintéticos) para o reparo do prolapso². O uso de telas sintéticas ou enxertos biológicos está associado a um maior número de complicações, se comparado ao reparo com tecido nativo¹.

De acordo com avaliações feitas pelo FDA (*Food and Drug Administration*), dentre as principais complicações observadas após o uso de tela transvaginal, pode-se destacar: lesões vesicais, dor pélvica, dispareunia e disfunção sexual⁸. No entanto, comparado novamente ao reparo com tecido nativo, o uso de malha sintética apresenta menos risco de recorrência do prolapso⁹. Em suma, na prática, conclui-se que, mesmo com reduzidas taxas de recorrência e, conseqüentemente, repetição de novas abordagens cirúrgicas, o uso rotineiro de telas acompanha complicações que limitam seu uso na cirurgia primária⁹. Somente em alguns casos seu uso se torna relevante, sobretudo em pacientes que apresentam elevado risco de recorrência do POP, nos quais os benefícios da utilização da tela transvaginal sobrepujam os riscos⁹.

Neste contexto, a presente pesquisa buscou a formulação de um vídeo informativo com enfoque no procedimento de colpofixação sacroespinhosa por via transglútea (sling apical), com uso de tela sintética, por ser um procedimento bastante requerido para o tratamento de pacientes portadoras de prolapso apical, e por apresentar um custo reduzido, especialmente dentro do contexto socioeconômico da população atendida no

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Tal recurso teve como objetivo capacitar a comunidade médica a respeito deste procedimento como abordagem para pacientes com prolapso apical, visto que é considerada uma opção para o tratamento do POP com bons resultados clínicos e baixo custo para o sistema de saúde.

II. MÉTODOS

O projeto atende a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com CAAE de número 57322622.1.0000.5201, e parecer de número 5.348.545, liberado dia 13/04/2022. Trata-se de um estudo prospectivo com produção de material audiovisual, composto por duas etapas: a primeira, para construção do vídeo; e a segunda, para validação de conteúdo por especialistas em uroginecologia.

A gravação do conteúdo foi realizada pelo estudante participante da pesquisa. A produção contou com a participação de pacientes, mantidas em anonimato nesta pesquisa, com diagnóstico de prolapso apical de órgãos pélvicos com necessidade de tratamento cirúrgico. O procedimento registrado foi realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), em especial na Unidade de Disfunções do Assoalho Pélvico (UNIDAP), que realiza por volta de 12 cirurgias semanais englobando as mais diversas afecções do assoalho pélvico, como: prolapso de órgãos pélvicos, incontinência urinária, fístulas urológicas, cirurgias cosméticas íntimas, entre outros.

Por se tratar da construção do vídeo, o projeto foi definido pela realização de três etapas: pré-produção, produção e pós-produção. Na pré-produção, foram realizadas revisões de literatura para definir os principais passos que deveriam ser registrados durante a gravação do procedimento. Após a entrada da paciente no centro cirúrgico, a equipe iniciou os preparativos para o início da cirurgia como procedimentos anestésicos, posicionamento da paciente e preparo do campo operatório. Findados esses preparativos, a equipe de captura audiovisual composta de um dos pesquisadores envolvidos e um profissional audiovisual entrou na sala de cirurgia para posicionamento do equipamento de vídeo. Uma vez iniciado o procedimento cirúrgico, conforme técnica descrita no item anterior, não houve qualquer tipo de interferência dos pesquisadores durante o ato

cirúrgico, posicionando-se junto dos equipamentos de gravação e distantes da equipe cirúrgica, de forma a não interferir em nenhuma etapa do procedimento. Priorizou evitar movimentações do equipamento de forma a capturar o melhor ângulo de imagem como a menor interferência possível, realizando movimentações somente quando estritamente necessário. Após a coleta das imagens, elas foram inseridas em software profissional específico de edição de vídeo no próprio computador dos pesquisadores e editado sem acesso concomitante à internet, como forma de preservar as imagens de possíveis vazamentos.

O pesquisador principal acompanhou pessoalmente a edição do vídeo como forma de garantir toda a integridade do processo. Além disso, o transporte e armazenamento das imagens foi realizado em unidade de armazenamento portátil (drive externo), não ficando nenhuma imagem armazenada em nenhum computador após a edição do vídeo

III. TÉCNICA CIRÚRGICA

Previamente ao início da cirurgia, é realizada a preparação de duas faixas de tela de polipropileno, medindo 1,5 cm de largura e aproximadamente 30 cm de comprimento a partir de uma tela de polipropileno utilizada para correção de hérnias abdominais (Intracorp®, 30,5x30,5cm, Venkuri, São Paulo, Brasil). Em uma das extremidades das faixas de tela, é confeccionada uma alça com fio de polipropileno 2.0 (Prolene®, 2.0, Ethicon, Johnson&Johnson, Nova Jersey, EUA) (Figura 1). Para a transfixação do ligamento sacroespinhoso é usada uma agulha curva, modificada no serviço pela produção de uma fenestra em sua ponta (Figura 2).

Com a paciente sob raquianestesia ou anestesia geral, a critério da equipe de anesthesiologistas assistentes, é realizado seu posicionamento em posição de litotomia com hiperflexão das coxas sobre o abdômen utilizando apoios para as pernas e realizada antissepsia do campo operatório com solução de Digliconato de Clorexidina a 2% (Rhioex®, Rhioquímica, São Paulo, Brasil) e aposição de campos cirúrgicos estéreis e introdução de sonda de Foley número 14 ou 16fr através do meato uretral externo, utilizando sistema coletor fechado.

Realizada então incisão transversa em parede vaginal anterior ou posterior com lâmina de bisturi número 15 e prolongamento longitudinal da incisão através de dissecção cortante com tesoura de Metzemaum, seguida de dissecção cortante de fásia vesicovaginal e mucosa e dissecção roma do espaço paravesical até identificação dos ligamentos sacroespinhosos bilateralmente (via anterior ou posterior).

Então, é realizada a fixação das faixas de tela ao colo uterino ou à cúpula vaginal, em pacientes histerectomizadas, utilizando suturas de polipropileno (Prolene®, 2.0, Ethicon, Johnson&Johnson, Nova Jersey, EUA) em dois pontos em cada um dos lados. A

extremidade distal da faixa de tela fica reparada no campo operatório até a passagem das agulhas.

A fixação das telas e passagem das agulhas podem ser realizadas em ordem inversas, sem prejuízo da técnica cirúrgica. Posteriormente, é realizada incisão glútea bilateral, medindo aproximadamente 0,5 centímetro e distando dois a três centímetros lateralmente e posteriormente ao orifício anal, através das quais são passadas as agulhas de colpofixação curvas com ponta fenestrada, transfixando os ligamentos sacroespinhosos bilateralmente a aproximadamente dois centímetros em posição medial à espinha isquiática e emergindo através dos espaços paravesical ou pararectal. Através das fenestras das agulhas é passada a alça com fio de polipropileno que fora previamente confeccionada nas faixas de tela. Uma vez as alças passadas através das fenestras, a agulha é retraída em um movimento oposto ao de entrada, fazendo com que as alças, fixadas à extremidade distal da tela, se exteriorizam pelas incisões glúteas. Com a tração das telas ocorre a suspensão do ápice vaginal para uma posição mais proximal de acordo com intensidade da tração às quais as telas são submetidas. O excesso de tela que se exterioriza através da incisão glútea é aparado rente à pele da paciente e as incisões permanecem sem sutura para cicatrização por segunda intenção.

Posteriormente, após revisão da hemostasia, é feita a síntese de mucosa vaginal da parede anterior ou posterior com fio Catgut cromado 2-0 em pontos separados, seguida de introdução de tampão vaginal. Por fim, é realizado um toque retal para verificar a integridade do reto e retirada da tensão nas telas

IV. CAPTURA AUDIOVISUAL

Após a entrada da paciente no centro cirúrgico, a equipe iniciou os preparativos para o início da cirurgia como procedimentos anestésicos, posicionamento da paciente e preparo do campo operatório. Findados esses preparativos, a equipe de captura audiovisual composta de um dos pesquisadores envolvidos e um profissional audiovisual posicionou-se na sala de cirurgia para organização do equipamento de vídeo. Uma vez iniciado o procedimento cirúrgico, não houve qualquer tipo de interferência dos pesquisadores durante o ato cirúrgico, ficando junto dos equipamentos de gravação e distante da equipe cirúrgica, de forma a não interferir em nenhuma etapa do procedimento.

V. DISCUSSÃO

O prolapso de órgãos pélvicos (POP) se caracteriza por deiscências das paredes vaginais, o que define o prolapso como anterior, posterior ou apical (descida do útero ou da cicatriz da cúpula vaginal em pacientes histerectomizadas)¹⁻³. Tal condição ainda é considerada como importante causa de morbidade para paciente portadora, com repercussões afetam sua qualidade de vida como, por exemplo, alterações na dinâmica miccional ou prejuízos na função sexual¹⁻³.

As condutas adotadas em pacientes portadoras de POP podem ser estabelecidas com o auxílio inicial do estadiamento através do POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), com variações entre condutas expectantes ou pouco invasivas para aquelas assintomáticas ou oligossintomáticas (fisioterapia pélvica ou uso de pessários), e a indicação cirúrgica surge em mulheres portadoras de POP sintomático, sobretudo aquelas que falharam ou recusaram a utilização dos métodos terapêuticos não invasivos¹.

As abordagens cirúrgicas para correção do POP geralmente estão associadas ao aumento dos custos para os serviços de saúde¹⁰. Estima-se que, nos últimos anos, tais custos cresceram duas vezes mais que a taxa de crescimento populacional, em especial devido ao envelhecimento populacional¹¹.

Por um lado, a cirurgia de prolapso possui alta capacidade de restaurar a anatomia da vagina e dos órgãos pélvicos circundantes; por outro lado, existem implicações de custos consideráveis atreladas ao próprio procedimento, além de gastos relacionados à permanência prolongada de internação hospitalar, em especial devido à possíveis complicações durante o seguimento pós-cirúrgico de determinados procedimentos¹¹.

Atualmente, existem diversas técnicas cirúrgicas para correção dos prolapso pélvicos, por diferentes vias de acesso, com destaque para a via transvaginal, uma vez que através desta é possível reparar todos os defeitos compartimentais por única incisão.

Conseqüentemente, esperam-se menores repercussões em morbidade, além de menores custos para o serviço hospitalar¹²⁻¹⁵. No entanto, compreende-se que as técnicas tradicionais, para correção de defeitos na parede vaginal, estão atreladas a consideráveis taxas de reoperações anos depois da cirurgia inicial por recidiva de prolapso, o que resulta em maiores custos para o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴.

O compartimento acometido também se tornou ponto de análise para definição de abordagens com resultados de melhor desempenho. O prolapso apical de órgãos pélvicos, condição abordada em técnica de correção desta pesquisa, em comparação com outros tipos de prolapso (anterior e posterior), é considerado essencial na definição de tratamento adequado das pacientes portadoras. Isso porque, tal compartimento é responsável pela sustentação de boa parte dos órgãos pélvicos e sua correção está associada a menores taxas de reoperações¹⁸.

O uso de telas vaginais, por sua vez, para correção de prolapso, ainda é algo bastante discutido no meio cirúrgico, sobretudo sobre seu uso na correção do POP, uma vez que, por mais que seja amplamente utilizada em outros procedimentos pélvicos, ainda possui adversidades atreladas ao seu uso, como o risco de laceração visceral, extrusão de tela e infecções¹⁴⁻¹⁷.

A introdução do uso de telas em cirurgias de pacientes portadoras de prolapso pélvicos tem como motivação sua relação com menores taxas de recorrência, mantendo a capacidade vaginal e a função coital¹⁵. Sobre sua utilização, pontuam-se resultados que apontam que o uso de qualquer tela é superior ao não uso destas, no que se refere ao substancial sucesso cirúrgico¹⁶. Dentre os diferentes tipos de telas existentes, a sintética de polipropileno monofilamentar e macroporosa é a que possui melhores resultados^{14^15^16}. O uso das telas sintéticas, em comparação ao uso de tecidos nativos, resulta em reduzidos números de complicações, surgindo em apenas 3% a 8% dos casos¹⁹.

Na realidade da saúde pública brasileira, é possível perceber que alguns procedimentos descritos para correção de POP na literatura podem não ser acessíveis. Isso porque alguns produtos comercializados utilizados podem implicar em despesas elevadas ao sistema, com a necessidade de utilização de próteses. Nesse aspecto, com relação às abordagens de correção de prolapso, com decisões feitas por instituições reguladoras a nível internacional de retirar boa parte dos itens utilizados em procedimentos, a correção extensa de prolapsos tornou-se cada vez mais complexa em nosso meio.

Dessa forma, recorrer a adaptações são necessárias, com modificações simples nas principais técnicas cirúrgicas tradicionais, com objetivo de manter a prestação de assistência, com redução de custos, mantendo o sucesso operatório e menores taxas de novas abordagens por recidiva ou complicações do procedimento. Para melhor adequação às condições socioeconômicas do meio, ajustes podem ser feitos com o uso de materiais já disponíveis na rotina do serviço.

Na prática do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), local escolhido para criação do recurso de mídia deste projeto, devido baixa disponibilidade de equipamento para cirurgia abdominal minimamente invasiva ou de próteses para correção por via vaginal, optou-se pela realização de correções de POP por via vaginal com histeropreservação, sempre que possível, bem como o uso de telas sintéticas para correção do prolapso.

Tais alterações foram reunidas e aplicadas no procedimento de colpofixação sacroespínhosa por via transglútea (CFSE). Para isso, além da facilidade de disponibilidade do serviço para adequação do procedimento, é esperada a expertise da equipe assistencial para auxílio, para melhor excelência dos resultados clínicos do seu uso. **Para tanto, viu-se necessário o registro didático da operação, para melhor capacitação profissional futura.**

A produção se torna relevante diante do crescimento do controle da qualidade do trabalho médico no Brasil, com um aumento considerável dos processos por erros médicos no país envolvendo ginecologistas e cirurgiões e geral²⁰. Desse modo, torna-se crescente a necessidade de uma formação profissional mais abrangente e moderna. O recurso didático, como o vídeo, pode ser utilizado por profissionais médicos como estratégia inovadora educacional e audiovisual²⁰. O arquivo tem como objetivo possibilitar a autossuficiência do saber e reduzir os riscos eventuais a saúde por ausência de instrução²⁰⁻²¹.

Além disso, estudos mostram que vídeos tutoriais são considerados materiais educativos oportunos capazes de aumentar a motivação e satisfação dos alunos. Portanto, pode-se dizer que a produção de recursos midiáticos com demonstração do passo-a-passo de determinado procedimento cirúrgico pode incrementar os aprendizados das habilidades médicas²¹⁻²².

O recurso educativo elaborado para publicação em plataforma exclusiva para acesso médico, trouxe, de forma detalhada e didática com a aplicação de textos informativos, o passo a passo da CFSE, tornando-se mais fácil a capacitação da equipe para melhor assistência às pacientes portadoras de prolapso apical, além da divulgação para a comunidade científica, contribuindo para qualidade nos resultados clínicos com esta técnica cirúrgica.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

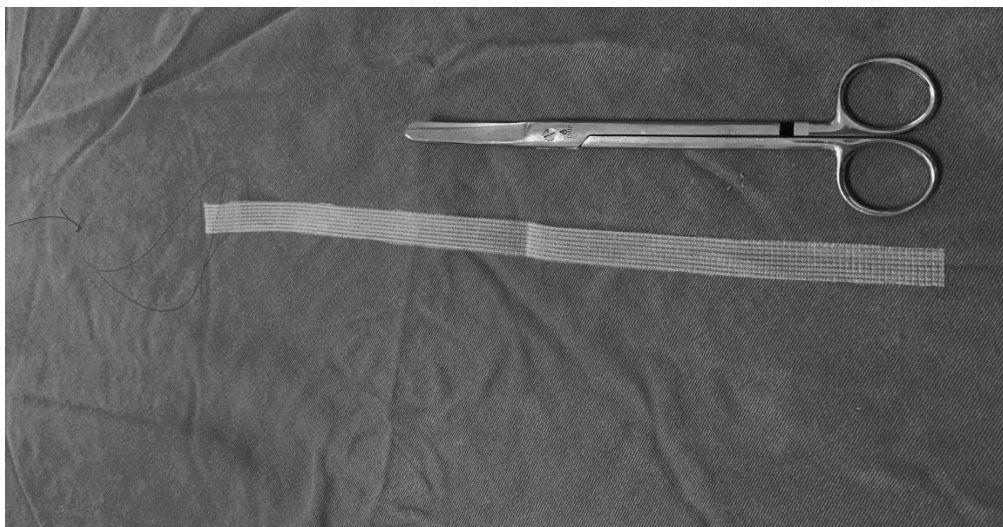
- 1) Vasconcelos, C. T. M., Vasconcelos Neto, J. A., Bezerra, L. R. P. S., Augusto, K. L., Karbage, S. A. L., Frota, I. P. R., ... & Pinheiro, A. K. B. (2013). Disfunções do

- assoalho pélvico: perfil sóciodemográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia.
- 2) AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS et al. Pelvic organ prolapse. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, v. 25, n. 6, p. 397-408, 2019.
 - 3) RODRIGUES, Andrea Moura et al. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, n. 1, p. 17-21, 2009.
 - 4) Luber KM, Boero S, Choe JY. The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;184(7):1496-501.
 - 5) ALVES, Débora Batista Araújo. Impacto do prolapso de órgãos pélvicos na qualidade de vida das mulheres de uma população brasileira. 2018.
 - 6) Oliveira JC, Albuquerque FRPC, Lins IB. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050: revisão de 2004. Metodologia e resultados. Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das unidades da federação: 1980-2020. Metodologia. Estimativa das populações municipais. Metodologia [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; out. 2004 [citado 2008 Fev 5]. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2004/metodologia.pdf>
 - 7) HORST, Wagner; SILVA, Jean Carl. Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando a literatura. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 45, n. 2, p. 91-101, 2016. 20
 - 8) Nygaard I, Brubaker L, Zyczynski HM, et al. Long-term outcomes following abdominal sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2013;309(19):2016-2024.
 - 9) Liao SC, Huang WC, Su TH, Lau HH. Changes in Female Sexual Function After Vaginal Mesh Repair Versus Native Tissue Repair for Pelvic Organ Prolapse: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Sex Med*. 2019;16(5):633-639.
 - 10) Cheon, C., Maher, C. Economics of pelvic organ prolapse surgery. *Int Urogynecol J* 24, 1873–1876 (2013). <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2178-8>
 - 11) Sanses TV, Schiltz NK, Richter HE, Koroukian SM. Trends and Factors Influencing Inpatient Prolapse Surgical Costs and Length of Stay in the United States. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2016 Mar-Apr;22(2):103-10. doi: 10.1097/SPV.0000000000000225. PMID: 26571432; PMCID: PMC4767653.

- 12) Ghetti, C., Gregory, W.T., Edwards, S.R. et al. Severity of pelvic organ prolapse associated with measurements of pelvic floor function. *Int Urogynecol J* 16, 432–436 (2005). <https://doi.org/10.1007/s00192-004-1274-1>
- 13) Wattiez A, Mashiach R, Donoso M. Laparoscopic repair of vaginal vault prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2003 Aug;15(4):315-9. doi: 10.1097/01.gco.0000084246.09900.06. PMID: 12858104.
- 14) Diez-Itza I, Aizpitarte I, Becerro A. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse after vaginal surgery: a review at 5 years after surgery. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007 Nov;18(11):1317-24. doi: 10.1007/s00192-007-0321-0. Epub 2007 Feb 28. PMID: 17333439.
- 15) Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: a short version Cochrane review. *Neurourol Urodyn.* 2008;27(1):3-12. doi: 10.1002/nau.20542. PMID: 18092333.
- 16) Antunes FMV, Mouallem JM, Siniscalchi RT. Uso de Telas de Polipropileno Recobertas para Tratamento de Prolapsos Genitais Femininos. *Revista Ciencia & saúde*[internet]. 2012 July [cited in May 18th 2013]; 2(3). Available from: <http://187.120.100.11:8080/rcsfmit/ojs2.4.1/index.php>
- 17) Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(2).
- 18) Eilber KS, Alperin M, Khan A, et al. Outcomes of vaginal prolapse surgery among female medicare beneficiaries: the role of apical support. *Obstet Gynecol.* 2013;122(5):981-987.
- 19) Meister MRL, Sutcliffe S, Lowder JL. Definitions of apical vaginal support loss: a systematic review. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* Vol 216. Mosby Inc.; 2017:232.e1-232.e14.
- 20) Paixão AML da, Pereira CAS, Pereira APC, Guimarães L. Manequim vídeo cirúrgico: recurso para o ensino de médicos residentes. *Sustinere* [Internet]. 6º de abril de 2021 [citado 14º de outubro de 2023];9:66-82. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/sustinere/article/view/45700>
- 21) Anon. iPods in bedside medical education: improving care in developing countries. Apple Inc. 2010.
- 22) Maag M. Podcasting and MP3 players: emerging education technologies. *Comput Inform Nurs.* 2006;24(1):9-13.

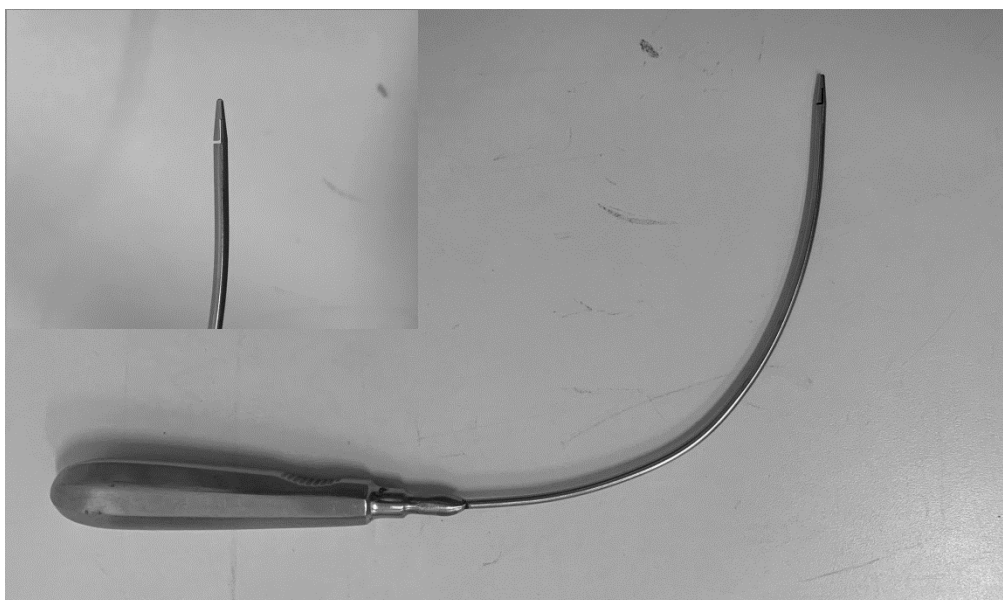
ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1: Tela de polipropileno manufactureda com alça utilizando um fio de polipropileno 2.0 (Prolene®) para colpofixação sacroespínhosa.



Fonte: Acervo próprio.

Figura 2: Agulha de colpofixação sacroespínhosa com ponta fenestrada (detalhe no canto superior esquerdo).



Fonte: acervo próprio.

Quadro 1. Definição dos pontos no POP-Q e estadiamento

Parede Anterior	Parede Anterior	Colo ou Cúpula
-----------------	-----------------	----------------

Aa	Ba	C
Hiato Genital Hg	Corpo Perineal Cp	Comprimento Vaginal Total CVT
Parede Posterior Ap	Parede Posterior Bp	Fundo de Saco Posterior D
Nomenclatura dos pontos do POP-Q	Descrição do ponto a ser medido	
Ponto Aa	Localizado três centímetros para dentro do hímen, na linha média da parede anterior da vagina.	
Ponto Ap	Localizado na linha média da parede vaginal posterior. É o correspondente do ponto Aa na parede posterior.	
Ponto Ba	É o ponto de maior prolapso da parede vaginal anterior.	
Ponto Bp	Correspondente do ponto Ba na parede posterior	
Ponto C	Ponto mais distal do colo uterino ou da cúpula vaginal pós-histerectomia.	
Ponto D	Localizado no fórnice vaginal posterior. Nas mulheres com útero ausente, este ponto é ignorado.	
Hg	Hiato genital	
Cp	Medida do corpo perineal	
CVT	Comprimento total da vagina em repouso.	

Fonte: Bump, RC, Mattiasson, A, BØ, K, et al, Am J Obstet Gynecol 1996; 175:10⁷.