



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA-LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

AMANDA DA SILVA FERNANDES
DÉBORA DE KÁSSIA DA SILVA LIMA
SARAH MARINGREM OLIVEIRA MOURA

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO PÓS-HISTERECTOMIA

Itaituba – PA

2023

AMANDA DA SILVA FERNANDES
DÉBORA DE KÁSSIA DA SILVA LIMA
SARAH MARINGREM OLIVEIRA MOURA

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO PÓS-HISTERECTOMIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Amanda Carolina Rocha dos Santos.

Itaituba - PA

2023

Fernandes, Amanda da Silva; Lima, Débora de Kássia da Silva; Moura, Sarah Maringrem Oliveira

Atuação da Fisioterapia no pós-histerectomia / Amanda da Silva Fernandes, Débora de Kássia da Silva Lima, Sarah Maringrem Oliveira Moura. Itaituba: FAI, 2023.

59f. : il.

Orientador: Amanda Carolina Rocha dos Santos

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, 2023.

1. Fisioterapia 2. Histerectomia 3. Pós - operatório. I. Santos, Amanda Carolina Rocha dos. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR - PA, 2023.

AMANDA DA SILVA FERNANDES
DÉBORA DE KÁSSIA DA SILVA LIMA
SARAH MARINGREM OLIVEIRA MOURA

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO PÓS-HISTERECTOMIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^ª. Esp. Amanda Carolina Rocha dos Santos.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Resultado: _____ Média: _____

Data: 17 de Março de 2023

RESUMO

Com o avanço do conhecimento de diversas doenças femininas busca-se doenças que afetam muitas mães brasileiras, uma delas seria câncer ou problemas no útero, na qual se faz necessário uma cirurgia de retirada, chamada de histerectomia. Onde o objetivo geral é compreender a eficácia das diversas intervenções da fisioterapia que auxiliarão mulheres histerectomizadas. Enquanto especificamente foi necessário conhecer os tipos de histerectomia e as vias cirúrgicas, além de mostrar a estrutura anatômica do assoalho pélvico e possíveis disfunções após uma histerectomia. Com a metodologia de revisão de literatura, de caráter qualitativa e exploratória, o estudo parte do pressuposto que a justificativa para o trabalho está associada à contribuição do conhecimento sobre a atuação da fisioterapia após a histerectomia, tendo como público-alvo mulheres de 20 a 50 anos que tiveram prolapso genital, câncer de colo de útero entre outras patologias uterinas. O tratamento fisioterapêutico visa amenizar as consequências da cirurgia e melhorar a qualidade de vida das mulheres o artigo em questão traz recursos fisioterapêuticos utilizados por vários autores a fim de mostrar que a atuação da fisioterapia auxilia na recuperação pós – histerectomia.

Palavras-chave: Fisioterapia. Histerectomia. Pós – operatório.

ABSTRACT

With the advancement of knowledge of various female diseases, diseases that affect many Brazilian mothers are sought, one of which would be cancer or problems in the uterus, in which a removal surgery, called a hysterectomy, is necessary. Where the general objective is to understand the effectiveness of the various physiotherapy interventions that will help hysterectomized women. While specifically it was necessary to know the types of hysterectomy and the surgical routes, in addition to showing the anatomical structure of the pelvic floor and possible dysfunctions after a hysterectomy. With the literature review methodology, qualitative and exploratory, the study assumes that the justification for the work is associated with the contribution of knowledge about the role of physiotherapy after hysterectomy, having as target audience women from 20 to 50 years who had genital prolapse, cervical cancer and other uterine pathologies. Physiotherapeutic treatment aims to alleviate the consequences of surgery and improve the quality of life of women the article in question brings resources physiotherapy methods used by several authors in order to show that physiotherapy helps in post-hysterectomy recovery.

Keywords: Physical therapy. Hysterectomy. Postoperative.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	05
2.1 ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO	05
2.2 ASPECTOS GERAIS DA HISTERECTOMIA	09
2.3 VIAS CIRÚRGICAS DA HISTERECTOMIA	11
2.4 AVALIAÇÃO PRÉ - OPERATÓRIA	14
2.5 AVALIAÇÃO FUNCIONAL PRÉ - OPERATÓRIA	14
2.6 CUIDADOS PÓS - OPERATÓRIOS	15
2.7 COMPLICAÇÕES DA HISTERECTOMIA	15
2.8 PRINCIPAL EXAME	18
2.9 A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NA HISTERECTOMIA	19
3. METODOLOGIA	20
3.1 TIPOS DE ABORDAGEM	20
3.2 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	21
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	22
3.5 FLUXOGRAMA	22
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5. CONCLUSÃO	46
6. REFERÊNCIAS	49

1. INTRODUÇÃO

Com o avanço do conhecimento de diversas doenças femininas busca-se doenças que afetam muitas mães brasileiras, uma delas seria câncer ou problemas no útero, na qual se faz necessário uma cirurgia de retirada, chamada de histerectomia. Nota-se que muitas mulheres não são orientadas sobre o procedimento e quando chega ao seu conhecimento não sabem como funciona o pós-operatório (SILVA; SANTOS; VARGENS, 2010).

Os estudos analisados relacionam a histerectomia a modificações nos sistemas urinário, anorretal e genital, ocasionando o prolapso genital e incontinência urinária de esforço. A escassez de apoio após a cirurgia, pode gerar complicações futuras para a mulher, mesmo que o procedimento cirúrgico tenha ocorrido com sucesso é necessário um suporte fisioterapêutico para ajudar numa recuperação sem sequelas. Grandes números de partos e até mesmo a retirada de órgãos traz consequência como o enfraquecimento do assoalho pélvico. Existe pouca informação e orientação quanto ao papel do fisioterapeuta no que tange a atuação da fisioterapia no pós-histerectomia (PIVETTA et al., 2014).

Dessa forma as perguntas que norteiam a pesquisa são: Como ocorre o processo de recuperação no Pós-Histerectomia? Quais intervenções fisioterapêuticas auxiliam no pós-operatório? Portanto, objetiva-se compreender a eficácia das diversas intervenções da fisioterapia que auxiliarão mulheres histerectomizadas.

Visando a reabilitação e manutenção das suas atividades de vida diária (AVD's), seja no lazer, na autoestima, como também melhoras na relação sexual. Para atingir o objetivo principal, é necessário ter alguns objetivos específicos, ou seja, conhecer os tipos de histerectomia e as vias cirúrgicas. Além de mostrar a estrutura anatômica do assoalho pélvico e possíveis disfunções após uma histerectomia (PIVETTA et al., 2014).

E atendendo aos métodos fisioterapêuticos primários responsáveis pela melhoria e manutenção da saúde feminina, busca-se um tratamento eficaz para melhorar a qualidade de vida das pacientes que realizaram a histerectomia. A justificativa para este trabalho tem a ver com a contribuição do conhecimento sobre a atuação da fisioterapia após a histerectomia, tendo como público-alvo mulheres de 20 a 50 anos que tiveram prolapso genital, câncer de colo de útero entre outras patologias uterinas (PIVETTA et al., 2014).

A metodologia utilizada consiste em revisão de literatura, de caráter qualitativa e exploratória. Os critérios de inclusão usados foram artigos de: estudo de caso, estudos de coorte, revisão sistemática, estudos randomizados e artigos online completos na íntegra, os artigos incluídos são nos idiomas: português e inglês. Nos critérios de exclusão estão artigos de: revisão de literatura, teses, dissertações, anais, livros, artigos incompletos e artigos que não possuem informações sobre fortalecimento do assoalho pélvico e histerectomia e suas peculiaridades. As bases de dados são: Pubmed, PEDro e ScienceDirect. O recorte temporal são artigos de 2017 a 2022, palavras-chave utilizados foram: Fisioterapia, physical therapy, histerectomia, hysterectomy, pós – operatório, postoperative.

O artigo é estruturado em introdução, fundamentação teórica que inclui a anatomia do assoalho pélvico, os aspectos gerais da histerectomia, as vias cirúrgicas da histerectomia, avaliação pré – operatória, a avaliação funcional pré – operatória, cuidados pós – operatórios, as complicações da histerectomia, principais exames e a importância da fisioterapia na histerectomia. Na sequência, tem a metodologia como revisão de literatura, o fluxograma e discussão e resultados do estudo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO

Na anatomia do sistema reprodutor feminino são encontrados a vulva, a vagina, o útero, duas tubas uterinas e dois ovários. O sistema reprodutor feminino é encontrado internamente na cavidade pélvica. A proteção óssea é desempenhada pela pelve. O útero é um órgão, que possui paredes espessas, localizado na região pélvica feminina, entre a bexiga e o reto. Sua localização é posterior ao espaço uterovesical e anteriormente ao teto e a escavação retouterina, conhecida como saco de Douglas (SILVA et al., 2014; DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2020).

O útero se encontra na cavidade pélvica, possui parede muscular espessa, denominada de miométrio, apresenta forma semelhante a uma pêra. Internamente o endométrio reveste o útero, o endométrio consiste em um tecido vascularizado e cheio de glândulas. A função do útero é alojar o embrião, a qual ele irá se desenvolver até o nascimento (SILVA et al., 2014).

O útero é a parte do sistema reprodutor feminino que recebe o óvulo, fertilizado por espermatozoides, embrião. É no útero que o feto vive e cresce até o momento do nascimento. É um órgão oco, em forma de pêra, curvo e de paredes espessas entre a bexiga e o reto. Recebe as trompas de Falópio em sua parte superior e se estende até a genitália feminina (LIRA NETO, 2000 apud CARVALHO, 2014).

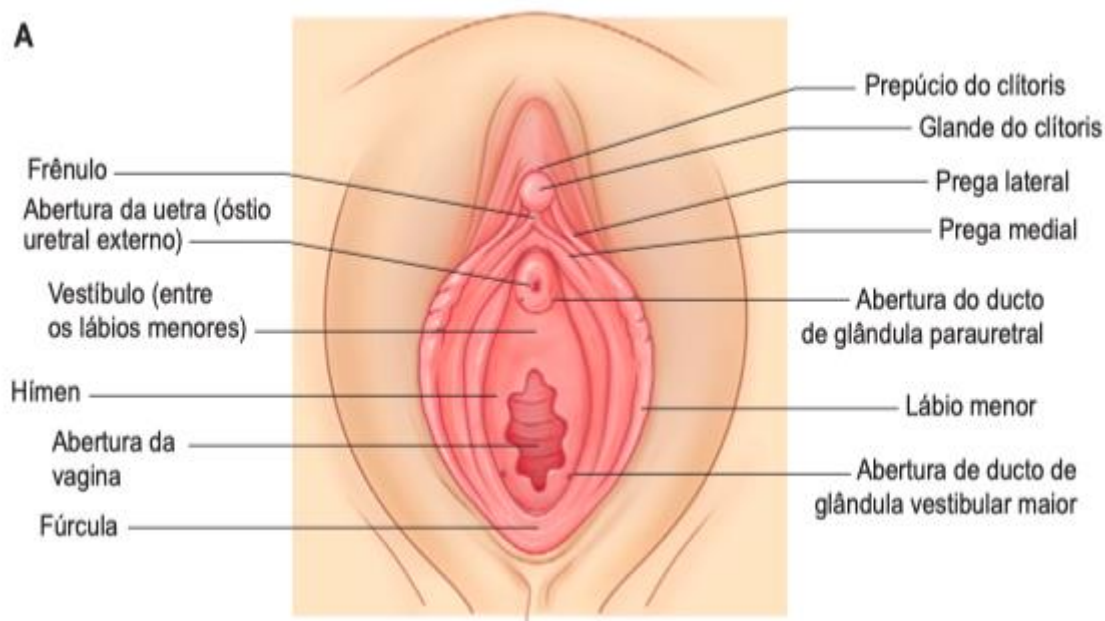


Figura 1 – Órgãos Genitais Femininos Externos. Fonte: Moura (2018).

A parte superior do útero é chamada de corpo, a parte inferior é o óstio, a parte cilíndrica inferior que se abre para os genitais é chamada de colo do útero. A cavidade uterina é revestida por uma camada de tecido chamada endométrio. A descamação do endométrio é o fluxo menstrual (HALBE, 2000 apud CARVALHO, 2014).

Ademais, o útero é dividido em corpo do útero e cérvix. O corpo do útero forma os dois terços superiores e a cérvix estrutura o terço inferior. Em mulheres nulíparas, o colo uterino se dobra anteriormente realizando uma anteflexão em relação ao cérvix. Porém em algumas mulheres, o útero se inclina posteriormente em um ângulo com a vagina fazendo uma retroversão, já o útero que forma um ângulo para a cérvix é descrito com retrofletido (DRAKE; VOGL; MITCHELL, 2020).

Além disso, o útero é envolvido por uma prega transversal que é produzida pelo peritônio. O colo uterino ou cérvix é um estreitamento inferior do útero, que é aberto no interior da vagina, o rolhão mucoso é uma barreira entre a vagina e o

útero. A abertura uretral se encontra anterior à abertura vaginal ao qual são recobertos pelos pequenos e grandes lábios (SILVA et al., 2014).

Silva et al., (2014, p.1) relata que:

O clitóris é uma pequena estrutura formada por tecido erétil, situada na extremidade anterior dos pequenos lábios. Após ser retirado o útero e o colo que se encontra na parte superior da vagina, a vagina é suturada e fechada, sem haver alteração da sua função ou anatomia.

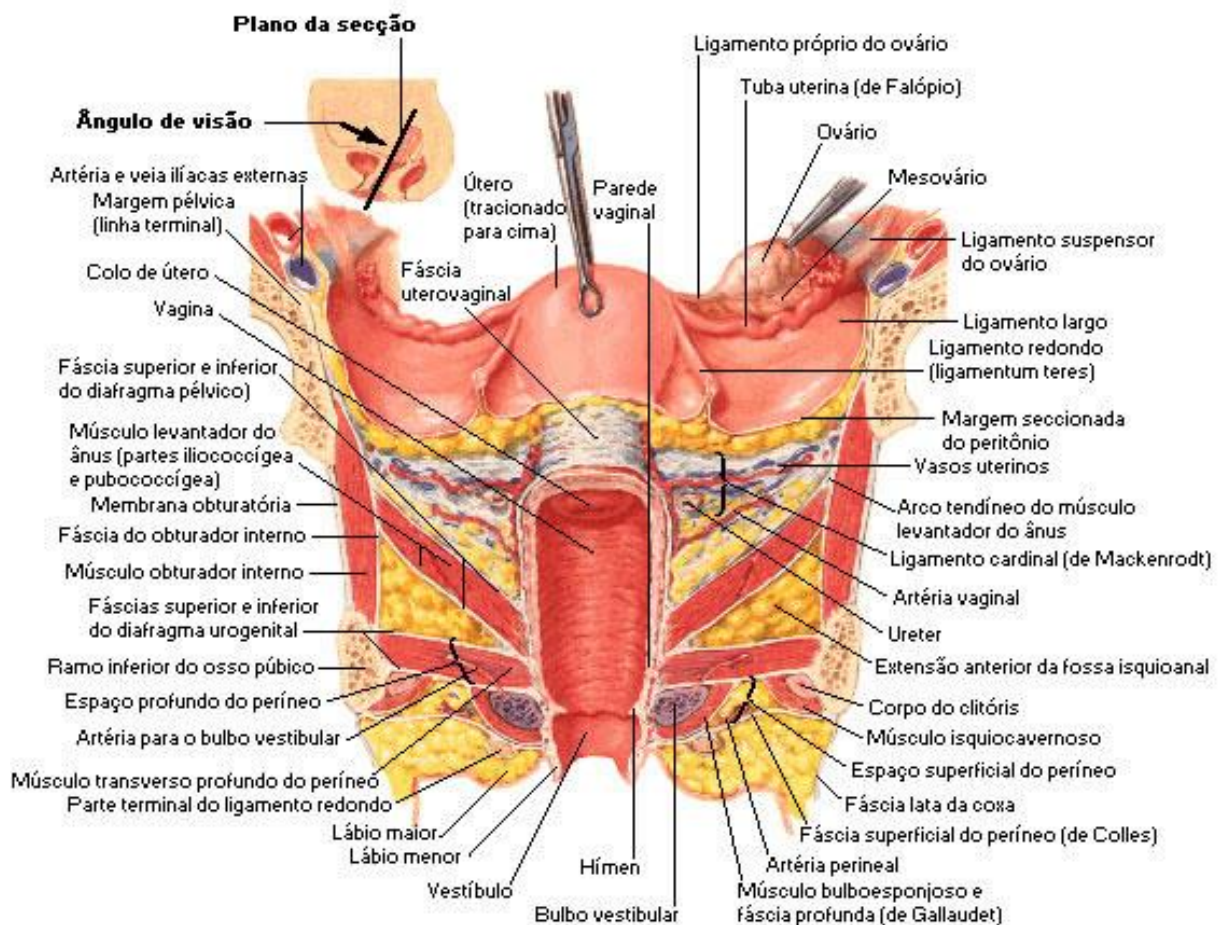


Figura 2: Útero, Vagina e Estruturas de Sustentação. Fonte: Netter (2015).

O assoalho pélvico é formado por ossos, órgãos, músculos e ligamentos. A pelve é formada por quatro ossos, incluindo uma seção quadrada, chamada ílio, ísquio, púbis e cóccix, que possuem quatro vértebras fundidas (MOORE; DALEY; AGUR, 2014).

Além disso, o diafragma da pelve são os músculos isquiococcígeos, que se originam nas faces laterais da parte inferior do sacro e do cóccix, suas fibras estão sobre a face profunda do ligamento sacro espinhal. O músculo levantador do ânus é essencial e o maior músculo do assoalho pélvico, é fixado aos corpos dos púbis

anteriores, as espinhas isquiáticas posteriores e a um espadanemos não fásia obturatória (MOORE; DALEY; AGUR, 2014).

O assoalho pélvico é formado por músculos e fásias que trabalham juntos para sustentar os órgãos internos, e, resiste ao aumento da pressão intra-abdominal dos músculos abdominais, durante os esforços de tensão e expulsão. E possuem importantes ações esfinterianas (uretra e ânus) e mantêm a pressão vaginal (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2021).

Além disso, o assoalho pélvico apresenta musculatura dividida em três camadas: superior, média e inferior. A camada muscular superior é orientada horizontalmente, essa move os órgãos pélvicos para frente ou para trás, seu componente pubococcígeo é responsável pelo vetor de força anterior dos órgãos (ROCHA; FRAGA, 2012).

Assim, a região posterior dessa camada, inclui o músculo levantador do ânus, que se encontra fixado à parede posterior do reto, criando uma força posterior. A camada muscular superior tem uma dupla função: sustentação do órgão e abertura ou fechamento da uretra, vagina e ânus (ROCHA; FRAGA, 2012).

Por outro lado, o músculo longitudinal do ânus é o músculo estriado que compõe a camada muscular média. É orientado verticalmente, para que o vetor de força inferior seja criado, facilitando o fechamento do colo vesical durante o esforço e o mantendo aberto durante a micção (ROCHA; FRAGA, 2012).

E a camada muscular subjacente é a camada de ancoragem, que consiste na membrana perineal e nos componentes musculares (bulbocavernoso, corpo cavernoso isquiático e músculo superficial transverso e períneo profundo). Esta camada proporciona estabilidade às porções distais da uretra, vagina e ânus (ROCHA; FRAGA, 2012).

Segundo Oliveira e Rodrigues (2021) o assoalho pélvico (AP) é composto por estruturas, como: peritônio, órgãos viscerais e do interior pélvico, musculatura lombar, membrana perineal e músculos da genitália externa. O músculo é responsável por coordenar, contrair e relaxar o períneo. A fásia é considerada responsável pelo suporte através de sua conexão com músculos e ossos.

E a inervação do assoalho pélvico é realizada principalmente pelo nervo pudendo e seus ramos. Sendo motor e sensitivo. Outras terminações nervosas estão associadas à inervação perineal: ilioinguinal (L1), genitofemoral (L1-L2), o

ramo perineal do nervo cutâneo femoral posterior e nervo coccígeo (HADDAD; AMARO; RIBEIRO, 2012).

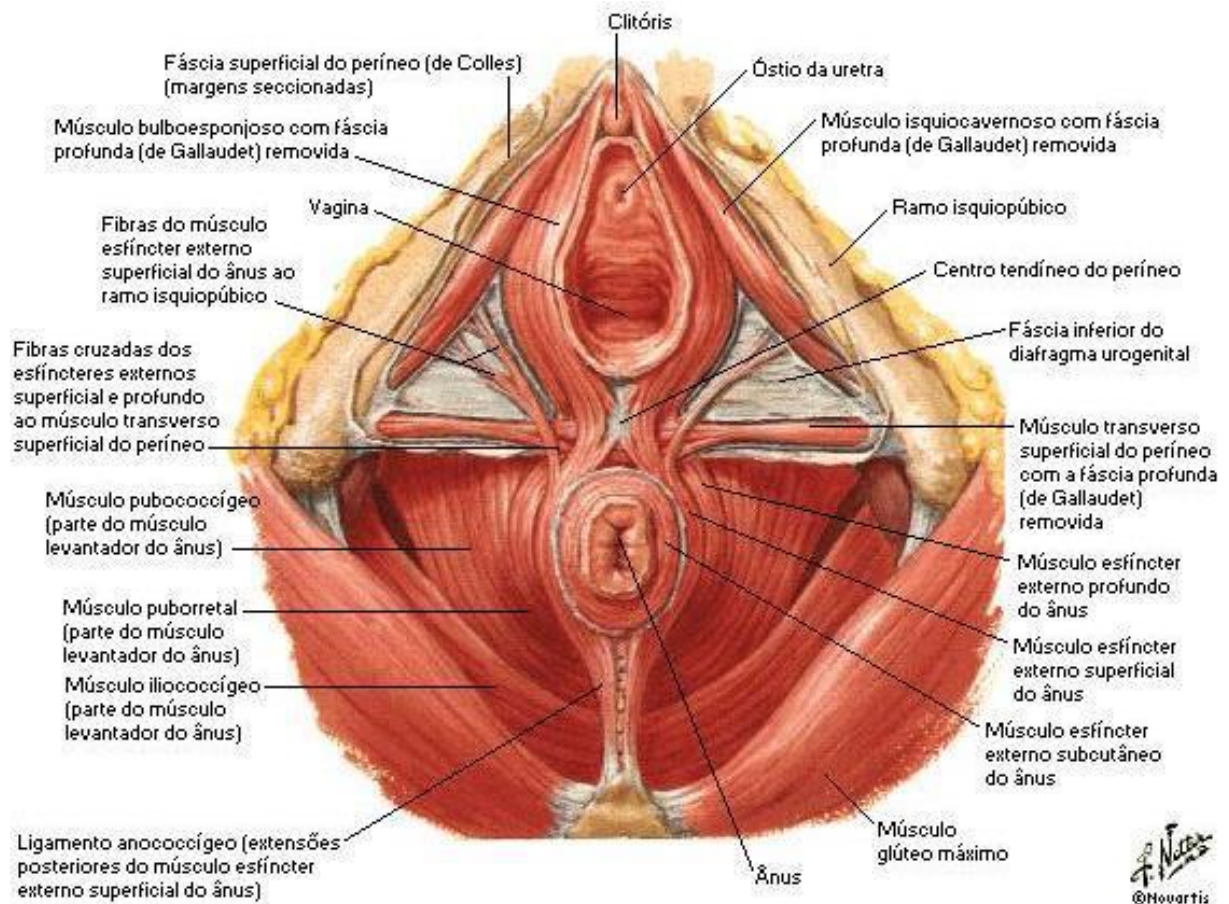


Figura 3 – Músculos do Assoalho Pélvico (Vista Superior). Fonte: Netter (2015).

A genitália externa feminina estende-se do púbis ao períneo. Inclui a seguinte estrutura; Púbis, grandes lábios e pequenos lábios, bulbo do vestíbulo, glândula vestibular e clitóris. Os órgãos reprodutivos internos de uma mulher incluem a vagina, o útero, os ovários, as tubas uterinas, o reto e o trato urinário (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2021).

Dessa forma, a perda do tônus muscular dos músculos elevadores por degeneração ou trauma direto faz com que o hiato urogenital se abra, prejudicando a direção transversal do complexo dos músculos elevadores. A ruptura ou dilatação dessas conexões do tecido conjuntivo ocorre com parto vaginal, histerectomia, doença crônica ou envelhecimento (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2021).

2.2 ASPECTOS GERAIS DA HISTERECTOMIA

A histerectomia é conceituada como um procedimento cirúrgico para a remoção do útero, que pode ser feita pelo abdômen ou pela vagina. A histerectomia é considerada a segunda cirurgia mais comum para mulheres em idade fértil, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a primeira cirurgia uma cesariana (PIVETTA et al., 2014). As principais indicações para fazer a histerectomia são em casos de patologias como: miomas uterinos; prolapso de órgãos pélvicos; dor ou infecção pélvica; hemorragia uterina e patologias pré-malignas e malignas (SOUSA et al., 2013).

Há alguns prós e contras de realizar o procedimento cirúrgico de forma total (com retirada completa do útero) ou subtotal (ao qual o colo uterino-supracervical é mantido), em curto e longo prazo. A maioria das mulheres que fazem histerectomia por condições benignas experimentam problemas sexuais graves, como dor durante a relação sexual, dor pélvica crônica (DPC) e desequilíbrio emocional (SOUSA et al., 2013).

De acordo com Azevedo et al., (2010) a histerectomia é considerada uma das cirurgias da área ginecológica mais frequentemente realizada no Brasil e no mundo, tendo como indicação de realização quanto aos processos benignos ou malignos sejam eles: miomas, endometriose, adenomiose, pólipos e espessamentos endometriais, hemorragias uterinas, endometrioses, câncer cervical e o endometrial, dentre outras.

As principais indicações para a histerectomia são: doença uterina benigna e sintomas como: sangramento anormal, dor pélvica, volume do útero aumentado, prolapso, mioma, abortamento séptico, infecção puerperal, hemorragias obstétricas (MURTA et al., 2000). Além de doenças benignas das trompas e ovários como: doença inflamatória pélvica (DIP), endometriose e gravidez ectópica. Indicações específicas como problemas cervicais, malformações uterinas, dor pélvica crônica (DPC), síndrome de obstrução pélvica e esterilização (MURTA et al., 2000).

Estima-se que um percentual de 20% a 30% das mulheres se submeterão a essa cirurgia até aos 60 anos de vida, sendo a maioria com 30 anos ou mais. O número de mulheres submetidas à histerectomia pelo SUS no Brasil aumentou 10% ao ano desde 2006, segundo dados do Ministério da Saúde (AZEVEDO et al., 2010).

A histerectomia surgiu no século XVI, ao qual o primeiro procedimento é atribuído a Berengarius, que fez uma histerectomia vaginal, em 1507, em Bolonha, de quem não se sabe se a ressecção é parcial ou completa. Embora Andreas seja

creditado com a realização da primeira histerectomia vaginal na cidade de Cruze em 1560, após esse período, os dados sobre histerectomia permanecem obscuros. (MURTA et al., 2000).

Segundo, Murta et al. (2000) apenas no século XIX que a histerectomia vaginal aconteceu de forma planejada, e no mesmo século Heath realizou a primeira remoção uterina por via abdominal, em Manchester, Inglaterra, em 1842, tendo ocorrido 300 anos depois da primeira cirurgia vaginal.

Teme-se que a cirurgia seja indicada devido ao aumento das trompas de falópio; entretanto, uma massa sólida foi descoberta durante a laparotomia, momento em que foi realizada uma histerectomia, pois essa massa sólida era compatível com mioma. No entanto, John Bellinger realizou a mastectomia total planejada, antes da primeira cirurgia de mioma em 1846 nos Estados Unidos. (MURTA et al., 2000).

Tal procedimento pode acarretar em algumas complicações no assoalho pélvico. “Estudo comparativo de histerectomias eletivas pós-parto e urgência, demonstram que a taxa de morbidade foi maior quando estava relacionada com o procedimento de emergência na qual teve uma maior perda de sangue nesse grupo” (AZEVEDO et al., 2010, p. 2).

Os fatores de risco para cirurgia incluem mulheres que nunca estiveram grávidas ou tiveram filhos e conceberam até três filhos, estão procurando atendimento médico relacionado a problemas menstruais, histórico de distúrbios menstruais no período menstrual ou declararam doença cervical, foram hospitalizadas por motivos ginecológicos, e tiveram uma ligadura de trompas, possuir trinta anos ou mais. Além disso, se constituem em fatores de proteção a história prévia de filho que nasceu morto e a menopausa (ARAÚJO; AQUINO, 2003).

2.3 VIAS CIRÚRGICAS DA HISTERECTOMIA

Segundo Salles et al. (2019) a histerectomia é o segundo procedimento cirúrgico mais comum em mulheres no período reprodutivo, logo antes de uma cesariana. E é indicado quando o tratamento conservador não traz o efeito desejado. A histerectomia é caracterizada por um método cirúrgico que é realizado das seguintes formas: através do abdome por laparotomia, através da vagina e por via laparoscópica. A via cirúrgica utilizada depende da patologia, volume uterino,

anatomia pélvica, comorbidades, experiência da equipe cirúrgica e número de partos.

As principais vias de abordagem cirúrgica são via abdominal ou laparotômica, em que o útero é removido por laparotomia abdominal através de uma incisão na parte inferior do abdômen, via vaginal, em que o útero é removido pela vagina e via laparoscópica, realizada através de pequenas incisões no abdômen. (COSTA, 2016, p. 6).

Dependendo da extensão da dissecação laparoscópica, ela pode ser dividida em histerectomia laparoscópica, histerectomia vaginal assistida por laparoscopia ou histerectomia total laparoscópica. No que diz respeito à histologia, uma histerectomia pode ser classificada como uma histerectomia acessória, também conhecida como supercervical ou parcial, na qual os 2/3 superiores do útero são removidos, porém, o colo uterino é mantido (COSTA, 2016).

Além disso, em uma histerectomia total, tanto o corpo uterino como o colo do útero são removidos. Há, ainda, a histerectomia total intrafascial que caracteriza - se por um corte dos espaços vesicouterino (bexiga e útero) e retouterino, mantendo a fáscia pubovesicocervical (COSTA, 2016).

No interior desta fáscia são encontrados vasos e nervos que irrigam e inervam a base da bexiga, o colo uterino e porção superior da vagina. Já a histerectomia total extrafascial difere da intrafascial por não manter a fáscia pubovesicocervical. Por fim, a histerectomia radical, ocorre quando é retirado corpo e colo uterino em conjunto com paramétrios e porção superior da vagina (COSTA, 2016).

Logo, a histerectomia radical (HTR) é realizada como tratamento primário nos seguintes casos: câncer cervical estágio IB ou IIA, pacientes selecionados com adenocarcinoma endometrial estágio II, carcinoma da vagina superior, sarcoma cervical do útero e outras neoplasias confinadas ao colo do útero, útero ou vulva superior (MARQUES; MOTA, 2010).

Portanto, o método de histerectomia depende da experiência do médico cirurgião, da indicação da cirurgia, da causa da doença, das características uterinas do paciente e de sua escolha. As opções cirúrgicas: incluem histerectomia vaginal; histerectomia laparoscópica assistida por laparoscopia (LAVH), histerectomia laparoscópica (LSH), histerectomia total laparoscópica (TLH) e histerectomia abdominal (subtotal, total ou radical) (LEFEBVRE et al., 2018).

Assim, vários fatores devem ser considerados ao decidir qual tipo de histerectomia é mais segura para a paciente como a espessura e a motilidade uterina; grau de patologia pélvica e necessidade de tratamento; procedimentos cirúrgicos adicionais necessários; treinamento e experiência do cirurgião, facilidades e acesso à tecnologia do cirurgião; preferências da paciente (THURSTON et al., 2019).

Uma recente revisão sistemática da Cochrane comparou os resultados cirúrgicos associados a cada tipo de histerectomia, comparando a histerectomia via vaginal com a histerectomia total laparoscópica, a mesma apresenta menor tempo de operação, a via vaginal comparada com a histerectomia abdominal, a paciente retorna mais rápido as atividades normais, apresenta um tempo de internação menor, além de menores episódios febris ou infecções não especificadas (THURSTON et al., 2019).

Os benefícios de uma histerectomia vaginal, com ou sem assistência laparoscópica, incluem pouca dor pós-operatória, menor uso de analgesia, menor tempo de internação, recuperação mais rápida e melhor retorno às atividades diárias. Além disso, por todos os parâmetros de histerectomia minimamente invasiva sem cicatrizes, a histerectomia vaginal tem menos complicações durante a cirurgia e após a histerectomia, em comparação com a histerectomia abdominal ou histerectomia laparoscópica (CRISÓSTOMO et al., 2020).

Apesar dessas vantagens, todas as pesquisas realizadas em larga escala da prática cirúrgica de histerectomia, é relatado que 70% a 80% das cirurgias são realizadas pela via abdominal (THURSTON et al., 2019). Já Pogoda et al. (2021) afirma que a histerectomia por via abdominal está associada a uma internação hospitalar mais longa e tempo de recuperação mais longo, maior risco de infecção e algia intensa, comparada as cirurgias minimamente invasivas, como a histerectomia vaginal e laparoscópica que estão relacionadas a menor tempo de internação e menor tempo de recuperação.

Sabe-se que o tamanho do útero interfere na abordagem cirúrgica, mulheres que apresentam útero menor que o da décima segunda semana de gravidez, ou o volume uterino se apresenta menor que 250 a 300 cm³, a melhor opção é a histerectomia vaginal. Já mulheres que possuem um útero maior e volumoso, as melhores soluções são a histerectomia total laparoscópica (TLH) ou uma combinação cirúrgica da histerectomia vaginal e laparoscópica (LAVH). Nesse caso,

a histerectomia abdominal só deve ser considerada se a histerectomia laparoscópica for muito arriscada (POGODA et al., 2021).

As pessoas ideais para histerectomia radical são pacientes jovens, altamente motivados para retornar à atividade normal rapidamente, em oposição a várias sessões de radioterapia. Pacientes idosos com doença crônica também podem ser candidatos a histerectomia radical, enfrentando taxas de mortalidade/morbidade semelhantes aos pacientes mais jovens. A idade cronológica não inclui a histerectomia. A obesidade é uma contraindicação relacionada à histerectomia, sendo necessária preparação cuidadosa antes da cirurgia e observação após a cirurgia (MARQUES; MOTA, 2010).

2.4 AVALIAÇÃO PRÉ- OPERATORIA

A avaliação médica pré-operatória inclui a confirmação do diagnóstico, a determinação da extensão da doença e a avaliação das complicações médicas. Alguns problemas antes do tratamento de histerectomia radical incluem perguntar ao médico sobre os sintomas da ciática, o que é altamente sugestivo de doença metastática nas cadeias ilíacas (MARQUES; MOTA, 2010).

O teste urodinâmico ajuda a resolver problemas de disfunção da bexiga após a cirurgia se houver um indício de dificuldade em esvaziar a bexiga, como incontinência ou micção de enchimento excessivo neurogênico. Atenção especial deve ser dada ao exame abdominal e pélvico e ao exame das cadeias ganglionares. A presença de doença metastática na região inguinal ou supraclavicular é uma indicação para histerectomia radical. O inchaço unilateral do tornozelo pode indicar doença que se estende até a parede pélvica, confirmada por ressonância magnética pélvica (MARQUES; MOTA, 2010).

2.5 AVALIAÇÃO FUNCIONAL PRÉ – OPERATORIA

A avaliação da função do assoalho pélvico deve ser realizada durante o exame ginecológico. Essa avaliação pode ser realizada por métodos como eletromiografia, manometria vaginal, manometria uretral, manometria anal, ultrassonografia e ressonância magnética, ou clinicamente por palpação vaginal digital, perivaginometria e cones vaginais. O método mais prático para avaliação da

função do assoalho pélvico é a palpação vaginal digital. Este é um procedimento simples que não requer instrumentação (HADDAD et al., 2012).

Uma nova classificação foi proposta por Ortiz et al., em 1996, em uma escala de 0 a 4, e no mesmo estudo foi identificada uma correlação significativa com a classificação anatômica. Durante o exame, a paciente é colocada em posição ginecológica e solicitada a contrair voluntariamente os músculos do assoalho pélvico. Após observar as contrações, faça a palpação com dois dedos (indicador e médio) nos dois terços distais da vagina e solicite novas contrações dos músculos perineais. Sensibilidade baseada na visualização das contrações (função perineal objetiva) e palpação digital. O assoalho pélvico também pode ser avaliado por meio da chamada classificação perfeita proposta por Bo e Larsen em 1990. Ele quantifica a força das contrações, o número de contrações (rápidas e lentas) e a duração da retenção (HADDAD et al., 2012).

2.6 CUIDADOS PÓS-OPERATORIO

A analgesia controlada pelo paciente ou analgesia epidural intravenosa é usada para controlar a dor. A estimulação precoce é usada com pressão pneumática intermitente. O uso sistêmico de heparina ou sonda nasogástrica não é recomendado, mas a espirometria é altamente recomendada nas primeiras 72 horas após a cirurgia. Nutrição centrada no paciente (MARQUES; MOTA, 2010).

A estase do cólon após a cirurgia abdominal dura cerca de três dias, mas não requer sistematicamente alimentação por sonda nasogástrica com antecedência. No entanto, comer cedo pode estimular o intestino e reduzir o tempo de internação, embora o vômito seja mais comum. Antibióticos profiláticos devem ser usados Sempre antes da história radical que deve ser mantida até a retirada do cateter vesical. Se houver necessidade de radioterapia, esta deve ser iniciada aproximadamente quatro semanas após a cirurgia. Uma leve descontinuidade na ferida operatória não é motivo para retardar o início da radioterapia (MARQUES; MOTA, 2010).

2.7 COMPLICAÇÕES DA HISTERECTOMIA

As complicações relacionadas à histerectomia apresentam taxas com variação de 0,5% a 43%. As complicações caracterizadas como menores são infecções pós – cirúrgicas e febre. Diferente das complicações maiores relacionadas

a lesões de outros órgãos e a realização da cirurgia, novamente (LEFEBVRE et al., 2018).

Lefebvre et al. (2018) explicam que danos à bexiga e ureteres são a causa mais comum de complicações maiores de acordo com um registro finlandês. Em uma série de 13.885 histerectomias, a incidência de lesão do trato urinário foi maior com métodos laparoscópicos (2,2%) e menor com histerectomia vaginal (0,04%). Ao considerar a histerectomia, os pacientes devem ser informados sobre o risco de sangramento, infecção e danos aos órgãos próximos.

Segundo Lefebvre et al. (2018) as mulheres deprimidas antes da histerectomia são mais propensas a sentir fraqueza, secura vaginal e baixa libido sexual após a cirurgia. Saber o que a histerectomia pode ou não reduzir em determinada situação pode auxiliar na tomada de decisão e melhorar a satisfação da paciente.

Além disso, distúrbios do assoalho pélvico (DFP) demonstraram ter um impacto negativo no bem-estar social, características físicas, sexuais e psicológicas das mulheres (VERBEEK et al., 2019).

Do ponto de vista psicológico, na cultura tradicional de Taiwan, o senso de identidade de uma mulher vem de seu papel na reprodução (Yen et al., 2008 apud RANNESTAD, 2005). A histerectomia, mesmo após a menopausa, pode causar uma perda simbólica de propósito se o papel de vida da mulher e o senso de identidade derivarem de sua fertilidade. Além disso, as mulheres podem se perceber menos feminizadas após uma histerectomia, o que pode levar a sofrimento psíquico (RANNESTAD, 2005).

Ademais, a dor crônica é uma das consequências pós – histerectomia, a dor crônica ocorre após a cirurgia ou torna-se intensa após a cirurgia. A dor deve persistir por pelo menos 3 meses e apresentar efeito negativo na qualidade de vida. Essa dor é uma continuação da dor aguda após a cirurgia ou pode se desenvolver após um período sem sintomas. A dor é localizada no sítio cirúrgico ou área designada (por exemplo, área de inervação, dermatomo, relacionada a cirurgia visceral) (BRANDSBORG; NIKOLAJSEN, 2018).

Em um estudo nacional baseado em dados do banco de dados de histerectomia dinamarquês, mostraram que 362 de 1.137 mulheres (31,9%) sentiram dor 12 a 15 meses após a histerectomia. Os fatores de risco foram dor pélvica pré-

operatória, história de cesariana, dor como indicação primária para cirurgia e dor preexistente em outros lugares (BRANDSBORG; NIKOLAJSEN, 2018).

A dor crônica pós - histerectomia é geralmente leve, mas em 1% a 7% mulheres a dor é intensa. Dor na região pélvica e dor na área cicatricial são locais comumente relatados de dor. Na histerectomia, a dor aguda pré e pós-operatória no sítio cirúrgico está associada à dor crônica, mas nenhum estudo examinou se pode ser realizado um melhor manejo da dor aguda. Dor pré-operatória e problemas em outros lugares (além do sítio cirúrgico) também são fatores de risco bem conhecidos para dor pós-operatória crônica em geral (BRANDSBORG; NIKOLAJSEN, 2018).

Dentre as principais complicações após a histerectomia, a constipação tem sido uma preocupação constante, com taxa média de 37% após a histerectomia; é definida como menos de 3 esvaziamentos e/ou esvaziamentos incompletos. Quando as alterações anatômicas que resultam na pelve e no reto não se contraírem adequadamente, alguma dilatação retal apresenta maior complacência devido a algumas alterações de inervação devido à dissecação pélvica durante a cirurgia e, portanto, esvaziamento retal incompleto. A constipação é o resultado da coordenação prejudicada dos movimentos musculares nas camadas que sustentam os órgãos pélvicos e fecham a abertura pélvica durante as contrações, que são importantes na prevenção da perda involuntária de urina e conteúdo retal (GOMES; ROMANEK, 2013).

O linfedema de membros inferiores (MMII), também, é uma das complicações mórbidas pós - histerectomia radical combinada com dissecação de linfonodos pélvicos em pacientes com câncer cervical. Isso acontece quando o sistema linfático não consegue manter a homeostase do fluido tecidual (WANG et al., 2020).

Dentre as complicações da histerectomia radical temos a linfadenectomia pélvica. Compreensivelmente, os problemas mais comuns estão relacionados a danos a essas vísceras. Outras complicações como pneumonia, infarto do miocárdio ou desequilíbrio eletrolítico são comuns em todas as cirurgias (MARQUES; MOTA, 2010).

O movimento febril após a histerectomia radical geralmente está relacionado ao trato urinário, ferida operatória ou celulite pélvica. A febre nas primeiras 48 horas após a cirurgia é quase sempre causada por atelectasia. Esta é a melhor forma de tratamento e deambulação, espirometria de estímulo cinesioterapia respiratória. Infecção de sutura/hematoma do trato urinário e celulite pélvica ocorrem com

frequência semelhante em aproximadamente 20% das mulheres (MARQUES; MOTA, 2010).

Dessa forma, a urografia intravenosa está indicada para investigar a possibilidade de obstrução uretral em mulheres com febre persistente após 24 horas de tratamento com antibióticos. A obstrução uretral deve ser tratada com inserção de cateter de nefrostomia percutânea. Se a febre persistir após 48 horas de antibióticos de amplo espectro, deve-se iniciar heparina no caso de tromboflebite pélvica (MARQUES; MOTA, 2010).

As aderências resultam em perda de motilidade e motilidade dos órgãos internos devido a mudanças no plano de deslizamento do órgão sobre suas estruturas circundantes. Como regra geral, essas aderências são sequelas de doenças infecciosas ou intervenção cirúrgica (ALVES et al., 2007).

2.8 PRINCIPAL EXAME

Sabe-se que o câncer do colo do útero tem a segunda maior taxa mortes no Brasil. Segundo informações do Ministério da Saúde, esse fato é causado pela falta de informação sobre as mulheres, e pela falta de uma política que possibilite o emprego dessas mulheres, a realização de exames e tratamento com uso adequado. Devido a esses fatores, mais de 50% dos casos de câncer do colo do útero são encontrados em estágios avançados, que requerem tratamento agressivo (CARVALHO, 2014).

O colo do útero é a parte inferior do útero dentro da genitália feminina, em sua parte superior, e é composto por várias camadas de células epiteliais escamosas, dispostas de forma sistemática. No orifício vaginal existem células que podem mudar e produzir câncer. Essas alterações celulares crescem lentamente, razão pela qual esse tipo de câncer é curável se detectado precocemente (LIRA NETO, 2000 apud CARVALHO 2014).

Portanto se a mulher não fizer seus exames preventivos pode agravar e chegar a ser necessário passar pela histerectomia, segundo Freitas Filho (2011) apud Carvalho (2014), uma das formas de detectar o câncer de colo do útero consiste em passar pelo teste, conhecido como Papanicolau. É importante que esses exames de rastreamento sejam feitos periodicamente, pois esse tipo de

câncer leva anos para se desenvolver. A principal causa do câncer do colo do útero é o Papiloma Vírus Humano (HPV).

Segundo Leite et al. (2010), o Papanicolau também é reconhecido como o rastreamento do colo do útero, citologia oncológica, prevenção, este exame não é apenas uma forma de diagnosticar esta doença. É muito eficaz para determinar o risco de uma mulher desenvolver câncer ou, na melhor das hipóteses, as alterações moleculares que podem causar o câncer do colo do útero depois de muitos anos, razão pela qual se chama prevenção.

Quanto mais cedo essas alterações forem encontradas, maiores serão as chances de tratamento e mais complexo e doloroso será o tratamento. Outras informações geralmente são dadas neste teste, como a presença ou ausência de candidíase, tricomoniase, bactérias e estado hormonal. O Papanicolau é um exame realizado com a paciente em posição ginecológica, ambas as pernas afastadas e apoiadas em suportes. O ginecologista examina a parte externa dos genitais do paciente e verifica se há secreção ou anormalidades e, em seguida, insere um espéculo privado, também conhecido como bico de pato, nos genitais, para que o colo do útero possa ser visto (CARVALHO, 2014).

Com o uso de uma espátula especial e uma escova endocervical, é possível colher amostras de tecido uterino para analisar as lesões existentes. O material coletado é colocado em uma lâmina e levado ao laboratório para análise. O Papanicolau é o principal método de detecção de lesões que podem se tornar malignas (CARVALHO, 2014).

2.9 A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NA HISTERECTOMIA

É ideal para as mulheres que necessitam deste procedimento terem intervenção fisioterapêutica pelo menos 3 meses antes e 6 meses depois da histerectomia. A intervenção é importante para que os pacientes mantenham a função urinária e geniturinária, além de manter os músculos mais hidratados e apresentar controle muscular (FISIOTERAPIA, 2002; DAVIS et al., 2003).

As intervenções de fisioterapia incluem um regime de força muscular do assoalho pélvico (MAP), complementado com aconselhamento vesical e intestinal. Consiste em uma intervenção pré-operatória, pós-operatória e mais tarde após a cirurgia (FRAWLEY et al., 2010). A fisioterapia melhora, restaura, mantém a força,

combate a fadiga, relaxa e atua na coordenação dos músculos (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2021).

Oliveira e Rodrigues (2021) colocam que após o tratamento cirúrgico, é importante o uso de técnicas de fortalecimento muscular e exercícios que também melhorem a flexibilidade da fáscia. Exercícios que melhoram a força do esfíncter extrínseco da bexiga, fortalecem os músculos pélvicos, nomeadamente o elevador do ânus; evitam contraturas; mantem o tônus muscular; melhora o recrutamento muscular, melhora a transferência de pressão na uretra e melhoram a coordenação reflexa durante o movimento; aumentando assim o mecanismo de continência e os reflexos de coordenação durante o esforço.

Uma das complicações pós-histerectomia é o linfedema, o tratamento conservador do linfedema de MMII é a fisioterapia descongestiva complexa que inclui drenagem linfática manual, compressão, exercícios e cuidados com a pele. Embora a fisioterapia descongestionante complexa seja reconhecida como uma técnica não cirúrgica eficaz, o linfedema de membros inferiores é difícil de curar e recidiva, e muitas vezes requer cuidados e tratamento ao longo da vida. Portanto, a prevenção precoce do linfedema de membros inferiores é extremamente importante (WANG et al., 2020).

Tendo em vista que, a musculatura pélvica fica enfraquecida, a fisioterapia faz uso de recursos que irão fortalecer a musculatura, reduzir ou acabar com disfunções, essas técnicas são: fisioterapia pélvica e respiratória, consciência corporal, cones vaginais, biofeedback, eletroterapia, dilatadores vaginais, massagem perineal, alongamentos e atividades físicas (PEREIRA, 2020).

Reabilitação não é apenas tratar sintomas pós-operatórios e complicações físicas, mas também depende da saúde mental pré-operatória e a capacidade de se recuperar mentalmente. A recuperação pós-operatória depende do manejo ideal, dos sintomas pós-operatórios, como dor, náusea e paralisia intestinal e a ocorrência de complicações pós-operatórias (PERSSON; BRYNHILDSEN; KJØLHEDE, 2010).

3. METODOLOGIA

3.1. TIPOS DE ABORDAGEM

O estudo em questão apresenta uma abordagem qualitativa, que consiste em um tipo de pesquisa possibilitando ao pesquisador tanto compreender quanto explicar o fenômeno, levando em consideração os significados que os outros dão à

sua prática, o que impõe uma abordagem hermenêutica para os pesquisadores. Portanto, na pesquisa qualitativa, a interpretação do pesquisador é de fundamental importância. Afinal, não se trata apenas de um conjunto fechado de informações, onde o valor numérico é o único aspecto levado em consideração, dada a natureza do fenômeno em estudo (GONSALVES, 2001; CARVALHO et al., 2019).

Quanto aos objetivos, o estudo trata-se de uma pesquisa exploratória que tem como características o desenvolvimento e esclarecimento de ideias, visando proporcionar um panorama, desde o primeiro até um certo pequeno método de exploração do fenômeno. Esse tipo de estudo também é conhecido como, pesquisa básica, porque fornece dados de fundo que suportam pesquisas adicionais sobre o tópico (GONSALVES, 2001; CARVALHO et al., 2019).

Pesquisa desse tipo ajuda o pesquisador a entender ou aprimorar seus conhecimentos sobre determinado tema, para que, uma vez concluído, seus resultados possam levar a novos estudos com novas abordagens. Portanto, a pesquisa exploratória é muito comum no processo de pesquisa bibliográfica (GONSALVES, 2001; CARVALHO et al., 2019).

3.2. REVISÃO DE LITERATURA

O estudo é considerado uma revisão de literatura, conceituada como o encontro de ideias de diferentes autores sobre um determinado tema, possibilitado por meio de leituras, pesquisas realizadas pela pesquisadora. Nesse sentido, uma revisão de literatura é um documento feito por um pesquisador sobre o trabalho ou pesquisa que se propõe a fazer (BRIZOLA; FANTIN, 2016).

Ressalta-se que o trabalho realizado não será algo completamente original, pois a crítica literária é uma síntese crítica de obras relacionadas a um assunto, ou seja, panorama literário, pois é um diálogo entre o pesquisador e o escritor da obra e os autores escolhido por ele para discutir o tema, o resultado é um texto não necessariamente inédito, mas um texto que analisa e critica as ideias pesquisadas sobre o tema escolhido para o trabalho (BRIZOLA; FANTIN, 2016).

3.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão usados foram artigos de: estudo de caso, estudos de coorte, revisão sistemática, estudos randomizados e artigos online completos na íntegra que contenham informações sobre a atuação da fisioterapia na

histerectomia. Os artigos incluídos são nos idiomas: português e inglês. Nos critérios de exclusão estão artigos de: teses, dissertações, anais, livros, artigos incompletos e artigos que não possuem informações sobre a atuação da fisioterapia após a histerectomia e suas peculiaridades. As bases de dados utilizadas foram: PEDro, Pubmed e ScienceDirect. No recorte temporal que vai de 2017 a 2022. Os descritores da pesquisa – palavras-chave utilizados foram: fisioterapia, physical therapy, histerectomia, hysterectomy, pós – operatório, postoperative.

Todavia, a relevância do tema foi analisada, uma vez que a histerectomia é conceituada como cirurgia ginecológica relacionada a retirada do útero, que dependendo das circunstâncias são retirados ovários, trompas, ligamentos. Portanto é importante levar informações sobre a fisioterapia no tratamento pós – histerectomia quanto a saúde da mulher.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

A ética expressa a reflexão sobre questões morais, ou seja, tenta explicar racionalmente a dimensão moral do ser humano. Também conhecida como filosofia moral, ela busca a base sobre a qual certas ações humanas podem ser julgadas como boas ou ruins, certas ou erradas, e realiza-se de forma aplicada, mas também, para a investigação científica (INSTITUTO BIOÉTICA; PITHAN; OLIVEIRA, 2013).

Atualmente, no Brasil, conforme o Instituto Bioética, Pithan e Oliveira (2013), acadêmicos e órgãos de pesquisa, como CNPq e FAPESP, vêm discutindo outra questão que envolve a boa prática científica. Por integridade da pesquisa, isto é, respeitar os padrões éticos da publicação científica para evitar fraudes, como falsificação ou falsificação de dados, duplicação de publicação e plágio.

Segundo os autores, todos os estudos devem fornecer aos pesquisadores um convite ético. Eis por que as pessoas deveriam se preocupar tanto com a integridade do trabalho científico, condenando a prática de plágio, pois quem comete plágio intencionalmente, não se trata apenas de roubar palavras, mas de algo mais valioso na consciência coletiva da sociedade, a confiança na produção científica (PITHAN; VIDAL, 2013).

O estudo em questão se compromete em respeitar as publicações científicas mencionadas, respeitando os autores citados, não compactuando com a prática de plágio, a fim de respeitar a integridade das publicações.

3.5. Fluxograma 1

O fluxograma abaixo, tem como objetivo demonstrar como foram selecionados os artigos, nas plataformas utilizadas, com o total de artigos encontrados sobre o tema e os artigos que foram excluídos e incluídos.

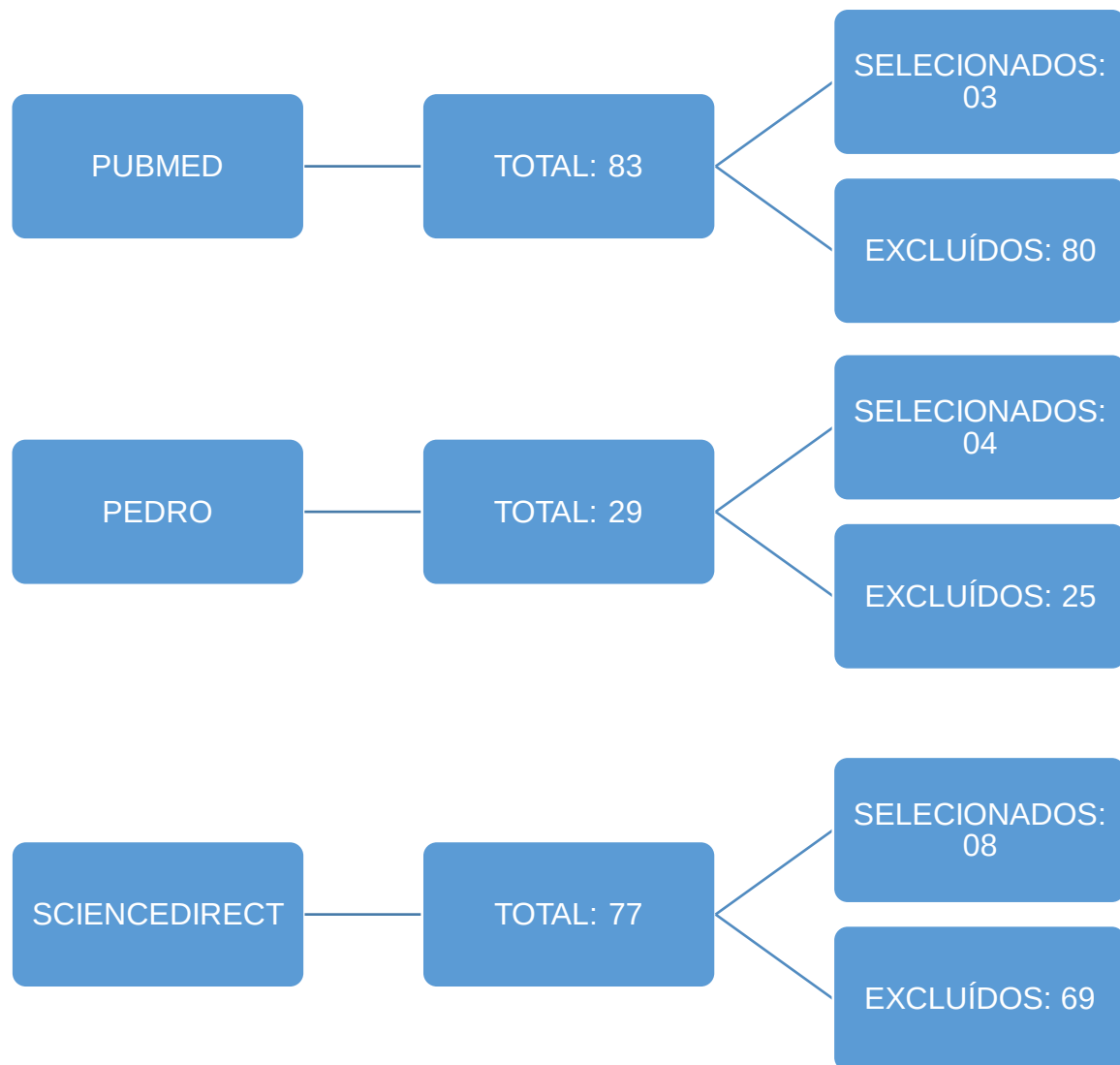


Gráfico 1 – Fluxograma de artigos para a pesquisa. Fonte: Dados da pesquisa (2023).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No quadro a seguir estão os artigos analisados referente a intervenções fisioterapêuticas pós – histerectomia:

QUADRO 1: Artigos selecionados

BASE DE DADOS	REFERÊNCIA	TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGIA
PEDRO	ZONG; YOU; LI. 2022.	Efeito do exercício muscular do assoalho pélvico de Kegel combinado Com autocateterismo intermitente limpo na retenção urinária Após histerectomia radical para câncer cervical.	Explorar o efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico de Kegel combinado com o treinamento auxiliar de autocateterismo intermitente de limpeza, em pacientes com câncer do colo do útero.	Adentraram no hospital um total de 166 pacientes com câncer no colo do útero entre outubro de 2016 a dezembro de 2019 onde foram diagnosticadas com essa doença. Todas submeteram-se a histerectomia radical de câncer de colo uterino e foram divididas em dois grupos de acordo com o método da tabela de números aleatórios, sendo os grupos: o grupo de observação e o grupo controle, com 83 casos em cada grupo e com idade entre 30 a 56 anos. Alguns métodos de avaliação foram utilizados, nos dois grupos, como a taxa de substituição do cateter, volume residual de urina Bexiga, Escala de Carga Autopercebida (SPB), Questionário de Conforto Geral de Kolcaba (GCQ): consistindo em quatro dimensões: fisiológica, espiritual, psicológica, cultural, social e ambiente. E comparação da incidência de infecção

				do trato urinário e retenção urinária após a retirada do cateter.
PEDRO	WANG et al., 2019	Eficácia da fisioterapia descongestiva complexa modificada na prevenção do linfedema de Membros inferiores após cirurgia radical para Câncer cervical: um estudo controlado Randomizado.	Determinar a eficácia da fisioterapia descongestiva complexa modificada para reduzir o risco de linfedema na extremidade inferior após histerectomia radical.	O estudo envolveu 120 pacientes em tratamento para câncer cervical com histerectomia radical laparoscópica combinada com linfadenectomia pélvica. De janeiro de 2016 a abril de 2017 no Hospital de Obstetrícia e Departamento de Ginecologia, Fudan University, Xangai, China. Os participantes foram designados aleatoriamente para um grupo Intervenção Fisioterapia Descongestiva Complexa Modificada (n = 60) ou grupo controle (n = 60).
PEDRO	HENDAWY; ABUELNAGA, 2020.	Eficácia analgésica pós-operatória da Acupuntura auricular em pacientes submetidas à histerectomia abdominal: um estudo Controlado randomizado.	Verificar o efeito da eletroacupuntura auricular (EA) na analgesia pós-operatória em pacientes submetidas à histerectomia abdominal. Uma vez que esta pode ajudar a aliviar a dor com o mínimo de distúrbio fisiológico.	56 pacientes foram divididos aleatoriamente em dois grupos iguais usando uma tabela de randomização simples gerada a partir de um programa de computador. Os critérios de inclusão incluíram pacientes de 21 a 60 anos com estado físico I e II da American Society of Anesthesiologists (ASA). 56 pacientes foram randomizados em dois grupos iguais: Grupo I (grupo EEE): 28 mulheres receberam eletroacupuntura auricular após raquianestesia. Grupo II (grupo controle): 28 mulheres receberam raquianestesia sem eletroacupuntura

				auricular.
PEDRO	NYHUS et al., 2020	Efeito do treinamento pré-operatório dos músculos do assoalho pélvico na contração dos músculos do assoalho pélvico e prolapso sintomático e anatômico dos órgãos pélvicos após a cirurgia: ensaio clínico randomizado	Avaliar o efeito do PFMT pré-operatório (treinamento dos músculos do assoalho pélvico) na contração do MAP (músculo do assoalho pélvico), nos sintomas do POP (prolapso de órgãos pélvicos) e no POP anatômico 6 meses após a cirurgia de prolapso e avaliar as alterações gerais nos sintomas do POP, prolapso dos órgãos pélvicos e contração dos MAP após a cirurgia.	O estudo foi controlado randomizado para cirurgia de POP (prolapso de órgão pélvico) no Trondheim University Hospital, Trondheim, Noruega, entre janeiro de 2017 e março de 2019. As pacientes foram incluídas independentemente de terem POP primário ou recorrente com idade superior a 18 anos, capacidade de fornecer consentimento e compreensão em norueguês ou inglês. Na visita de inclusão, as mulheres foram aleatoriamente designadas para um grupo de intervenção de treinamento dos músculos do assoalho pélvico ou controle usando uma ferramenta de randomização baseada na web (WebRAND) fornecida pelo Departamento de Pesquisa Clínica Aplicada, NTNU, Trondheim, Noruega. A cirurgia foi planejada 3 meses após a inscrição, O tempo de operação não foi afetado pela atribuição do grupo. Uma visita de acompanhamento pós-operatório foi planejada 6 meses após a cirurgia.
PUBMED	KARAMAN et al., 2020	Efeito da estimulação elétrica nervosa transcutânea na qualidade de Recuperação e dor após histerectomia	Avaliar o efeito da TENS na qualidade de recuperação (QoR) pós-operatória e dor em pacientes com histerectomia	Este estudo prospectivo, randomizado, duplo-cego e controlado por simulação comparou o efeito da TENS na QoR pós-operatória após cirurgia

		abdominal.	abdominal total submetidas a ooforectomia salpingo-bilateral (TAH+BSO).	TAH+BSO. Em um total de 52 pacientes do sexo feminino, com idades entre 18 e 65 anos, com estado físico e risco anestésico I ou II da Sociedade Americana de Anestesia (ASA) foram submetidas a TAH + BSO eletiva no centro de pesquisa da Universidade Tokat Gaziosmapasa, foram inscritas entre março de 2016 e maio de 2017. As pacientes foram divididas aleatoriamente em dois grupos usando uma tabela de números aleatórios gerada por computador; um grupo TENS e um grupo controle.
PUBMED	HE et al., 2022	Avaliação da eficácia e segurança da terapia com agulha intradérmica na qualidade do sono de pacientes após histerectomia laparoscópica: protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado	Investigar o efeito da acupuntura intradérmica (como adjuvante ao tratamento fisioterapêutico para distúrbios do sono pós-operatório) na qualidade do sono pós-operatório em pacientes submetidos à histerectomia laparoscópica.	Este estudo é paralelo, de centro único, simples-cego (paciente), prospectivo, randomizado controlado (RCT). Os pacientes inscritos foram aqueles submetidos a histerectomia laparoscópica no Departamento de Ginecologia do Hospital Provincial de Medicina Tradicional Chinesa de Guangdong entre fevereiro de 2022 e junho de 2023. Um total de 80 pacientes elegíveis foram aleatoriamente designados para o grupo controle e o grupo experimental na proporção de 1:1. O número aleatório e o esquema de agrupamento foram gerados usando o pacote de software SPSS 25.0. Após a

				conclusão da histerectomia laparoscópica, a paciente retornou à enfermaria e recebeu agulhas intradérmicas ou agulhas intradérmicas falsas, conforme apropriado.
PUBMED	LU et al., 2019	Terapia de punção guiada por ultrassom B para Infecção de incisão após histerectomia Abdominal total.	Investigar a eficácia clínica da punção guiada por ultrassom B no tratamento de infecção de ferida pós-operatória após histerectomia abdominal total (TAH) e fornecer referência para o tratamento clínico.	Em um total de 116 pacientes, entre 20 e 50 anos, que adentraram no hospital em agosto de 2013 a setembro de 2015, com infecção de incisão uterina após HAT (Histerectomia Abdominal Total) foram selecionados e divididos aleatoriamente em grupo de observação e grupo controle, 58 casos em cada grupo. Os pacientes do grupo controle receberam infusão intravenosa de ceftazidima combinada com tinidazol para prevenir infecção, e os pacientes do grupo observação receberam tratamento por punção B guiada por ultrassom de acordo com o plano de tratamento do grupo controle. A eficácia clínica dos dois grupos foi comparada.
SCIENCEDIRECT	DONAT et al., 2022	Os efeitos de uma breve intervenção baseada em mindfulness nas percepções de dor em pacientes com dor pélvica crônica: uma série de casos.	Mostrar a utilidade de uma breve intervenção baseada em mindfulness para pacientes com dor pélvica crônica e avaliar o efeito inicial da intervenção nos níveis de dor e na catastrofização da	O estudo incluiu 20 pacientes. A média de idade dos pacientes foi de 33 anos (variando de 20 a 61 anos). A maioria dos pacientes se identificou como branca (85%) e não hispânica (85%). 7 pacientes eram casados ou possuíam

			dor.	um companheiro, 1 divorciado e 12 solteiros. Os pacientes estavam em boas condições de saúde, fisicamente, com um índice médio de comorbidade de Charlson de 0,5. 9 pacientes tinham cirurgia pélvica anterior e 4 foram submetidas a histerectomia. 9 pacientes relataram diagnóstico de fibromialgia ou outro distúrbio de dor central e 19 pacientes relataram ansiedade ou depressão.
SCIENCEDIRECT	SAKLECHA et al., 2021	Eficácia dos exercícios do assoalho pélvico após histerectomia subtotal e hematometra em uma mulher de 39 anos com incontinência urinária: um estudo de caso	Demonstrar que a reabilitação precoce da fisioterapia com modalidades avançadas de exercícios de mobilidade e programas de fortalecimento pélvico e dorsal pode ajudar a tratar com eficácia a musculatura enfraquecida do assoalho pélvico e melhorar a vida de mulheres com incontinência urinária após histerectomia subtotal e hematometra.	O estudo é um estudo de caso sobre uma mulher de 39 anos, G.P.L.A, residente na zona rural, que há 8 dias apresentou – se com hematometra, sentindo dor no abdome inferior esquerdo com irradiação para a vagina e urgência miccional após ter realizado uma histerectomia subtotal há 4 anos, em outubro de 2018, onde relatou dor na mesma região. EVA: intensidade da dor 7/10, agravada por atividades como trabalhos domésticos e trabalhos agrícolas. Então, ela procurou AVBRH (hospital) em 2021, onde o ginecologista recomendou USG e ressonância magnética. A USG mostrou fluxo sanguíneo proporcional pós-operatório vaginal de 15cc e a RM da pelve mostrou útero residual parcial

				hematométrico. Em 29 de janeiro de 2021, a paciente foi submetida a uma drenagem de sangue de 15 cc sob raquianestesia após a cirurgia; no entanto, ela continuou a sentir dor na parte inferior esquerda do abdome e na área vaginal. A reabilitação fisioterapêutica teve início em 31/01/2021.
SCIENCEDIRECT	CASARIN et al., 2021	Musicoterapia para redução da ansiedade pré-operatória em mulheres submetidas à histerectomia laparoscópica total: um estudo controlado randomizado	Avaliar a superioridade de uma intervenção musicoterapêutica em comparação com os cuidados habituais na redução da ansiedade pré-operatória em pacientes submetidas à histerectomia total laparoscópica (HLT) por indicações não oncológicas.	O estudo em questão é randomizado dividiu as pacientes em grupo música (n=30) e grupo controle (n=70) para redução da ansiedade enquanto aguardavam a cirurgia, no Del Ponte Women's and Children's Hospital em Varese (Itália), entre 15 de março de 2020 e 30 de setembro de 2020. Estas foram submetidas a uma entrevista conjunta de psicoterapia musical para avaliar os níveis de ansiedade usando o inventário de Ansiedade Traço-Estado (STAI-Y) apresentando 40 itens, classificado em uma escala de intensidade de 1 a 4. Os itens são divididos em 2 grupos com base nas características de 2 tipos diferentes de ansiedade: ansiedade estática (o nível de ansiedade em um determinado momento) e traço ou ansiedade dinâmica (a tendência do paciente a ficar ansioso em situações estressantes).

SCIENCEDIRECT	ABDEL-HAMID et al., 2019	Efeito do exercício aeróbico nos sintomas da menopausa prematura após histerectomia	Examinar o efeito do exercício aeróbico nos sintomas da menopausa prematura após histerectomia.	40 mulheres selecionadas aleatoriamente com histerectomia total recente, com idades entre 30 e 40 anos e um índice de massa corporal de 30 kg/m ² ou menos. Elas foram divididas em dois grupos iguais, grupo (A) recebeu apenas terapia de reposição hormonal (estrogênio conjugado 2,5 mg e medroxiprogesterona 0,625 mg uma vez ao dia) por 12 semanas, grupo (B) realizou exercícios aeróbicos e recebeu a mesma terapia de reposição hormonal. A Escala de Green modificada foi usada para avaliar os sintomas iniciais da menopausa; a análise da amostra de sangue foi usada para mostrar os níveis de hormônio folículo estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH) antes e após o tratamento em ambos os grupos (A&B).
SCIENCEDIRECT	ÖZTÜRK et al., 2018	Os efeitos da reflexologia na ansiedade e dor em pacientes após histerectomia abdominal: um estudo controlado randomizado	Determinar o efeito da reflexologia podal no pós-operatório e nos níveis de ansiedade em pacientes submetidas à histerectomia abdominal.	O estudo foi realizado em pacientes do sexo feminino submetidas a histerectomia abdominal entre setembro de 2013 e setembro de 2014 na Unidade de Terapia Intensiva e Serviço Ginecológico do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário EUzmir Ege. O registro formal da pesquisa foi baseado nos seguintes critérios de inclusão: de acordo com os critérios de classificação de pacientes de Rush-

				Medicus; pacientes independentes ou dependentes com baixos níveis e escores de sedação de Ramsey e pacientes que participaram voluntariamente, eram pelo menos capazes de ler e escrever, foram submetidas a histerectomia abdominal, relataram dor pós-operatória $\geq$ grau 3 de acordo com a Escala Visual Analógica (EVA), sem complicação pós-operatória precoce. Todos os grupos consistiram em pacientes com histerectomia benigna submetidas à cirurgia sob anestesia geral. A amostra do estudo foi composta por 63 pacientes designadas aleatoriamente usando um programa de computador: 32 do grupo experimental e 31 do grupo controle.
SCIENCEDIRECT	HUNT, 2019	Fisioterapia Pélvica para Dor Crônica e Disfunção Após Excisão Laparoscópica de Endometriose: Relato de Caso	Promover o tratamento fisioterapêutico pélvico como parte do padrão de atendimento para indivíduos com suspeita de endometriose.	O estudo relata o caso de uma mulher de 50 anos que foi encaminhada para tratamento fisioterapêutico de disfunção do assoalho pélvico. Ela passou por vários procedimentos, incluindo abdominoplastia e três cirurgias relacionadas à endometriose. Posteriormente, ela desenvolveu dor no abdômen inferior esquerdo que piorou gradualmente. Acreditava-se que a dor fosse causada por endometriose, e a paciente foi submetida a uma

				histerectomia laparoscópica. Um ano e meio depois da histerectomia, devido a dores constantes e um enorme mioma e cisto crescendo no ovário esquerdo, a paciente foi submetida a uma segunda operação para retirada dos ovários. Após isso lhe foi prescrito alguns medicamentos como lupron para dor e para hipertensão clonidina, pelo efeito causado por lupron, meses depois foi receitado creme de progesterona, e pela dor persistir foi prescrito tramadol, oxicodona-acetaminofeno e Xanax. Dois anos após, a dor se tornou debilitante e a paciente realizou a última cirurgia incluindo ooforectomia direita, salpingectomia bilateral e ressecção de lesões múltiplas causadas por endometriose e tecido cicatricial de cirurgia anterior. Após 2 meses ela foi encaminhada a fisioterapia pélvica.
SCIENCEDIRECT	ABU-ALNADI et al., 2021	Dor miofascial em pacientes histerectomizados	Determinar a frequência de dor miofascial em mulheres submetidas a histerectomias minimamente invasivas para dor pélvica crônica, identificar os fatores clínicos e demográficos associados à dor miofascial pré-operatória e investigar a	Neste estudo coorte foram incluídas 353 mulheres adultas (>18 anos) submetidas à histerectomia minimamente invasiva (laparoscópica ou robótica) entre janeiro de 2014 e janeiro de 2016. Todos os procedimentos são realizados pelo Grupo de Cirurgia Ginecológica Minimamente

			associação entre dor miofascial e dor após cirurgia em pacientes que tiveram histerectomias.	Invasiva do Hospital UNC para CPP ou outras condições ginecológicas cirúrgicas. Informações demográficas, detalhes cirúrgicos, relatórios de patologia e tratamentos analgésicos adjuntos foram extraídos de registros médicos eletrônicos. A DPC foi definida como quando os pacientes relataram dor pélvica por pelo menos 6 meses e as experiências de dor foram coletadas na visita inicial. Os dados são armazenados em um banco de dados eletrônico não identificado para análise. Os escores de dor pós-operatória coletados na visita pós-operatória padrão nas semanas 3 e 6 foram obtidos usando uma escala visual analógica (VAS) de 0 a 10.
SCIENCEDIRECT	BILDACd, 2017	A histerectomia minimamente invasiva adiciona benefícios para pacientes submetidos ao procedimento de fita transobturatória?	Determinar se a histerectomia concomitante faz diferença no resultado da cirurgia de incontinência urinária com fita transobturatória.	O estudo incluiu 66 pacientes com incontinência urinária de esforço isolada. Os dois grupos foram tratados com colocação de banda transobturatória ou histerectomia minimamente invasiva com colocação de banda transobturatória. Os resultados do tratamento foram avaliados usando os questionários UDI-6 e IIQ-7. Os critérios de inclusão foram IUE sintomática grave e relaxamento uterino grau 1-2 (sistema de graduação de Baden-Walker). O grau 1 é

				definido como o colo do útero a meio caminho entre o hímen e o fórnice posterior com tração leve, enquanto o grau 2 é definido como o colo do útero no nível do hímen ou imediatamente posterior a ele com tração leve. O sistema de quantificação de prolapso de órgãos pélvicos (sistema POP-Q) foi utilizado para pontuar o ponto cervical (ponto C) e também foi observado para análise estatística.
--	--	--	--	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Dentre os estudos abordados encontramos protocolos eficazes para alívio de desconforto pós-cirúrgico e melhora do pavimento perineal que durante a cirurgia sofreu danos, em cada artigo foi encontrado peculiaridades que demonstram a importância de se aprofundar nas disfunções do assoalho pélvico feminino e consequências pós - histerectomia.

No estudo de Zong, You e Li (2022) foi exposta uma intervenção para melhora da função urinária, tendo em vista os riscos de infecção pós – histerectomia, o grupo controle foi submetido ao autocateterismo intermitente limpo, depois que é realizada a limpeza do cateter e da abertura uretral, o cateter é inserido lentamente na uretra com o polegar e o dedo indicador até que a urina saia e continua a inserir 1-2 cm.

Depois que a urina parar de sair, a bexiga é pressionada suavemente para confirmar que não sai mais urina e, em seguida, o cateter é puxado lentamente para fora. O intervalo de cateterização é definido conforme o volume residual de urina do paciente, geralmente 4-6 horas, 4-6 vezes ao dia (ZONG; YOU; LI, 2022).

O grupo de observação realizou exercícios de Kegel para os músculos do assoalho pélvico por 3 dias antes da operação e permaneceram acamados por 4 dias após a operação para alongar e contrair os esfíncteres vaginal, uretral e anal. A

paciente é posicionada em decúbito dorsal com as pernas flexionadas. Ao inspirar, o períneo e o ânus são fortemente contraídos por cerca de 10 segundos e, ao expirar, relaxa por cerca de 10 segundos. E o método é repetido por cerca de 20 minutos, com um intervalo de 5 a 10 segundos entre cada vez, três vezes ao dia. Além disso, submeteram – se ao autocateterismo intermitente limpo. Após a alta, o acompanhamento telefônico regular foi realizado até 14 dias após a cirurgia (ZONG; YOU; LI, 2022).

As incidências de substituição do cateter urinário, retenção urinária, disúria e volume residual de urina na bexiga no grupo de observação foram significativamente menores que no grupo controle, e a diferença foi estatisticamente significativa ($P < 0,05$). Após a operação, os escores de sobrecarga autopercebida (SPB) em ambos os grupos diminuíram significativamente, enquanto os escores de questionário geral de conforto de Kolcaba (GCQ) aumentaram significativamente em ambos os grupos. O escore SPB pós-operatório do grupo de observação foi significativamente menor do que o do grupo controle, e o escore do GCQ do grupo de observação foi significativamente maior do que o do grupo controle, e a diferença foi estatisticamente significativa ($P < 0,05$). Assim, tem-se que os exercícios de Kegel combinado com autocateterismo intermitente limpo auxiliam na função da bexiga e reduz o risco de infecção do trato urinário (ZONG; YOU; LI, 2022).

Buscando o bem estar pós histerectomia, o artigo de Wang et al. (2019) expôs uma intervenção sobre linfedema, que pode ocorrer após a cirurgia, a fisioterapia descongestiva complexa modificada consiste em drenagem linfática automanual em casa todos os dias, além do uso de meias de compressão (15-30mmHg) por 6 a 8 horas após a drenagem linfática manual durante o dia e um programa pessoal de exercícios aeróbicos (caminhada, ciclismo, jogging, natação, dança ou ioga) adaptado às necessidades e habilidades específicas do paciente.

A quantidade de exercício durou cerca de 30 minutos de cada vez, 3 a 5 vezes por semana, dependendo do nível de condicionamento físico do indivíduo e respeitando o limite do paciente. Além disso, tiveram educação em saúde que envolve conhecimentos sobre anatomia e fisiologia do sistema linfático. O grupo controle teve apenas educação em saúde (WANG et al., 2019).

Nos grupos observados, de 117 participantes, 28 (23,9%) participantes adquiriram linfedema secundário de membros inferiores. A incidência de linfedema nos membros inferiores foi de 34,5% (20/58) no grupo controle e 13,6% (8/59) no

grupo de intervenção ($p = 0,008$); OR 0,30 (IC 95% 0,12 a 0,75). No grupo intervenção a taxa de excesso foi significativamente menor do que a do grupo controle ($p=0,042$), em 1% (IQR 0,53–3,42%) e 2,96% (IQR 1,14–4,98%), respectivamente, mostrando que a fisioterapia descongestiva complexa modificada auxiliou no tratamento de linfedema, com a diminuição dos casos no grupo de intervenção (WANG et al., 2019).

Um tratamento alternativo proposto por Hendawy e Abuelnaga (2020) de eletroacupuntura auricular (EEA) para alívio da dor pós histerectomia se mostrou eficaz. A EEA é realizada através de agulhas finas (10mm x 30 gauge) em 4 pontos auriculares anatomicamente definidos conhecidos como; Shenmen (Ponto do Portal Divino) ou ponto 55 para alívio da dor anti-inflamatória e 26 Ponto do tálamo, ponto de acupuntura analgésicos para dores agudas e crônicas graves, Ponto 3 de analgesia e Ponto 58 do útero.

Em seguida, quatro agulhas de acupuntura descartáveis pré-esterilizadas foram inseridas nos pontos de acupuntura predeterminados e conectadas aos cliques de fio do eletrodo conectados ao instrumento de terapia de eletroacupuntura (instrumento de cuidados de saúde multiuso KWD-808I). O aparelho EA foi ligado e ajustado conforme instruções de uso, em onda contínua com frequência de 2Hz e em amplitude de pulso de saída de 6-10V de acordo com o limite do paciente. No final da operação, o aparelho de eletroacupuntura foi desligado e nos mesmos pontos de acupuntura as agulhas finas foram substituídas por agulhas de pressão e removidas após 24 horas.

A eletroacupuntura auricular proporciona alívio da dor pós-operatória e reduz a necessidade de morfina, reduzindo assim seus efeitos colaterais. O consumo total de morfina nas primeiras 24 horas de pós-operatório foi significativamente menor no grupo EEA que recebeu o tratamento após a raquianestesia em comparação ao grupo controle que recebeu apenas raquianestesia. Comparado ao grupo controle, o grupo EEA apresentou escores de dor pós-operatória significativamente menores e atrasou a primeira solicitação de analgésico pós-operatório (HENDAWY; ABUELNAGA, 2020).

O estudo de Nyhus et al. (2020) coloca sobre o treinamento pré – operatório dos músculos do assoalho pélvico quanto ao prolapso pós – cirurgia. As intervenções consistiram em Treinamento do músculo do assoalho pélvico (PFMT) intensivo no período entre a inscrição e a cirurgia. As mulheres do grupo intervenção

receberam um folheto informativo e foram encorajadas a realizar o TMAP diário, que consistia em 8 a 12 contrações com duração de 6 a 8 segundos, três vezes ao dia. Eles receberam informações sobre como prevenir e tratar a constipação e como esvaziar adequadamente a bexiga e o intestino.

As pacientes também foram instruídas a realizar contrações dos MAP em situações de pressão intra-abdominal elevada (espirrar, levantar, tossir) e evitar esforço durante a defecação. Cada mulher no grupo de intervenção teve uma reunião individual com um fisioterapeuta dedicado ao assoalho pélvico após 2 e 6 semanas, período durante o qual as contrações adequadas dos MAP foram avaliadas por palpação vaginal. As mulheres recebem PFMT semanal opcional com um fisioterapeuta dedicado. Foi solicitado as mulheres o registro de adesão ao treinamento em diário recolhido no dia da cirurgia, as mulheres que não o forneceram foram entrevistadas por telefone. As mulheres do grupo controle não realizaram intervenção (NYHUS et al., 2020).

No dia da cirurgia, houve uma diferença estatisticamente significativa nas contrações dos MAP avaliadas por palpação vaginal em favor do grupo de intervenção ($P = 0,012$), mas não foram observadas diferenças em outras variáveis de resultado entre os dois grupos. Para toda a população do estudo, houve mudanças significativas entre as visitas iniciais e de acompanhamento para todas as variáveis de resultado, exceto medições de pressão vaginal e eletromiografia (EMG) de superfície. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas contrações dos MAP, na sensação de plenitude vaginal ou nas medidas de resultado da descida dos órgãos pélvicos entre as mulheres do grupo de intervenção que participaram do programa PFMT (intervenção) e as que não participaram (controle) no acompanhamento pós-operatório (NYHUS et al., 2020).

No estudo de Karaman et al. (2020) fala sobre o efeito do TENS na qualidade de recuperação após histerectomia abdominal total com salpingooforectomia bilateral. Na sala de recuperação, o dispositivo PCA (analgesia controlada pelo paciente) foi programada para administrar bolus via intravenosa de 0,02 mg/kg de morfina com intervalos de bloqueio de 15 minutos sem infusões de fundo e foi então conectada ao paciente. Conforme instruído durante a discussão pré-operatória, os pacientes foram lembrados de pressionar o botão PCA quando seu escore de dor fosse maior que 3.

Uma máquina TENS (CEFAR Medical AB, Malmö, Suécia) foi conectada a cada paciente por meio de quatro elétrodos colocados a aproximadamente 1 cm em dois lados paralelos da linha de incisão abdominal. No grupo TENS, a máquina TENS foi ajustada em alta frequência (80 Hz) com duração de pulso de 180 MCS, 7 sessões de 30 minutos por dia, por 24 horas. A intensidade sensorial máxima tolerada foi entre 9 e 15 mA, ajustada para a sensibilidade de cada paciente. No grupo controle, nenhuma estimulação elétrica foi aplicada. Em caso de escores de dor acima de 3, 1 g de paracetamol foi administrado por via intravenosa (KARAMAN et al., 2020).

Os escores de QoR (qualidade de recuperação) foram significativamente maiores no grupo TENS em comparação com o grupo controle ($P = 0,029$). O escore de dor durante a tosse (dor dinâmica) foi significativamente menor no grupo TENS em comparação com o grupo controle ($P < 0,001$). No entanto, não houve diferenças entre os grupos nos escores de dor em repouso (dor estática) ou no consumo total de analgésicos ($P = 0,63$ ou $P = 0,83$, respectivamente) (KARAMAN et al., 2020).

A TENS é uma ferramenta inestimável para melhorar a QoR do paciente e os escores dinâmicos de dor após TAH + BSO. Houve diferenças significativas entre os grupos nos escores de dor durante a tosse. O tratamento com TENS reduziu os escores de dor da tosse em 0 e 30 minutos, 24 horas após a cirurgia. No entanto, não houve diferenças entre os dois grupos nos escores de dor em repouso, consumo total de morfina ou escores de náusea e vômito (KARAMAN et al., 2020).

Outro estudo com tratamento alternativo foi o de He et al. (2020) que trata a qualidade do sono de pacientes pós – histerectomia laparoscópica com agulha intradérmica. A agulha intradérmica consiste em uma agulha de pressão estéril descartável presa a uma fita à prova d'água. Os pontos de acupuntura selecionados serão identificados e a pele nesses locais será desinfetada com bolas de algodão estéreis. Após o terapeuta desinfetar as mãos, ele fixa a pele dos acupontos selecionados com as mãos e, em seguida, insere a agulha intradérmica diretamente nos acupontos com uma pinça, tomando cuidado para evitar a vascularização superficial.

A inserção da agulha deve ser indolor e não deve interferir nas atividades do paciente. Os pacientes foram instruídos a estimular os pontos de acupuntura pressionando a fita 3 a 4 vezes ao dia por 1 minuto em cada ponto de acupuntura, dependendo da tolerância do paciente. Para os pacientes do grupo experimental,

após a desinfecção, as agulhas intradérmicas foram inseridas nos acupontos "Shenmen" (HT36) e "Sanyinjiao" (SP6) em ambos os lados; A agulha é substituída após 24 horas. O grupo de controle usou agulhas intradérmicas falsas com características de superfície semelhantes. Os pacientes receberam um tratamento de 3 dias (HE et al., 2020).

O estudo é experimental, assim, fica evidente a investigação da eficácia das agulhas intradérmicas como ferramenta terapêutica para melhorar a qualidade do sono em pacientes após histerectomia laparoscópica e os autores fornecem uma base para futuras pesquisas clínicas em larga escala (HE et al., 2020).

Lu et al. (2019) traz um estudo de intervenção para infecção de incisão após histerectomia abdominal total, com punção guiada por ultrassom B. Os 58 casos do grupo controle receberam ceftazidima e tinidazol como drogas terapêuticas por infusão intravenosa, uma vez ao dia por 5 dias consecutivos. Outros 58 pacientes no grupo de observação foram tratados com extração de efusão guiada por CSBX/T-900 B (Shenzhen Zhuomei Medical Technology Co., Ltd., Shenzhen, China) B- ultrassom da área infectada, a área infectada foi lavada com cloreto de sódio a 0,9% e tinidazol até que o derrame extraído fosse transparente e claro. 80.000 unidades de injeção de sulfato de tobramicina foram injetadas na área infectada e ceftazidima e tinidazol foram infundidos por via intravenosa por 5 dias.

A taxa de cura foi de 84,48% no grupo observação e 53,45% no grupo controle, sendo a diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa ($p < 0,05$). A taxa efetiva total foi de 98,28% no grupo de observação e 87,93% no grupo controle, e não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (LU et al., 2019).

Tendo em vista, que a dor pélvica crônica pode ser uma consequência da histerectomia, uma intervenção proposta por Donat et al. (2020) baseada em mindfulness (atenção plena) nas percepções de dor em pacientes com dor pélvica crônica foi introduzida por um fisioterapeuta durante uma consulta de fisioterapia do assoalho pélvico de rotina. Três exercícios de meditação pré-gravados projetados especificamente para o programa são usados para orientar a prática. As práticas incluem meditação em sedestação, varredura corporal e meditação compassiva. Essas meditações são projetadas para pacientes com dor pélvica crônica. Os pacientes também recebem "cartões de prática" semanais que contêm diretrizes de prática por escrito, educação sobre os efeitos do estresse na dor, exercícios diários,

citações motivacionais, ideias para uma prática de mindfulness de 1 minuto e um diário para registrar as tarefas de casa.

O programa de 8 semanas foi completado por dez pacientes (50%). Quatro pacientes retiraram-se da fisioterapia baseada em mindfulness, mas continuaram a receber os cuidados habituais para a dor pélvica. Seis pacientes abandonaram o programa e perderam o seguimento. No início, o escore médio de dor foi de 5,32 (intervalo de 0 a 9) para nível de dor moderada, 9,08 (intervalo de 7 a 10) para nível de dor máxima e 3,18 (intervalo de 0 a 8) para nível mínimo de dor. Os escores basais de dor não diferiram entre os que concluíram e os que não concluíram o estudo (pontuação $p > 0,21$). A pontuação média da escala de catastrofização da dor dos pacientes no início do estudo foi de 36,37 (intervalo 16-51). Um paciente teve uma pontuação de inscrição de 16 após pontuar acima do ponto de corte na inscrição (DONAT et al., 2019).

Os escores da escala de catastrofização da dor não diferiram entre aqueles que completaram e aqueles que não completaram no início do estudo ($t = -0,80$, $p = 0,44$). Os escores de dor iniciais e de acompanhamento em mulheres que completaram um programa de mindfulness foram comparados. Todos os escores de dor diminuíram; no entanto, isso não alcançou significância estatística. ANOVA de medidas repetidas mostrou que as mudanças nas pontuações da Escala de Catastrofização da Dor variaram por grupo ($F = 7,49$, $p = 0,029$). A catastrofização da dor diminuiu de 35,33 para 25,44 para as mulheres que completaram o programa e aumentou de 34,50 para 42,00 para as mulheres que desistiram (DONAT et al., 2019).

A intervenção utilizada no estudo de Saklecha et al. (2021), trata o assoalho pélvico pós – histerectomizado e hematométrico com exercícios terapêuticos como exercícios respiratórios para melhorar a capacidade pulmonar e prevenir complicações respiratórias. O paciente coloca uma mão no peito e a outra no abdome, e é instruído a inspirar profundamente pelo nariz e expirar lentamente pelos lábios, 10 repetições, 3 vezes ao dia.

A crioterapia é eficaz nos níveis de dor, é aplicada uma bolsa de gelo na parte inferior do abdômen por 5 a 8 minutos. A ponte pélvica é um exercício para fortalecer os músculos do assoalho pélvico (MAP's), com a paciente em pronação seus quadris são elevados, contraindo os músculos do assoalho pélvico, 10 a 15

repetições, por 5 segundos, ao longo do dia, descansando 30 a 60 segundos entre as séries (SAKLECHA et al., 2021).

Além disso, foi realizado exercício de Kegel com dorsiflexão do tornozelo auxiliando a fortalecer os músculos do assoalho pélvico e evitando problemas como incontinência urinária, a paciente fica em posição supina com tornozelo em dorsiflexão e contrai o músculo da pelve, enquanto tenta segurar a urina de 10 repetições em 5 a 10 segundos, 3 vezes ao dia. A técnica de Knack, também foi utilizada para ajudar a manter e apoiar o assoalho pélvico. Antes de levantar, sentar, espirrar, tossir e todos os movimentos, os músculos do assoalho pélvico são contraídos durante a micção, a paciente é instruída a segurar a urina em intervalos de 3 segundos, depois 2 segundos e depois 1 segundo (SAKLECHA et al., 2021).

Exercício Isométrico para reduzir a algia e aumentar a força da coluna lombar, a paciente posicionou-se com o rolo de toalha logo abaixo da lombar e pressionou a toalha para baixo em supino, e segurou por 5 segundos, em 10 repetições por 2 vezes ao dia. E fortalecimento dos músculos adutores do quadril, onde a paciente está de decúbito lateral, e é instruída a estender a perna do lado que ficou, sem mover o resto do corpo bilateralmente em 10 repetições com 2 segundos de espera. Foi instruída a deambular apenas nas superfícies planas, 6 minutos até 5 vezes ao dia. A paciente relatou uma redução nos sintomas do Questionário de Impacto do Assoalho Pélvico (PFIQ-7) após deixar a fisioterapia e foi capaz de retomar atividades que antes não tolerava devido a dor abdominal e incontinência (SAKLECHA et al., 2021).

A musicoterapia, também, pode ser um recurso utilizado na fisioterapia, o estudo de Casarin et al. (2021), utilizou a musicoterapia pra alívio da ansiedade em pacientes que seriam submetidas a histerectomia laparoscópica total. No dia da cirurgia, os pacientes participantes do grupo de música foram acompanhados por um musicoterapeuta desde a enfermaria até o centro cirúrgico para acompanhamento e ajuste da intervenção musicoterapêutica. Uma hora antes da anestesia, o paciente sentou-se na sala pré-operatória e recebeu uma intervenção de musicoterapia de 1 hora dividida em 3 etapas. A primeira fase foi uma intervenção musicoterapêutica ativa envolvendo improvisação musical.

A segunda fase é uma intervenção de musicoterapia receptiva, na qual o terapeuta toca música ao vivo para relaxar o paciente por meio de exercícios autógenos, técnicas de controle da respiração e exercícios diafragmáticos. Na etapa

final, o paciente ouve uma playlist pessoal de musicoterapia em um MP3 player dedicado, com fones de ouvido inseridos no conduto auditivo em um volume máximo de 60 dB (previamente ajustado com um medidor de nível de som). Após a anestesia, a musicoterapia foi administrada com fones de ouvido durante todo o procedimento até que o paciente acordasse, e então continuou por mais uma hora (CASARIN et al., 2021).

Antes da cirurgia, os pacientes do grupo de música apresentaram níveis significativamente mais baixos de ansiedade (mediana do STAI-Y 38,0 vs 41,0; $p = 0,002$) e uma menor prevalência de casos de ansiedade patológica (5, 16,7% vs 26, 37,1%; $p = 0,04$). Em cada ponto de tempo subsequente, os escores STAI-Y não diferiram significativamente por intervenção (31,0 vs 32,0; pós-operatório imediato $p = 0,19$, pós-operatório tardio 34,5 vs 31,0; $p = 0,68$) (CASARIN et al., 2021).

No entanto, houve uma diferença significativa entre o grupo de música e o grupo controle na proporção de mulheres com ansiedade patológica no pós-operatório imediato (0% vs. 12,9%; $p = 0,04$), enquanto não houve diferença significativa no imediato período pós-operatório tardio (6,6% vs 7,1%; $p = 0,93$). Três pacientes (10,0%) no grupo de música e 16 pacientes (22,2%) no grupo controle necessitaram de analgesia intravenosa pós-operatória adicional ($p = 0,13$). Todos os pacientes estavam totalmente móveis dentro de 24 horas de pós-operatório. A mediana de náusea pós-operatória não diferiu significativamente entre os grupos ($p = 0,33$), enquanto o vômito ocorreu em 2 (6,7%) e 7 (10,0%) mulheres nos grupos música e controle, respectivamente ($p = 0,59$) (CASARIN et al., 2021).

O exercício aeróbico é um recurso, que também, auxilia as mulheres em pós – histerectomia, Abdel-Hamid et al. (2019) estudou este recurso em sintomas de menopausa prematura após a histerectomia. Do grupo controle ou grupo A, como foi chamado, 20 pacientes submetidas à histerectomia total, receberam apenas terapia de reposição hormonal (estrogênio conjugado 2,5 mg e medroxiprogesterona 0,625 mg, uma vez ao dia).

Já o grupo de estudo ou grupo B, os 20 pacientes participaram de um programa de exercícios aeróbicos 3 vezes por semana, durante 12 semanas, em 3 meses na forma de caminhada em esteira e ciclismo. Duração: 45 minutos por sessão (5 minutos de aquecimento, 35 minutos de fase de condicionamento "20 minutos de caminhada em esteira e 15 minutos de bicicleta", 5 minutos de

relaxamento). Eles também receberam terapia de reposição hormonal (ABDEL – HAMID et al., 2019).

Antes do tratamento, não houve diferença significativa entre o valor da escala de Green modificada ($13,20 \pm 1,32$) do grupo (A) e o valor correspondente do grupo (B) ($12,65 \pm 1,47$), valor $Z = -0,653$, valor $p = 0,514$. Após o tratamento, (B) Comparado com o valor da escala de Green modificada ($8,60 \pm 1,27$) do grupo (B) e o valor correspondente do grupo (A) ($11,75 \pm 1,27$), a diminuição no grupo B foi maior do que no grupo A, e a diferença foi estatisticamente significativa (a diminuição no grupo B foi maior do que no grupo A). Valor $Z = -4,890$, valor $p = 0,001$ (ABDEL – HAMID et al., 2019).

A reflexologia foi um método terapêutico utilizado por Öztürk et al. (2018) para tratar a dor e os níveis de ansiedade pós – histerectomia abdominal. Na unidade de terapia intensiva, os pacientes recebem analgesia padrão com morfina intravenosa por meio de um dispositivo PCA padronizado. Os indivíduos dos grupos experimental e controle foram levados em horários diferentes para evitar interações entre eles. O grupo controle recebeu apenas tratamento analgésico após a operação, e o grupo experimental recebeu terapia de reflexologia podal por 20 minutos (10 minutos para cada pé) ao mesmo tempo que o tratamento analgésico.

Os pacientes preencheram questionários e escalas (Spielberg's State-Trait Anxiety Inventory (SAI). VAS Visual Analog Scale) e os colocaram em envelopes lacrados. A reflexologia foi realizada nos 3 primeiros dias de pós-operatório. Os níveis de dor e os níveis de ansiedade foram avaliados e os valores obtidos foram registrados na ficha de acompanhamento diário pós-operatório antes (0 minutos), imediatamente após (30 minutos) e meia hora após a reflexologia (60 minutos) (OZTURK et al., 2018).

Aos 30 min e 60 min (após a reflexologia) em cada um desses 3 dias, os escores médios de dor no grupo experimental foram estatisticamente menores do que os do grupo controle ($p < 0,05$). Além disso, a quantidade total de analgésicos no grupo controle foi significativamente maior do que no grupo experimental no primeiro dia ($U = 317.000$, $p = 0,032$), ($U = 294.500$, $p = 0,006$). Após 30 e 60 minutos de reflexologia, em cada um dos 3 dias, os escores médios de estado de ansiedade foram significativamente menores no grupo experimental em comparação com o grupo controle ($p < 0,05$) (OZTURK et al., 2018).

A fisioterapia pélvica no artigo de Hunt (2019) é usada como intervenção pós – histerectomia laparoscópica por suspeita de endometriose. Foi realizada a avaliação fisioterapêutica com Pelvic Floor Impact Questionnaire - 7 (PFIQ - 7) questionário sobre disfunções do assoalho pélvico, a postura e a marcha foram avaliadas, que não apresentou alterações.

Como a dor da paciente estava na região pélvica, incluindo a parte inferior do abdome e áreas vaginais foi realizado o Teste de Faber para avaliação do quadril e articulações sacroilíacas (SIJ) que é uma ferramenta recomendada para ajudar no diagnóstico de dor na cintura pélvica, também foi negativo. A avaliação do assoalho pélvico consistiu em quatro partes: inspeção visual do períneo, palpação muscular externa, palpação muscular interna e teste de força e tônus dos MAP. A paciente queixou -se de dor moderada à palpação dos MAP, principalmente na região bilateral do ânus elevador e lado esquerdo (HUNT, 2019).

A intervenção fisioterapêutica incluiu terapia manual, técnicas de relaxamento, terapia manual dos MAP em casa usando um dilatador vaginal médio e TheraWand. O TheraWand é usado a extremidade cônica do dispositivo para aplicar pressão na área dos músculos do assoalho pélvico que está dolorida ou tensa e mantém a pressão por 1 a 2 minutos. Cerca de 5 a 10 minutos de cada lado do assoalho pélvico. Após isso, o dilatador vaginal é usado no local por 30 minutos, deitada na cama com um travesseiro sob os joelhos. Além dessas técnicas um programa de caminhada é realizado (HUNT, 2019).

Após 10 sessões de fisioterapia pélvica, a paciente relatou que a ansiedade em relação à dor havia diminuído significativamente e que ela havia alcançado seus objetivos pessoais. Antes de iniciar a fisioterapia, a paciente relatou que sua dor era em média de 5 a 6/10 e frequentemente aumentava para 7 a 8/10 em uma escala de dor de 0 a 10, sendo 10 a pior. No momento de sua alta da fisioterapia, ela relatou que sua dor havia aumentado para não mais que 3-4/10, e isso só estava presente quando ela estava significativamente mais ativa do que o normal. Cinco meses após a alta, ela relatou melhora contínua, sentindo-se significativamente melhor do que antes de iniciar o PT pélvico (HUNT, 2019).

O artigo de Abu-Alnadi et al. (2021) relata sobre dor miofascial após histerectomia, a intervenção utilizada inclui a avaliação da marcha, da região lombar e do abdome do paciente e um exame genital estruturado. Avaliação com swab da vulva e vestibulo para identificar alodinia ou eritema. Um dedo (na maioria das vezes

o dedo indicador) é inserido na vagina e a paciente é solicitada a realizar exercícios de Kegel, permitindo avaliar sons de repouso, controle geral do paciente e a capacidade de contrair e relaxar os músculos distais ao elevador do ânus. Saber se há queixar de dor, se a dor é leve, moderada ou intensa e, a seguir, se a queixa principal de dor foi reproduzida.

Após o exame muscular por palpação, é realizada avaliação uretral, vesical, bimanual (e retovaginal ou espelho, se indicado). A dor miofascial foi diagnosticada como sensibilidade e sintomas recorrentes de dor em pelo menos 2 dos 6 músculos do assoalho pélvico (complexo elevador do ânus direito ou esquerdo, obturador interno). Após o uso de AINEs, as mulheres com dor miofascial tiveram maior probabilidade de usar opioides (29,5%) e apenas metade da probabilidade de tomar relaxantes musculares (12,1%) para controlar a dor pré-operatória (ABU-ALNADI et al., 2021).

Pacientes com dor miofascial tiveram três vezes mais chances de usar substâncias controladas, como opioides e benzodiazepínicos. Comparado com qualquer analgésico usado para controlar os sintomas de dor, a PFPT (Fisioterapia do assoalho pélvico) foi a intervenção pré-operatória menos comum, com apenas 7,7% dos pacientes com dor pélvica miofascial iniciando o PFPT antes da histerectomia. A dor pélvica miofascial foi diagnosticada em mais de 80% dos pacientes em uso de pelo menos 3 analgésicos no pré-operatório. O uso concomitante de várias medicações adjuvantes foi observado com menor frequência em outras comorbidades dolorosas (ABU-ALNADI et al., 2021).

Além disso, o escore médio de dor pós-operatória entre as semanas 3 e 6 foram maiores em pacientes com dor miofascial (3 vs 0). Um total de 37% das mulheres que sofrem de dor miofascial relataram pontuação 5 na escala de dor visual analógica durante a visita de rotina pós-operatória, em comparação com 1% das mulheres sem dor miofascial (ABU-ALNADI et al., 2021).

O estudo de Bidalci (2017), traz como método terapêutico a fita transobturatória com histerectomia laparoscópica vaginal, no estudo as pacientes foram divididas em dois grupos, aquelas que recusaram a histerectomia por vários motivos e foram submetidas apenas ao TOT, e aquelas que foram submetidas à histerectomia vaginal ou laparoscópica assistida por via vaginal (LAVH).

Todos os programas TOT (fita transobturatória) são executados outside - in (de fora para dentro). LAVH é realizada em salpingo-ooforectomias designadas. O

reparo de cistocele e retocele é realizado de acordo com as necessidades individuais do paciente. Todos os pacientes foram cateterizados durante a noite após a remoção da cirurgia na manhã seguinte (< 24 horas). Não houve queixa de retenção urinária. Não ocorreram complicações cirúrgicas importantes. A média de idade dos pacientes foi de 46,93±6,88 anos. Trinta e cinco pacientes foram submetidas a TOT com histerectomia (braço A) e 31 pacientes foram submetidas a TOT apenas (braço B) (BIDALCI, 2017).

Os resultados não encontraram nenhum benefício adicional da histerectomia e da colocação da fita transobturatória durante o tratamento da incontinência urinária. Os resultados não mostraram diferença significativa entre a colocação de TOT isoladamente e TOT combinada com histerectomia minimamente invasiva durante um período de acompanhamento de aproximadamente 18 meses (BIDALCI, 2017).

A partir dos estudos analisados tem-se que as intervenções fisioterapêuticas com recursos combinados ou isolados podem acarretar em resultados que podem gerar a melhora da qualidade de mulheres histerectomizadas.

5. CONCLUSÃO

A histerectomia é um procedimento cirúrgico que gera algumas consequências, tendo em vista, que consiste na retirada de um órgão, o útero. O tratamento fisioterapêutico com suas técnicas e recursos visa amenizar dores, diminuir linfedema, melhorar a força muscular dos músculos pélvicos, diminuir os riscos de infecção do trato urinário e melhorar a respiração, objetivando conforto e retorno as atividades de vida diária.

Descobriu-se que a recuperação pós-operatória depende do manejo ideal dos sintomas, como dor, náusea e paralisia intestinal e a ocorrência de complicações pós- cirúrgicas.

O artigo em questão traz recursos fisioterapêuticos utilizados por vários autores a fim de mostrar que a atuação da fisioterapia auxilia na recuperação pós – histerectomia, e visa fortalecer a musculatura do assoalho pélvico, tendo em vista o enfraquecimento deste após o procedimento citado.

Destaque para duas intervenções fisioterapêuticas que auxiliam no pós-operatório que demonstraram diminuir as dores, foi o tratamento alternativo proposto por Hendawy e Abuelnaga (2020) de eletroacupuntura auricular que através de

agulhas finas proporciona alívio da dor pós-operatória e, reduz a necessidade de morfina.

Além disso, os exercícios de Kegel combinado com autocateterismo intermitente limpo auxiliam na função da bexiga e reduz o risco de infecção do trato urinário, além de diminuir a sobrecarga autopercebida e apresentar melhor conforto. Ressalta-se ainda da importância da fisioterapia descongestiva complexa modificada que auxilia no tratamento de linfedema.

A dificuldade exposta neste estudo foi a quantidade de pesquisas a respeito do tema proposto neste trabalho, onde se nota a falta de mais artigos que abordem as intervenções fisioterapêuticas no pós – histerectomia e principalmente sobre o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (MAP's).

REFERÊNCIAS

- I. ABDEL-HAMID, H. A. H.; AWAD, M. A.; EL-REFAYE, G. E.; KAMEL, H. H. Effect of aerobic exercise on premature menopausal symptoms after hysterectomy. In: THE 20TH INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE FACULTY OF PHYSICAL THERAPY CAIRO, 2019, Cairo. **International Scientific Conference Faculty of Physical Therapy Cairo**. Cairo: Cu.Edu.Eg, p. 1-11, 2019.
- II. ABU-ALNADI, N.; FRAME B.; MOORE K. J.; CAREY E. T. Myofascial Pain in Hysterectomy Patients. **Journal Of Minimally Invasive Gynecology**, [S.L.], v. 28, n. 12, p. 2067-2072, dez. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2021.06.009>.
- III. ALVES, D. N.; SILVA, R. L.; CARDOSO, A. P.; OLIVEIRA, L. V. F. Reeducação uroginecológica no pós-operatório: normalização das funções viscerais e prevenção das complicações. **XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba**, Paraíba, v. 1, n. 1, p. 1995-1998, jan. 2007.
- IV. ARAÚJO, Thália V. Barreto de; AQUINO, Estela M. L. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 407-417, 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2003000800022>.
- V. AZEVEDO, B. Z. K.; SANTOS, G. G.; RUZON, U. G.; AZEVEDO, E. M. M. de et al. Avaliação das Histerectomias Abdominais e Vaginais e a Necessidade do Uso de Sangue Alogênico e suas alternativas. Eaic: **XIX Encontro Anual de Iniciação Científica**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 1-4, 30 out. 2010.
- VI. BILDACđ, Tevfik Berk. Does minimally invasive hysterectomy add benefit for patients undergoing transobturator tape procedure? **Yeni Üroloji Dergisi: The New Journal of Urology**. İstanbul, p. 19-22. jan. 2017.
- VII. BIOÉTICA, Instituto; PITHAN, Lívia Haygert; OLIVEIRA, Alice Pacheco. Ética e Integridade na pesquisa: o plágio nas publicações científicas. **Revista da Amrigs**, Porto Alegre, v. 57, n. 3, p. 240-245, jul.2013.

- VIII. BRANDSBORG B, NIKOLAJSEN L. Chronic pain after hysterectomy. **Curr Opin Anaesthesiol**, v. 31, n. 3, p. 268-273, jun. 2018. doi: 10.1097/ACO.0000000000000586. PMID: 29474214.
- IX. BRIZOLA, Jairo; FANTIN, Nádia. **Revisão da literatura e revisão sistemática da literatura**. Revista de educação do Vale do Arinos. Juara - MT, v. 3, n. 2, p. 23-39, jul./dez. 2016.
- x. CARVALHO, L. O. R.; DUARTE, F. R.; MENEZES, A. H. N.; SOUZA, T. E. S. **Metodologia científica: teoria e aplicação na educação a distância**. UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO. 83 p. Petrolina-PE. 2019.
- XI. CARVALHO, Luiza Procópio de. **Importância da adesão das mulheres ao exame de papanicolau para a prevenção ao câncer cérvico - úterino**. 2014. 25 f. Monografia (Especialização) - Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2014.
- XII. CASARIN, J.; CROMI, A.; SGOBBI, B.; SIENA, A. D.; SERATI, M.; BOLIS, M. E.; GHEZZI, F. Music Therapy for Preoperative Anxiety Reduction in Women Undergoing Total Laparoscopic Hysterectomy: a randomized controlled trial. **Journal Of Minimally Invasive Gynecology**, [S.L.], v. 28, n. 9, p. 1618-1624, set. 2021. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2021.02.002>.
- XIII. COSTA, Joana Raquel Correia Carvalho da. **Tipos e vias de abordagem cirúrgica da histerectomia e sua relação com lesão do sistema urinário**. Fmup: FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DO PORTO, Portugal, v. 1, n. 1, p. 1-45, 23 mar. 2016.
- XIV. DAVIS, K.; KUMAR, D.; STANTON, S. L. **Pelvic floor dysfunction: the need for a multidisciplinary team approach**. J Pelvic Med Surg 2003; 9: 23-36.
- XV. DONAT, L. E. C.; REYNOLDS, J.; BUBLITZ, M. H.; FLYNN, E.; FRIEDMAN, L.; FOX, S. D. The effects of a brief mindfulness-based intervention on pain perceptions in patients with chronic pelvic pain: a case series. **Case Reports In Women'S Health**, [S.L.], v. 33, n. 1, p. 380-383, jan. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.crwh.2021.e00380>.
- XVI. DRAKE, R. L.; VOGL, A. W.; MITCHELL, A. W. M. Pelvis and Perineum. In: DRAKE, R. L.; VOGL, A. W.; MITCHELL, A. W. M. **Gray's Anatomy: for students**. 4. ed. Philadelphia, Pa: Elsevier, 2020. Cap. 5. p. 415-524

- XVII. **Fisioterapia Uroginecológica:** Incontinência urinária e Prolapso. O COFFITO. 2002; 14: 28-32.
- XVIII. FRAWLEY, H. C.; PHILLIPS, B. A.; BO, K.; GALEA, M. P. Physiotherapy as an adjunct to prolapse surgery: an assessor-blinded randomized controlled trial. **Neuourol Urodyn**, [S.L.], v. 29 n.5, p. 719-725, jun. 2010. doi: 10.1002/nau.20828. PMID: 19816918.
- XIX. GOMES, Ivone Martins; ROMANEK, Flávia Alves Ribeiro Monclús. Enfermagem perioperatória: cuidados à mulher submetida à histerectomia: Perioperative nursing: care to women subjected to hysterectomy. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 3, n. 8, p. 18–24, 2013. DOI: 10.24276/rrecien2021.3.8.18-24. Disponível em: <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/53>. Acesso em: 19 out. 2022.
- XX. HADDAD, Jorge Milhem; AMARO, João Luiz; RIBEIRO, Ricardo Muniz. **Reabilitação do Assoalho Pélvico:** nas disfunções urinárias e anorretais. São Paulo: Segmento Farma, 2012. 331 p.
- XXI. HE, G. L.; GONG, X. Z.; HE, J. L.; YANG, Q.; MAI, J. Y.; WU, S. N.; GUO, Q. H. Evaluation of the efficacy and safety of intradermal needle therapy on the sleep quality of patients following laparoscopic hysterectomy: study protocol for a randomized controlled trial. **Ann Transl Med**. 2022 Jul;10(14):808. doi: 10.21037/atm-22-2980. PMID: 35965821; PMCID: PMC9372680.
- XXII. HENDAWY, H.A., ABUELNAGA, M.E. Postoperative analgesic efficacy of ear acupuncture in patients undergoing abdominal hysterectomy: a randomized controlled trial. **BMC Anesthesiol**, 279(20). 2020. <https://doi.org/10.1186/s12871-020-01187-4>.
- XXIII. HUNT, Jennifer B. Pelvic Physical Therapy for Chronic Pain and Dysfunction Following Laparoscopic Excision of Endometriosis: case report. **The Internet Journal Of Allied Health Sciences And Practice**. Atlanta, Georgia, p. 1-10. jan. 2019.
- XXIV. KARAMAN, S.; KARAMAN, T.; DEVECI, H.; OZSOY, A. Z.; DELIBAS, I. B. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on quality of recovery and pain after abdominal hysterectomy. **J Anaesthesiol Clin Pharmacol**. v. 37, p. 85-89, 2021.

- XXV. LEFEBVRE, G.; ALLAIRE, C.; JEFFREY, J.; VILOS, G. No. 109-Hysterectomy. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Canada, v. 40, n. 7, p. 567–579, 2018. doi:10.1016/j.jogc.2018.04.031.
- XXVI. LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; NASCIMENTO, L. G. D.; MENDONÇA, M. R. F.; GUEDES, N. S. A.; TRISTÃO, K. M. Mulheres submetidas à coleta de Papanicolau: perfil socioeconômico e reprodutivo. **Rev. Bras. de Pesquisa em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 57-62, 2010.
- XXVII. LU, Y.; JING, J. N.; MA, R.; WANG, J.; ZHANG, Y. Y. Therapy of B-ultrasound-guided puncture for incision infection after total abdominal hysterectomy. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**. v. 23, n. 3, p. 104-109, 2019. doi: 10.26355/eurrev_201908_18636. PMID: 31389581.
- XXVIII. MARQUES, João Paulo; MOTA, Fernando. Cirurgia uterina por via abdominal. In: OLIVEIRA, Carlos Freire de. **Manual de ginecologia**. 2. ed. Lisboa: Permanyer Portugal, 2010. Cap. 47. p. 447-476.
- XXIX. MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R.. Pelvis and Perineum. In: MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M. R.. **Clinically Oriented Anatomy**. 7. ed. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 2014. Cap. 3. p. 326-416.
- XXX. MOURA, Daniel Machado. **Sistema Reprodutor Feminino**. Site: MedPri, 1ª edição. 2018. Disponível em: <<https://medpri.me/upload/texto/texto-aula-976.html>>. Acesso em: out. 2022.
- XXXI. MURTA, E. F. C.; REIS, J. D.; ABRÃO, J. M.; MIZIARA, J. M. **Histerectomias: estudo retrospectivo de 554 casos**. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Triângulo Mineiro, v. 27, n. 5, p. 307-311, out. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-69912000000500004>.
- XXXII. NETTER, Frank H.. **Atlas de Anatomia Humana**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. Disponível em: <<https://www.auladeanatomia.com/sistemas/419/utero.>>> Acesso em: out. 2022.
- XXXIII. NYHUS, M. O.; MATHEW, S.; SALVESEN, O.; SALVESEN, H. A.; STAFNE, S.; VOLLOYHAUG, I. Effect of preoperative pelvic floor muscle training on pelvic floor muscle contraction and symptomatic and anatomical pelvic organ

- prolapse after surgery: randomized controlled trial. **Ultrasound In Obstetrics & Gynecology**, [S.L.], v. 56, n. 1, p. 28-36, 9 jun. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/uog.22007>.
- XXXIV. OLIVEIRA, Ana Maria Cooper de; RODRIGUES, Jeronice Souza. **Atuação da fisioterapia na prevenção do prolapso de órgão pélvico: cinesioterapia**. Amazonlivejournal. v. 3, n.3, p. 1-15, 08 jun. 2021.
- XXXV. OZTURK, R.; SEVIL, U.; SARGIN, A.; YUCEBILGIN, M. S. The effects of reflexology on anxiety and pain in patients after abdominal hysterectomy: a randomised controlled trial. **Complementary Therapies In Medicine**, [S.L.], v. 36, p. 107-112, fev. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2017.12.005>.
- XXXVI. PEREIRA, Polyana Gonçalves. **Atuação da fisioterapia nas complicações decorrentes do tratamento do câncer de colo do útero: uma revisão**. Monografia (Graduação), Faculdade de Fisioterapia, Universidade de Rio Verde – UniRV. 55f. 2020.
- XXXVII. PERSSON, P., BRYNHILDSEN, J., KJOLHEDE, P. (2010). Short-term recovery after subtotal and total abdominal hysterectomy-a randomised clinical trial. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, 117(4), 469–478. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02468.x
- XXXVIII. PITHAN, Lívia Haygert; VIDAL, Tatiane Regina Amando. O plágio acadêmico como um problema ético, jurídico e pedagógico. **Direito & justiça**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 77-82, jan. 2013.
- XXXIX. PIVETTA, H. M. F.; BRAZ, M. M.; REAL, A. A.; NASCIMENTO, J. R.; CABELEIRA, M. E. P.; VEYE, A. P. Z. **Disfunções do assoalho pélvico em pacientes submetidas à histerectomia: um estudo de revisão**. Cinergis, Santa Maria, v. 15, n. 1, p. 1-5, mar. 2014.
- XL. POGODA, K. A.; MALINOWSKI, A.; BACZMANSKA, D. M.; WOSIAK, A. The analysis of vaginal hysterectomy results depending on the uterine size. **Ginekol Pol.** v. 92, n. 5, p. 339-343, 2019. doi: 10.5603/GP.a2021.0021. Epub 2021 Apr 12. PMID: 33844245.
- XLI. RANNESTAD, T. **Histerectomia: efeitos na qualidade de vida e aspectos psicológicos**. Melhor Prática e Pesquisa Clínica Obstetrícia e Ginecologia, v. 19, n. 3, p. 419–430, 2005. doi:10.1016/j.bpobgyn.2005.01.007.

- XLII. ROCHA, Luis Carlos de Almeida; FRAGA, Rogério de. Anatomia do assoalho pélvico. In: HADDAD, Jorge Milhem; AMARO, João Luiz; RIBEIRO, Ricardo Muniz (ed.). **Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções urinárias e anorretais**. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2012. Cap. 1. p. 1-331.
- XLIII. SAKLECHA, A. V.; FATING, T. B.; DESHPANDE, S.; PHANSOPKAR, P.; NAQVI, W. M.; WADHOKAR, O. C.; KULKARNI, C. Effectiveness of pelvic floor exercises after subtotal hysterectomy and haematometra in a 39-year-old female with urinary incontinence: a case study. **Journal Of Medical Pharmaceutical And Allied Sciences**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 2749-2752, 15 jul. 2021. . <http://dx.doi.org/10.22270/jmpas.v10i3.1081>.
- XLIV. SALLES, C. D. R.; GUIMARÃES, A. D.; ALMEIDA, B. B.; LIMA, F. V.; CARNEIRO, L. C.; CARVALHO, C. Análise observacional das vias de abordagem cirúrgicas utilizadas na histerectomia. In: CONGRESSO ESTADUAL DAS LIGAS DE CIRURGIA, 2., 2019, Rio de Janeiro. **Anais do Congresso**. Rio de Janeiro: Cbc - Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2019. p. 34-35.
- XLV. SILVA, Carolina de Mendonça Coutinho e; SANTOS, Inês Maria Meneses dos; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 76-82, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452010000100012>.
- XLVI. SILVA, P. L. N.; OLIVEIRA, R. S.; ROCHA, R. G.; VERSIANI, C. M. C.; VHAGAS, R. B.; MAJUSTE, R. **Perfil das mulheres histerectomizadas: uma revisão bibliográfica**. *Efdeportes.Com*, Buenos Aires, v. 19, n. 191, p. 1-1, abr. 2014.
- XLVII. SOUSA, L. P.; GONÇALVES, M. J.; VALLE, F.; GEBER, S. **Histerectomia total e subtotal: há diferença quanto ao impacto na sexualidade?**. *Reprodução & Climatério*, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 117-121, set. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2014.05.001>.
- XLVIII. THURSTON, J. MURJI, A.; SCATTOLON, S.; WOLFMAN, W.; KIVES, S.; SANDERS, A.; LEYLAND, N. No. 377-Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 41, n. 4, p. 543–557, 2019. doi:10.1016/j.jogc.2018.12.006.

- XLIX. WANG, X.; DING, Y.; CAI, H. Y.; YOU, J.; FAN, F. Q.; CAI, Z. F.; AN, P. Effectiveness of modified complex decongestive physiotherapy for preventing lower extremity lymphedema after radical surgery for cervical cancer: a randomized controlled trial. **Int J Gynecol Cancer**. V. 30, n. 6, p. 757-763, jun. 2020. doi: 10.1136/ijgc-2019-000911. Epub 2020 Feb 26. PMID: 32107315.
- L. ZONG, J.; YOU, M.; LI, C. Effect of Kegel Pelvic Floor Muscle Exercise Combined with Clean Intermittent Self-catheterization on urinary retention after radical hysterectomy for cervical cancer. **Pak J Med Sci**. v. 38, n. 3, p. 462-468, 2022. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.38.3.4495>