

BENEFÍCIOS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO PÓS- CIRÚGICO DE HISTERECTOMIA RADICAL

Eva Milene Coelho de **Brito**

Máira Daniéla dos **Santos**

Faculdades Integradas de Cassilândia, 79540-000, Cassilândia-MS, Brasil.

RESUMO

Introdução: A histerectomia radical é uma cirurgia ginecológica que consiste na retirada do útero total ou parcial. Cerca de 20 a 30% das mulheres realizam essa cirurgia entre 35 a 50 anos, sendo indicadas quando a mulher apresenta patologias benignas ou malinas nas tubas uterinas ou útero. **Objetivo:** Descrever os efeitos da fisioterapia no cuidado da mulher no pós-operatório imediato de histerectomia radical. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica através de artigos em PDF encontrados e disponíveis no Google acadêmico e SCIELO, de revistas online e livros do acervo pessoal e da biblioteca das Faculdades Integradas de Cassilândia FIC/MS. cujas descritores utilizados foram: Histerectomia, Pós-cirúrgico e Fisioterapia. **Consideração Final:** os benefícios do tratamento fisioterapêutico no pós-operatório da histerectomia radical é a diminuição de possíveis complicações que poderia acometer pós a cirurgia, para não obter disfunções sexuais, urinárias, prolapso genital, degenerações das vísceras pélvicas e alterações nas irrigações sanguíneas

Palavras chaves: Histerectomia. Pós Cirúrgico. Fisioterapia Pós-Operatório.

ABSTRACT

Introduction: A radical hysterectomy is a gynecological surgery is the removal of all or part uterus. About 20 to 30% of women perform this surgery between 35-50 years, indicated when the woman presents benign or Mecklin pathologies in the uterine or womb tubes. **Objective:** To describe the effects of physical therapy in the woman's care in radical hysterectomy immediate postoperative period. **Methodology:** This is a bibliographic research through articles in PDF found and available in Google Scholar and SCIELO, online magazines and books of personal archives and library of the Integrated Faculties of Cassilândia FIC / MS. whose descriptors were: Hysterectomy, post-surgical and Physiotherapy. **Final considerations:** the benefits of physiotherapeutic treatment in the postoperative period histerectomia radical is the reduction of possible complications that might affect post surgery to not get sexual, urinary dysfunction, pelvic organ prolapse, degeneration of the pelvic viscera, and changes in blood irrigations

Key words: Hysterectomy. Post surgical. Post-Operative Physiotherapy.

Resumen

Introducción: La histerectomía radical es una cirugía ginecológica es la eliminación de todo o parte del útero. Alrededor del 20 al 30% de las mujeres realizar esta cirugía entre 35-50 años, se indica cuando la mujer presenta patologías benignas o mechnlin en las trompas de Falopio o útero. **Objetivo:** Describir los efectos de la terapia física en la atención de la mujer en la histerectomía radical postoperatorio inmediato. **Metodología:** Se trata de una investigación bibliográfica a través de artículos en formato PDF que se encuentran disponibles y en Google Scholar y SCIELO, revistas y libros de biblioteca y archivo personal de las Facultades Integradas de Cassilândia FIC / MS en línea. cuyos descriptores fueron: histerectomía, el tratamiento post-quirúrgico y física. **Consideración final:** los beneficios del tratamiento fisioterapéutico en el postoperatorio hiscteretomia radical es la reducción de posibles complicaciones que puedan afectar a la cirugía posterior para no conseguir, disfunción urinaria sexual, prolapso de órganos pélvicos, la degeneración de las vísceras pélvicas, y los cambios en las irrigaciones de sangre.

Palabras clave: histerectomía. Publicar fisioterapia quirúrgica. Post-Operatorio.

INTRODUÇÃO

Silva e Campos (2007) afirmam que o sistema reprodutor feminino é composto pelos ossos ilíacos, sacro e cóccix que forma a pelve, cuja função é a proteção dos órgãos internos; dentre estes destaca a genitália interna composta por um par de tubas uterinas, um par de ovários, útero e a vagina. A vagina é um canal musculomembranosos onde passa a menstruação; o qual é formado por tecido conjuntivo frouxo e de uma camada mucosa bastante suprida por vasos sanguíneo conhecido como endométrio; já as tubas uterinas é constituída de músculos que se dirigem até a cavidade uterina composta pelas camadas serosa, peritoneal e muscular (MACHADO, 2012; SPENCE, 1991).

As técnicas cirúrgica mais utilizada é a histerectomia abdominal, cujo corte é no abdômen inferior, semelhando-se a um parto cesariana. As contra-indicações da histerectomia são aderências pélvicas e abdominais, prolapso dos órgãos pélvicos, hematoma, neoplasias na genitália interna, risco de lesões do trato urinário (ureter e bexiga), lesões intestinais e vesicais ou na bexiga além de idade avançada (MORAES, et al., 2013). O alto índice de tumores uterinos benignos mais comuns e responsáveis pela maior parte das histerectomias acomete cerca de 30% da população feminina, a partir dos 35 anos a 50 anos (TONELLA e al., 2006, s.p).

Silva e Campos (2007), afirmam que a histerectomia é uma cirurgia ginecológica que ocorre a retirada parcial ou radical do útero em virtude do surgimento de patologias benignas ou malignas; sabendo-se que os tipos de histerectomia dependem do quadro clínico, ou seja, na presença de sangramento anormal.

Santos et al. (2007) relatam que algumas complicações podem ocorrer durante ou após a cirurgia, mas algumas mulheres não apresentam problemas, porém riscos podem acontecer como perda sanguínea, lesões intestinais e na bexiga, problemas com anestésias ou até mesmo a necessidade de mudar a incisão abdominal durante a cirurgia ou risco da ferida abrir após a cirurgia.

A abordagem da fisioterapêutica inicia imediatamente após a cirurgia no leito hospitalar para o controle da dor. Assim, o fisioterapeuta deve posicionar o paciente adequadamente no leito, e ainda acelerar a recuperação funcional com mobilização precoce (SILVA e CAMPOS; 2007). O objetivo principal da fisioterapia prevenir disfunções no assoalho pélvico após a histerectomia; portanto o fisioterapeuta atuará não só fazendo exercícios globais e perineais, como também, orientações de comportamental, massagem perineal, dessensibilização vaginal e eletroterapia (CABELEIRO et al; 2012). Sendo assim, o tratamento fisioterápico é de extrema importância para a recuperação da paciente submetida ao procedimento cirúrgico, atuando de forma preventiva e curativa para favorecer a cicatrização evitar aderências e reduzir dores na presença de possíveis complicações (TONELLA et al., 2006, s.p).

De acordo com Costa, Amorim e Cursino (2003) os benefícios da fisioterapia já se iniciam no período da internação realizando mobilização precoce do paciente no leito associada à deambulação, o que é essencial não só para sua rápida recuperação como também apresenta bons resultados no controle da dor e na aderência cicatricial, o que evita e ou minimiza as possíveis complicações.

Sendo assim, este artigo tem objetivo de descrever os efeitos da fisioterapia no cuidado da mulher do pós-operatório imediato de histerectomia radical, e evidenciar os recursos disponíveis da fisioterapia frente à temática.

Constituí-se por buscas bibliográficas através de artigos em pdf que foram encontrados no Google acadêmico e SCIELO referente ao tema proposto, além de revistas online livros do acervo pessoal e da biblioteca das Faculdades Integradas de Cassilândia FIC/MS, no período de março a agosto de 2016.

Para a seleção dos artigos adotou-se como critérios de inclusão, os arquivos em formato de PDF, de revistas indexadas nas bases de dados acima descritas e os descritores utilizados foram: Histerectomia, Pós-cirúrgico, e Fisioterapia na histerectomia.

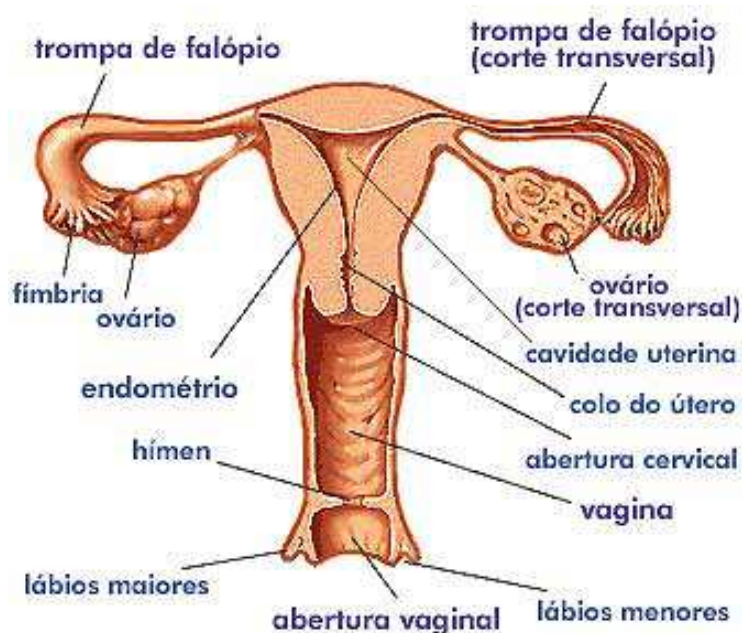
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Anatomia e Funcional do Sistema Reprodutor Feminino

De acordo com Silva e Campos (2007) o sistema reprodutor feminino interno é composto por um par de tubas uterinas, responsável por transportar os óvulos até o útero que se localiza entre a bexiga e o reto; um par de ovários que produzem os óvulos para serem fecundados e hormônios (estrogênio e progesterona); um útero órgão responsável para alojar o embrião em desenvolvimento e a vagina, cuja função é receber o espermatozóide na tentativa de fecundação, sendo também canal de passagem de menstruação (FIGURA 1).

Machado (2012) descreve que a vagina é um canal musculomembranoso que se estende desde vulva até a cérvix, ligando os sistemas reprodutor feminino interno com externo, os quais são formados por um tecido conjuntivo frouxo e de uma camada mucosa bastante suprida em vasos sanguíneos. As tubas uterinas são dois tubos musculares que se dirigem um de cada lado até o corno da cavidade uterina, composto por uma camada serosa; uma capa peritoneal; outra muscular e por fim, uma camada mucosa interna, que permite contrações rítmicas da musculatura das tubas, as quais promovem a realização do transporte do óvulo e do espermatozóide até a fecundação na tuba uterina. Os ovários têm a funções de produzir, amadurecer e expulsar os óvulos além de liberar secreções internas e hormônios.

Figura 1 Anatomia do Sistema reprodutor Feminino



Fonte: Spence (1991).

Spence (1991) afirma que ossos ilíacos, sacro e cóccix articulam juntamente com as estruturas uterinas exercem várias funções tais como: proteção e suporte mecânico para os órgãos pélvicos e abdomen; se articula inferiores até a parte inferior do tronco; permite a biodinâmica da posição de pé para manter as estruturas ósseas acomodadas na cavidade pélvica, os músculos se responsabilizam no controle da neurotramissão assim, o músculo esfíncter externo do ânus, é responsável pelo fechamento do canal anal, suporta e fixa o corpo perineal; o bulboesponjoso, fixa o corpo perineal; o esfíncter da vagina, atua na ereção do clitóris, e na porção uretrovaginal; o levantador do ânus, pubococcígeo, puborretal e íliococcígeo ajudam a suportar as vísceras pélvicas e resiste ao pressão intra-abdominal, e por fim coccígeo e ísquicoccígeo formam o diafragma pélvico (suporta as vísceras pélvicas).

4.2 Histerectomia

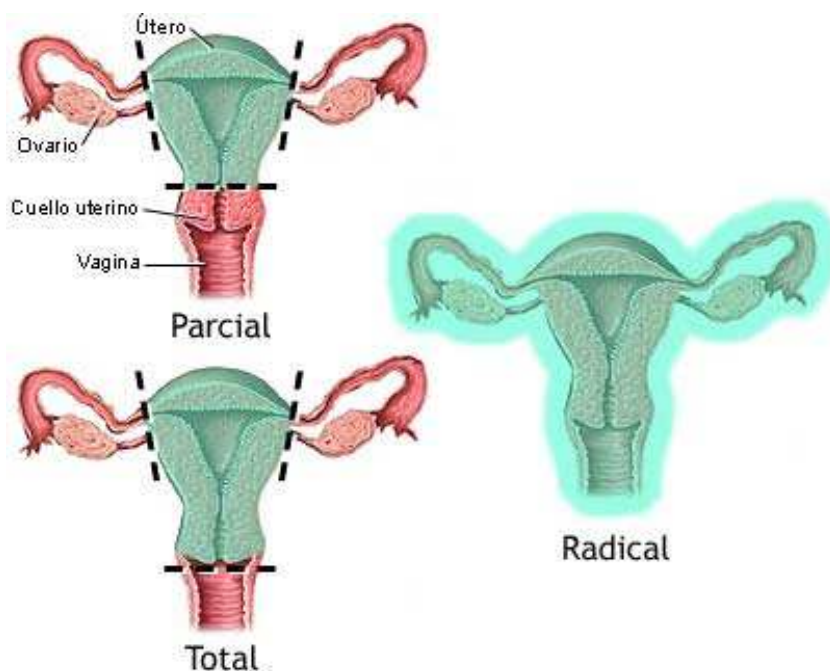
Silva e Campos (2007) relembram que a histerectomia é uma cirurgia ginecológica em que ocorre a retirada do útero parcial ou total em virtude de patologias benignas ou malignas como: leiomiomatose uterina, endometriose e hiperplasias, porém como medida preventiva, a maioria das cirurgias é realizada antes da menopausa, ocasionando em um

procedimento traumático tecidual seguido de reação inflamatória, resultando em condições dolorosas às mulheres.

Moraes, Silva e Castro (2013) afirmam que ambas as cirurgias remove-se os ovários e as tubas uterinas, todavia, caso a mulher não tiver alcançado a menopausa a cirurgia será feita para interrupção da menstruação em casos de sangramento anormal, portanto, a escolha da cirurgia depende do quadro de cada paciente, sendo é a histerectomia abdominal, mas indicada pelos médicos, contudo, requer muito tempo de recuperação; já a histerectomia total ou completa, remove-se a cérvix e o útero; enquanto que, na histerectomia parcial remove-se a parte superior do útero, conserva-se a cérvix no lugar e a histerectomias radical, remove útero, cérvix, parte superior da vagina e os tecidos de suporte.

No que se referem à classificação das histerectomias, estas podem ser abdominal, vaginal, laparoscópica e robóticas. Na histerectomia abdominal, realiza-se um corte no abdômen muito semelhante de parto cesárea, por onde é retirado o útero da paciente; na vaginal consiste na retirada do útero por meio do canal vaginal, entretanto, o procedimento envolve menor tempo de internação no hospital, menos dor pós-operatória e uma recuperação mais rápida, com uma taxa menor de sangramento e de infecção operatória; a laparoscópica é considerada uma das vias mais avançadas para realização da histerectomia, sendo realizada através de pequenos cortes no umbigo e na região inguinal da paciente, pois um fino tubo é inserido por meio das incisões, o qual tem em sua ponta uma câmera que possibilita a visualização completa e direta da cavidade do abdome, geralmente a saída do útero ocorre pelo canal vaginal, e por último, a histerectomia robótica que baseia-se nos mesmos conceitos que a histerectomia laparoscópica, porém, neste caso é realizada por um sistema moderno em que aparelhos robóticos os quais realizam todo o trabalho, porem apenas é realizada em grandes centros de pesquisa (FIGURA 2) (MORAES; SILVA e CASTRO 2013).

Figura 2- Tipos de cirurgias de histerectomia



Fonte: RAMOS (2002)

Silva e Campos (2007); Cabeleiro et al. (2012), afirmam que a histerectomia radical é indicada quando as pacientes possuem doenças uterinas, nas tubas e ovários de origem maligna e que apresentam sangramento anormal, aumento do útero e miomas, doenças inflamatória pélvica e endometriose.

Porém Marques e Mota (s.d) descrevem que as contraindicações da histerectomia são: aderências pélvicas e abdominais, prolapso dos órgãos pélvicos, hematoma, neoplasia por baixo ou na da bexiga, risco de lesões do trato urinário (ureter e bexiga), lesões intestinais e vesicais e idade avançada.

A histerectomia envolve riscos importantes e menores, no entanto a maioria das mulheres não apresentam problemas durante ou após a cirurgia, mas riscos podem acontecer tais como grande perda de sangue que requer transfusão sanguínea; lesão nos intestinos e na bexiga; problemas com a anestesia; necessidade de mudar a incisão abdominal durante a cirurgia e má cicatrização tecidual considerada pode também a ocorrência de lesão uretral, intestinal, hemorragias, embolia pulmonar e complicações pela anestesia (SANTOS et al, 2007).

Barbosa (s.d) afirma que as complicações podem vir acompanhadas de quistos ovarianos benignos e nesses casos, as mulheres serão submetidas à histerectomia, pois

desenvolvem-se logo após a cirurgia ou algum tempo mais tarde, a diminuição do desejo sexual em mulheres que removeram um ou ambos ovários.

Com frequência, poderá apresentar também alterações da função intestinal e no sistema urinário, pois para a histerectomia, via de regra, é realizada a cateterização vesical, tornando-se necessária a reeducação posterior para a reintegração da micção. Entre outras complicações após o procedimento de histerectomia encontram-se a dispareunia, infecções, hemorragias, incontinência para gases e fezes, distensão abdominal e constipação (BARBOSA, s.d)

4.3 Abordagem Fisioterapêutica no Pós-Operatório Imediato

Silvas e Campos (2007) sustentam que a fisioterapia no pós-operatório deve iniciar no leito hospitalar para controle da dor pós cirurgia, entretanto, o fisioterapeuta deve posicionar adequadamente o paciente no leito, acelerar o processo de recuperação, com estimulando o movimento precoce no leito, ou seja, realizar a deambulação frente dores e exercícios respiratórios e perineais.

Cabeleiro et al. (2012) defende a idéia que a fisioterapia se enquadra importante na abordagem do pós-operatório por reduzir o tempo de internação hospitalar. O objetivo do fisioterapeuta principal é não deixar acontecer às disfunções que ocorrem no assoalho pélvico após o procedimento da histerectomia tais como alterações funcionais, condições físicas e até perturbações emocionais. Assim, a fisioterapia utiliza a cinesioterapia, a educação comportamental, a massagem perineal, e dessensibilização vaginal, dilatação vaginal, e eletroterapia.

5 ARGUMENTAÇÕES

De acordo com Moraes e Magno (2008), as disfunções que acometem a bexiga continuam representando a principal morbidade após histerectomia radical. Em decorrência primeiro da proximidade do trato urinário com o útero e segundo pelo colo uterino uma vez ser removido resulta em uma perturbação em suas estruturas, inervação autonômica e irrigação sanguínea. A histerectomia radical utilizada no tratamento de câncer de colo de útero gera uma significativa morbidade para o assoalho pélvico, sendo relacionado com a ressecção parametrial e vaginal com denervação parcial consequente das vísceras pélvicas. As disfunções intestinais e urinárias no pós-operatório devem melhorar de forma espontânea, e por tal fato, apresenta uma grande importância em reduzir tais riscos pela

adoção de prática atual, a qual direção de uma abordagem cirúrgica deve ser individualizada e flexível.

Cabeleiro et al. (2012) declara que a maioria dos estudos, a histerectomia apresenta diversas alterações nos sistemas urinário, genital e anorretal e as principais alterações encontradas foram o prolapso genital, alterações na irrigação sanguínea e degeneração das vísceras pélvicas. Por outro viés, outros estudos opõem-se que a histerectomia seja a causa dessas disfunções, referindo que estas alterações já estariam presentes antes da cirurgia, o que ressalta a importância do fisioterapeuta no pós-operatório, evitando e minimizando possíveis complicações.

Davi et al. (2009) relatam que o objetivo seria identificar e analisar as repercussões da histerectomia na vida da mulher em uma idade reprodutiva, uma vez que essas repercussões cirúrgicas promovem a elaboração de estratégias que busquem a humanização da assistência prestada e os estudos possibilitam sobre uma reflexão das necessidades de assistência da mulher no pré e pós-cirúrgico, o que contribuindo para a formação de profissionais capacitados da área da saúde.

A histerectomia demonstra significativas alterações na estrutura corporal tanto em ordem anatômica quanto funcional. Nas disfunções sexuais ocorre diminuição de orgasmo, ausência de desejo e diminuição na frequência da atividade sexual. Porém, outros estudos nota-se melhora da qualidade da vida sexual da mulher após histerectomia, apesar dos resultados serem controversos é importante ressaltar que a melhora ou a piora da vida sexual remete aos conceitos psicossociais, os quais devem ser investigados (Davi et al. 2009).

De acordo com Silva e Campos (2007) a fisioterapia pós-operatória é um procedimento necessário na recuperação da paciente submetida ao procedimento cirúrgico, atuando de forma preventiva e curativa em algumas possíveis complicações. A atuação da fisioterapia vem apresentado bons resultados no controle da dor através da utilização do Eletroestimulação Nervosa Transcutânea (EENT), recurso este, utilizado no pós-operatório. O procedimento clínico para alívio sintomático da dor”. A EENT constitui uma modalidade terapêutica não invasiva, de fácil manejo, que não apresenta efeitos colaterais ou interações com medicamentos, sendo utilizada para o alívio da dor pela estimulação de nervos periféricos, utilizando-se de eletrodos no nível da pele.

O estímulo nervoso transcutâneo inclui a transmissão de corrente elétrica através da pele, o qual vai atuar sobre os mecanorreceptores periféricos. Sendo assim, os efeitos

analgésicos relacionam-se com um mecanismo de "fechamento da entrada" nas colunas dorsais da medula espinhal e pode estar associada também com a liberação de opióides endógenos, uma vez utilizando-se um nível de intensidade forte de eletro estimulação, a qual vai induzir a liberação destas substâncias a nível encefálico e medular. Assim o fisioterapeuta deve conhecer em que consiste a cirurgia e todos os aspectos que envolvem o paciente, para que dessa forma, promova um tratamento adequado, a cada caso direcionando melhor sua conduta, diminuindo o tempo de hospitalização e de recuperação, reduzindo os custos com internação hospitalar e medicamentos e principalmente melhorando qualidade de vida da mulher (SILVA, CAMPOS, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura os benefícios do tratamento fisioterapêutico no pós-operatório da histeretomia radical é a diminuição de possíveis complicações que poderia acometer pós a cirurgia, para não obter disfunções sexuais, urinárias, prolapso genital, degenerações das vísceras pélvicas e alterações nas irrigações sanguíneas.

Entretanto, sugere-se, mas estudos descritivamente dos benefícios da fisioterapia no pós-operatório da histerectomia, bem, mas estudos sobre abordagem fisioterapêutico.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, S; **Fisioterapia Pré-Operatória**; (s.d) Disponível em: <<http://sandrabarbosa.webnode.com.br/news/fisioterapia-pre-operatoria/>>. Acesso 16 de abril de 2016.
- CABELEIRO, M. E. P; NASIMENTO, J. R; REAL, A. A; PIRETTO, H. M. F; BRAZ, M. M; **Disfunções Do Assoalho Pélvico Em Pacientes Submetidas À Histerectomia: Uma Revisão Bibliográfica**; (2012); Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/6011.pdf>>. Acesso em 02 abril de 2016.
- COSTA, A. A. R; AMORIM, M. M. R; CURSINO, T; **Histerectomia Vaginal Versus Histerectomia Abdominal Em Mulheres Sem Prolapso Genital, Em Maternidade-Escola Do Recife: Ensaio Clínico Randomizado**; (2003); Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n3/16619.pdf>>. Acesso em 16 de abril
- DAVI F, PLÖGER C, FRANCO GR, NICOLAU SM, NAZÁRIO ACP, SARTORI MGF, GIRÃO MJBC; **Sintomas urinários pós-histerectomia radical: revisão de literatura e análise de dados**; (2009); Disponível em: < <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/feminav37n8p449-52.pdf>>. Acesso 23 de set. 2016.

MARQUES, J. P; MOTA, F; **Cirurgia por via abdominal**; (s.d); Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_47.pdf>; Acesso em 10 de abril de 2016.

MACHADO, L. M; **Anatomia e fisiologia dos Órgãos Reprodutores Femininos**; (2012). Disponível em:< <http://www.unifra.br/professores/14261/aula%201.pdf>>. Acesso em 02 de abril de 2016.

MORAES, A.M.N; MAGNO, F.G; **Relato De Caso De Pós-Operatório De Histerectomia Radical, Cicatrização Com Pontos De Fibrose E Prevenção De Incontinência Urinaria No Tratamento Fisioterapêutico**, (2008); Disponível:< http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/variedades/histerectomia_flavia.htm>. Acesso em 3 set. 2016

MORAES, J. S. M; SILVA, S. C; CASTRO, K. M. R; **Câncer do Colo do Útero: tratamento Fisioterapêutico do Assoalho Pélvico**; (2013) Disponível em: <http://www.fisioweb.com.br/portal/artigos/categorias/41-C%C3%A2ncer/1425-cancer-do-colo-do-utero-tratamento-fisioterapêutico-do-assoalho-pelvico.html>>. Acesso em 17 de abril de 2016.

RAMOS, S. D; **Sistema Reprodutor feminino**; (2002); Disponível em< <http://www.gineco.com.br/saude-feminina/menstruacao/hormonio-fsh/>>. Acesso 10 maio 2016.

SILVA, B. A.P; CAMPOS, F. S; **Atuação Da Fisioterapia No Pós-Operatório De Histerectomia Total Abdominal**; (2007) Disponível em: <http://www.unama.br/graduacao/fisioterapia/pdf/2007/atuacao_da_fisioterapia_no_pos-operatorio_de_histerectomia_total_abdominal.pdf>. Acesso em 01 de abril de 2016.

SPENCE, A. P; **Anatomia Humana Básica**; (1991). São Paulo: Monole. 2. ed

SANTOS, E; DIAS, I; VARELA, M. G; OLIVEIRA, F. C; **Avaliação da morbidade nas histerectomias vaginais assistidas por laparoscopia**; (2007), Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/1_ficheiro_146.pdf>. Acesso em 15 de abril de 2016.

TONELLA R.M; ARAÚJO S; SILVA A. M. O; **Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea no Alívio da Dor Pós-Operatória Relacionada com Procedimentos Fisioterapêuticos em Pacientes Submetidos a Intervenções Cirúrgicas Abdominais**; (2006); Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rba/v56n6/06.pdf>>. Acesso 15 de abr. 2016.

GIL A.C; **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**; (2002); Disponível em:< https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_e_laborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso 25 de set de 2016.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Eva Milene Coelho de Brito
Máira Daniéla dos **Santos**
Faculdades Integradas de Cassilândia
79540-000, Cassilândia-MS, Brasil