

Perfil dos Pacientes, Técnicas e Recursos Fisioterapêuticos aplicados no Pré e Pós-operatório de Uroginecologia em Hospital Universitário

Characterization of the physiotherapeutic profile of patients treated before and after urogynecological conditions: retrospective analysis

Leticia Aldigueri da Silva¹, Sônia Maria Fabris²

Resumo

Objetivo: Identificar o perfil dos pacientes, técnicas e recursos fisioterapêuticos aplicados no pré e pós-operatório de uroginecologia em hospital universitário. **Material e Método:** Estudo transversal e retrospectivo por análise de prontuário, de pacientes atendidos pela fisioterapia uroginecológica sob internação hospitalar, em hospital universitário. A amostra foi de 227 pacientes (54,7 ± 16,5 anos; 57,3% feminino; 53% residentes em Londrina). Foram coletados dados relativos à identificação do paciente, gênero, faixa etária, procedência, diagnóstico médico e cinético funcional, procedimento cirúrgico, tipo de anestesia, via de acesso cirúrgico, tempo de internação, complicações pós-operatórias, sessões de fisioterapia, técnicas e recursos fisioterapêuticos, orientações e encaminhamento após alta hospitalar. A análise estatística foi descritiva por meio de distribuição de frequência e proporção. **Resultados:** O diagnóstico médico de maior prevalência foi o mioma uterino (17,8%), sendo a colocação de cateter duplo J (17,6%); videolaparoscopia (49%), a raquianestesia (57%), os procedimentos mais relatados. Com relação à fisioterapia, 59% dos indivíduos receberam atendimento fisioterapêutico, uma vez/dia (95,6%), média de 5,4 sessões de fisioterapia/internação. Cerca de 84,5% dos pacientes não apresentaram complicações. As principais técnicas respiratórias e motoras foram, a reeducação diafragmática (90,0%) e as reexpansivas (93,3%), os exercícios circulatórios (97%) e a cinesioterapia (96%) respectivamente, sem o uso de recursos materiais na terapia (57,4%). **Conclusão:** Essa pesquisa evidenciou dados relevantes que poderão auxiliar o profissional fisioterapeuta, o corpo docente e discente do curso de fisioterapia que atuam no HU/UEL, no desenvolvimento de melhorias nesta área, contribuindo para adequações e aprimoramento no registro em prontuários e no tratamento fisioterapêutico destes pacientes.

Palavras chave: Fisioterapia. Hospitalar. Urologia. Ginecologia.

Abstract

Objective: To identify the profile of patients, techniques and physiotherapeutic resources applied in the pre and postoperative period of urogynecology in a university hospital. **Material and Method:** Cross-sectional and retrospective study by medical chart analysis of patients treated by urogynecologic physiotherapy under hospital admission, in a university hospital. The sample consisted of 227 patients (54.7 ± 16.5 years, 57.3% female, 53% resident in Londrina). Data on patient identification, gender,

¹ Graduanda do curso de Fisioterapia pela Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: leticia_aldigueri@hotmail.com

² Doutorado em Ciências (Gastroenterologia) pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Docente do Departamento de Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

age, origin, medical and functional kinetic diagnosis, surgical procedure, type of anesthesia, surgical access route, length of hospital stay, postoperative complications, physical therapy sessions, techniques and resources were collected. physiotherapy, guidelines and referral after discharge. Statistical analysis was descriptive through frequency distribution and proportion. **Results:** The most prevalent medical diagnosis was uterine myoma (17.8%), with a double J catheter placement (17.6%); videolaparoscopy (49%), spinal anesthesia (57%), the most reported procedures. Regarding physiotherapy, 59% of the patients received physiotherapeutic care once a day (95.6%), an average of 5.4 physiotherapy / hospitalization sessions. About 84.5% of the patients had no complications. The main respiratory and motor techniques were re-education (90.0%) and reexpansive (93.3%), circulatory exercises (97%) and kinesiotherapy (96%) respectively, without the use of material resources in the therapy (57.4%). **Conclusion:** This research evidenced relevant data that could help the professional physiotherapist, the faculty and students of the physiotherapy course that work in the HU / UEL, in the development of improvements in this area, contributing to adjustments and improvement in the registry in medical records and in the physiotherapeutic treatment of these patients.

Key words: Physiotherapy. Hospital. Urology. Gynecology.

Introdução

Os procedimentos cirúrgicos podem provocar alterações estruturais e funcionais no organismo do indivíduo. A adequada preparação do paciente para a cirurgia é fundamental para o sucesso do procedimento cirúrgico, que exige uma série de medidas gerais e específicas, que tem por objetivo facilitar a execução do ato operatório, evitar complicações decorrentes do mesmo e trazer benefícios à qualidade de vida.^(1,2)

Todo procedimento cirúrgico, independente da técnica e da evolução pós-operatória, pode acarretar complicações⁽¹⁾. É nesse período que ocorrem alterações fisiopatológicas, que favorecem o surgimento de complicações, cujo grau de importância depende, em geral, de fatores como tipo e duração da anestesia, uso de drogas, do porte, da via de acesso e o tempo de duração do procedimento cirúrgico. Fatores de risco clínicos inerentes a cada indivíduo, como idade, obesidade, tabagismo, doenças pulmonares prévias e doenças clínicas associadas à doença cirúrgica de base devem ser considerados.⁽³⁾

As complicações respiratórias, são as mais frequentes e as que acarretam maior morbidade e mortalidade. Dentre estas destacam-se a pneumonia, a embolia pulmonar que é muito frequente no pós-operatório de indivíduos idosos, em indivíduos submetidos a cirurgias pélvicas e aqueles que permanecem imobilizados por longos períodos.⁽¹⁾

A uroginecologia é uma especialidade que se refere aos distúrbios e intervenções cirúrgicas nas áreas de urologia e ginecologia, que podem causar impactos sobre as estruturas adjacentes e trazer prejuízos à anatomia funcional do assoalho pélvico. O aparelho genital e urinário está intimamente associado desde a fase embrionária, tendo ambos um papel importante na função e sustentação do assoalho pélvico.⁽⁴⁾

A cirurgia uroginecológica pode compreender as cirurgias renais, do ureter, de bexiga, de próstata, uretra, além de doenças do sistema reprodutor. As cirurgias mais comuns são a nefrectomia (retirada do rim); pielolitomia (retirada de cálculos pélvicos); prostatectomia (remoção cirúrgica da próstata), hysterectomia (remoção cirúrgica do útero); salpingectomia (remoção cirúrgica das tubas uterinas); ooforectomia (remoção cirúrgica dos ovários); colpoperineoplastia (reparo da parede vaginal); miomectomia (retirada de miomas uterinos) e cirurgias para correção da incontinência urinária de esforço (IUE).⁽⁵⁾

Atualmente os cuidados hospitalares para prevenção de complicações respiratórias, circulatórias, musculoesqueléticas e cutâneas estão bem estabelecidos na literatura e na prática clínica, e, a fisioterapia vem demonstrando uma atuação considerável em várias dessas complicações, sendo de suma importância nos serviços de cirurgia.^(6,7)

A fisioterapia em uroginecologia hospitalar é uma especialidade relativamente nova, que atua no pré e pós-operatório de cirurgias urológica e ginecológica e que tem desenvolvido um papel de grande relevância para a saúde, pois é um serviço diferenciado e especializado, nas diferentes disfunções do sistema genital e urinário, tanto feminino quanto masculino.^(4,6)

Entretanto para que um serviço de fisioterapia possa oferecer um tratamento adequado e de qualidade aos pacientes cirúrgicos, se faz necessário, conhecer o perfil dos pacientes atendidos, juntamente com as técnicas e recursos materiais mais utilizados. Até o momento pouquíssimos trabalhos abordam o tema, principalmente no período de internação hospitalar.

Diante disso, o presente estudo teve por objetivo identificar o perfil dos pacientes, técnicas e recursos fisioterapêuticos, aplicados no pré e pós-operatório de Uroginecologia, em um hospital universitário.

Material e Método

Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo, por análise de prontuário, de pacientes atendidos pelo setor de fisioterapia uroginecológica do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Paraná, no período de janeiro a dezembro de 2016. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, UEL-PR, sob parecer n° 2.243.547, em atendimento à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi realizada no Serviço de Apoio Médico Estatístico (SAME). Foram incluídos e analisados todos os prontuários de pacientes adultos, atendidos pelo serviço de fisioterapia no pré e/ou pós-operatório de condições uroginecológicas, independente de gênero, idade ou doença genitourinária, no período estabelecido. Foram excluídos todos os prontuários de pacientes não cirúrgicos, de outras clínicas, os pediátricos e os que não foram acompanhados pelo serviço de fisioterapia uroginecológica.

Foram coletadas informações relativas à: identificação do paciente, gênero, faixa etária, procedência, diagnóstico médico e cinético funcional, procedimento cirúrgico, tipo de anestesia, via de acesso da cirurgia, tempo de internação, complicações pós-operatórias, número de sessões de fisioterapia, técnicas e recursos fisioterapêuticos utilizados, além de dados a respeito de orientações na alta hospitalar e encaminhamento para fisioterapia pós alta hospitalar.

A análise estatística foi descritiva por meio de distribuição de frequência e proporção, sendo utilizado o teste de igualdade de duas proporções para avaliar a distribuição relativa das variáveis: gênero, diagnóstico médico e cinético funcional, procedimento cirúrgico, via de acesso da cirurgia, tipo de anestesia, setor de atendimento, complicações pós-operatórias, técnicas e recursos fisioterapêuticos utilizados, orientações na alta hospitalar e encaminhamento para fisioterapia após a alta. Para a verificação da normalidade da amostra utilizou-se o teste *Shapiro-Wilk* ($p \leq 0,0001$). Também foram construídas médias e desvio padrão para as variáveis: idade, tempo de internação e número de sessões de fisioterapia. Os dados coletados foram armazenados no programa Excel® (2013) e, posteriormente, analisados por meio do software SPSS® 22.

Resultados

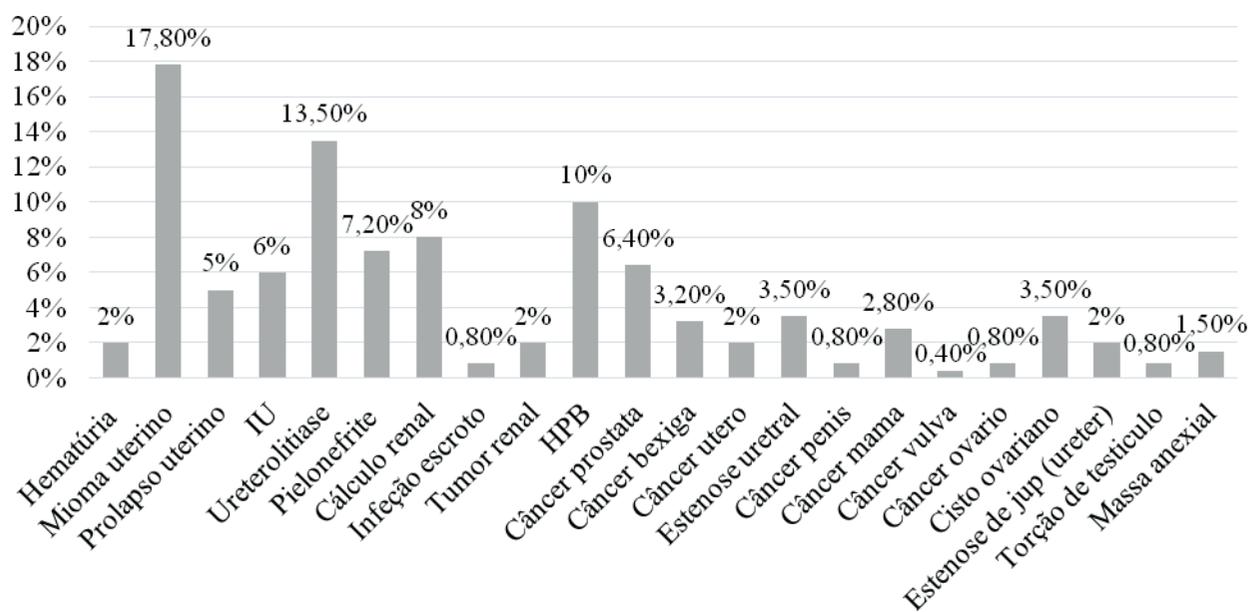
Foram analisados 272 prontuários, sendo que destes, 45 prontuários foram excluídos, em função de dados incompletos nos prontuários ou por não contemplarem os critérios de inclusão. A amostra final foi composta de 227 pacientes. A idade média dos pacientes observada nos prontuários foi de $54,76 \pm 16,59$ anos, sendo que 66 (29,1%) pacientes tinham idade entre 17 a 45 anos, 97 (42,7%) entre 46 a 65 anos e 64 (28,2%) entre 66 a 96 anos. A idade mínima encontrada foi de 17 anos e a máxima de 96 anos (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização dos pacientes e setores de atendimento em 2016.

VARIÁVEIS	N	Frequência (%)
Sexo		
Feminino	130	57,3
Masculino	97	42,7
Procedência		
Londrina	118	52
Outra cidade	109	48
Idade		
17-45	66	29,1
46-65	97	42,7
66-96	64	28,2
Sector de atendimento		
Tisiologia	9	4
Unidade Feminina	139	61,2
Unidade Masculina	75	33
Outras	4	1,7
	227	100

Fonte: própria

O gráfico 1 demonstra os diagnósticos médicos e seus respectivos percentuais encontrados nesses pacientes. Observa-se que houve um predomínio de mioma uterino diagnosticado em 45 pacientes (17,8%), seguido por ureterolitíase em 34 pacientes (13,5%) e HPB (hiperplasia prostática benigna) em 25 pacientes (10%).

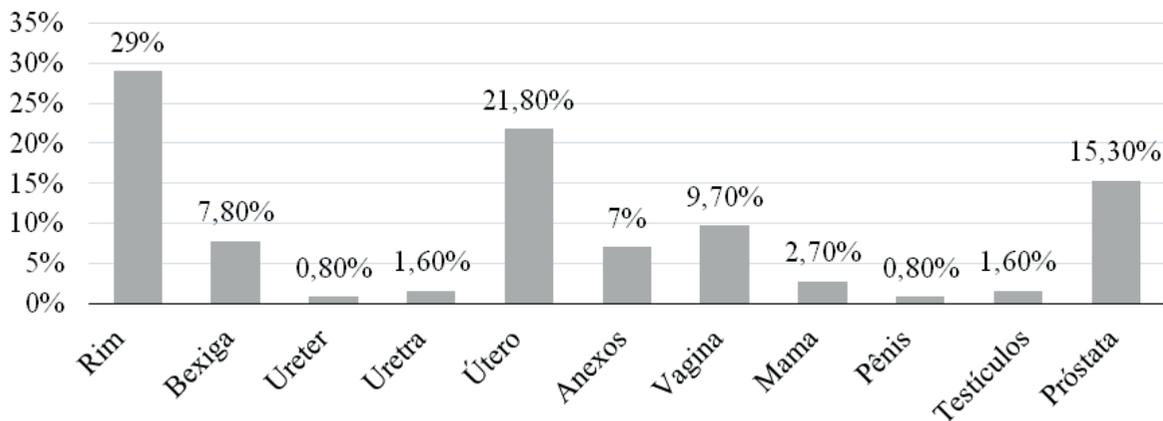
Gráfico 1 - Diagnóstico médico dos pacientes internados no HU-Uel no ano de 2016.

Fonte: autores

O gráfico 2 evidencia os órgãos mais acometidos pelas condições uroginecológicas. Destaca-se o rim como o órgão com maior número de intervenção cirúrgica (29%). Em 75 pacientes foi realizada alguma cirurgia renal, dentre elas, destaca-se a colocação do cateter duplo J (17,6%), seguido da nefrectomia (4,3%), nefrolitotomia (3,1%), pielolitotomia (1,6%), pieloplastia (1,6%), nefrostomia (0,4%) e litotripsia (0,4%). O segundo órgão que mais necessitou de intervenção cirúrgica foi o útero (21,8%), sendo a histerectomia (20,2%) realizada em 52 pacientes, seguida pela miomectomia (1,2%) e histeroscopia (0,4%). A próstata foi outro órgão com um alto número de cirurgias, um total de 39 (15,3%), sendo a prostatectomia (10,2%) a principal cirurgia realizada, seguida pela

ressecção endoscópica da próstata (5,1%). Também foram realizados procedimentos por via vaginal (9,7%), para tratamento de incontinência urinária, vulvectomia, colpoperineoplastia e colpocleise. A mastectomia e a biópsia de mama, foram realizadas em cerca de (7%) dos procedimentos cirúrgicos realizados na mama. As intervenções cirúrgicas no pênis (0,8%), englobaram a amputação do órgão e os testículos (orquiectomia). No ureter a ureterolitotomia (2%), na uretra (4%), como a uretrotomia e uretroplastia. Verificou-se também que nos anexos embrionários foi cerca de (7%), como a ooforectomia e salpingectomia. A laparotomia exploratória, no período avaliado foi executada em 7% dos pacientes.

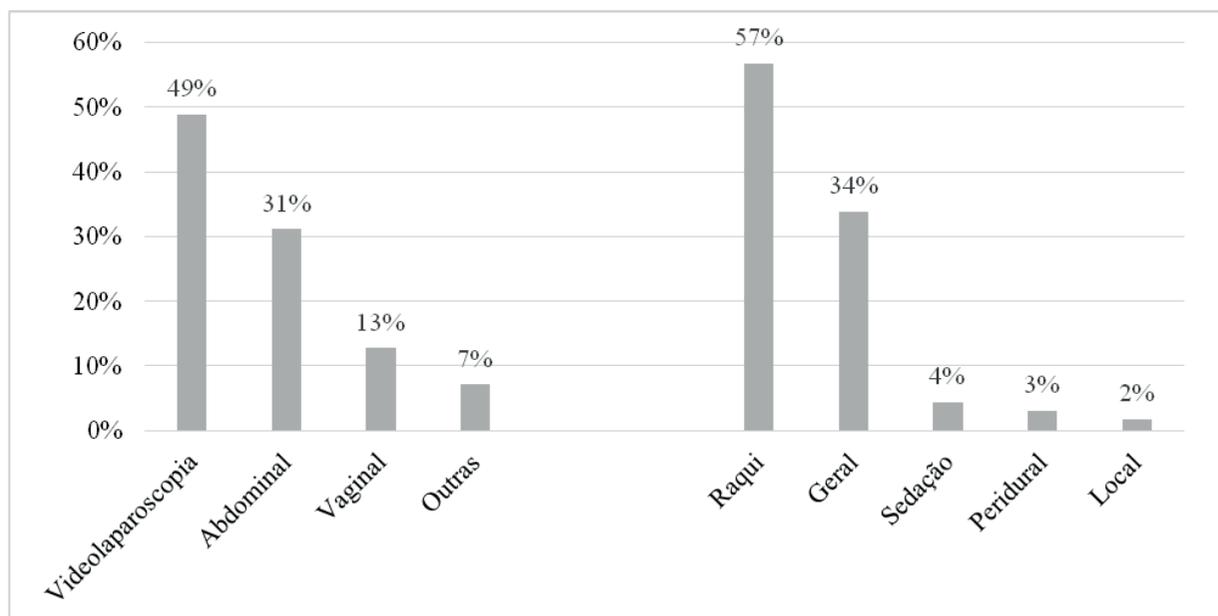
Gráfico 2 – Órgãos em que foram realizados procedimentos cirúrgicos nos pacientes durante o período de internação no ano de 2016.



Fonte: própria

O gráfico 3 apresenta as vias de acesso utilizadas nos atos cirúrgicos e os tipos de anestésias que foram aplicadas. Verifica-se um predomínio de

cirurgias realizadas por videolaparoscopia (49%), seguida das cirurgias por via abdominal (31%) e vaginal (13%).

Gráfico 3 - Vias de acesso e tipos de anestésias das cirurgias uroginecológicas

Fonte: própria

Dentre as complicações apresentadas destacam-se as respiratórias, infecção do trato urinário, circulatórias, infecção de sítio cirúrgico e até

complicações mais graves, como choque séptico e óbito (tabela 2).

Tabela 2 - Complicações pós-operatórias

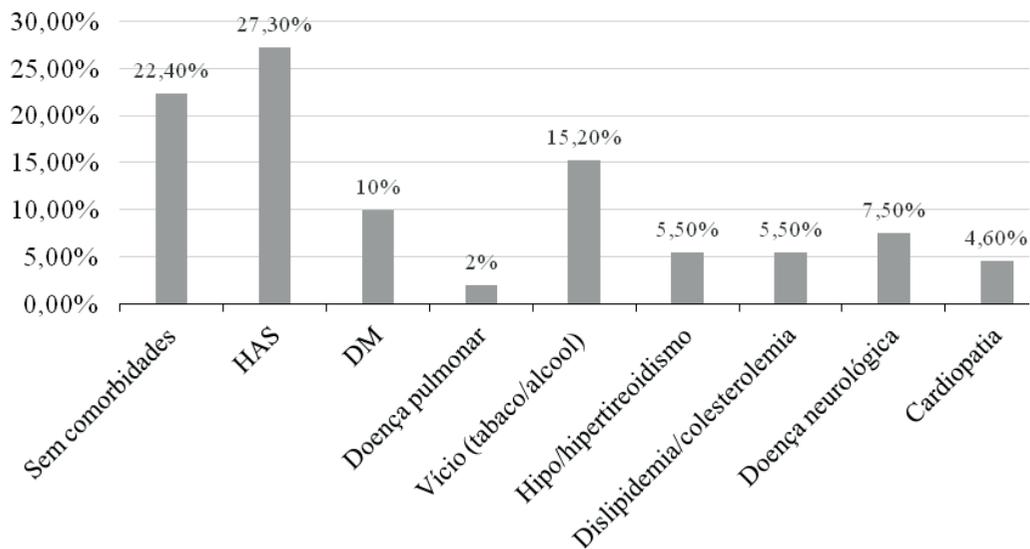
Complicações pós-operatórias	N	%
Sem complicações	200	84,5
Respiratórias	9	3,8
Choque séptico	5	2
Óbito	7	3
Circulatórias	4	1,7
Infecção sítio cirúrgico	3	1,2
Infecção urinária	9	3,8

Fonte: própria

O tempo médio de internação hospitalar registrado por este estudo ficou em torno de 6,86 dias. O número médio de sessões de Fisioterapia recebidas ficou em 5,4 sessões/internação. Sendo que em 217 (95,6%) dos prontuários analisados, os pacientes receberam um (1) atendimento ao dia e 4,4% dois atendimentos diários.

Com relação as comorbidades dos pacientes, verificou-se que 22,4% não apresentavam comorbidades (gráfico 4). O alcoolismo e o tabagismo estiveram presentes em 15,2% dos prontuários analisados.

Gráfico 4 - Comorbidades apresentadas pelos pacientes.

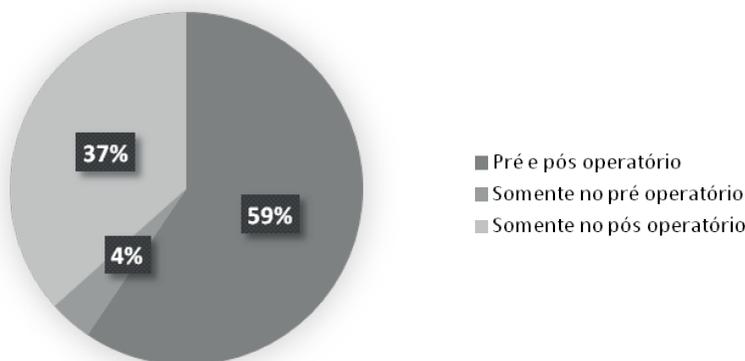


Fonte: própria

Com relação ao diagnóstico cinético funcional, verificou-se que estavam descritos, somente em 17% dos prontuários e em apenas 52% dos prontuários, os objetivos fisioterapêuticos haviam sido estabelecidos.

O gráfico 5 traz informações quanto a realização da fisioterapia no período cirúrgico e revela o percentual em que os pacientes foram atendidos, tanto no pré quanto no pós-operatório.

Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes atendidos no pré e pós-operatório.



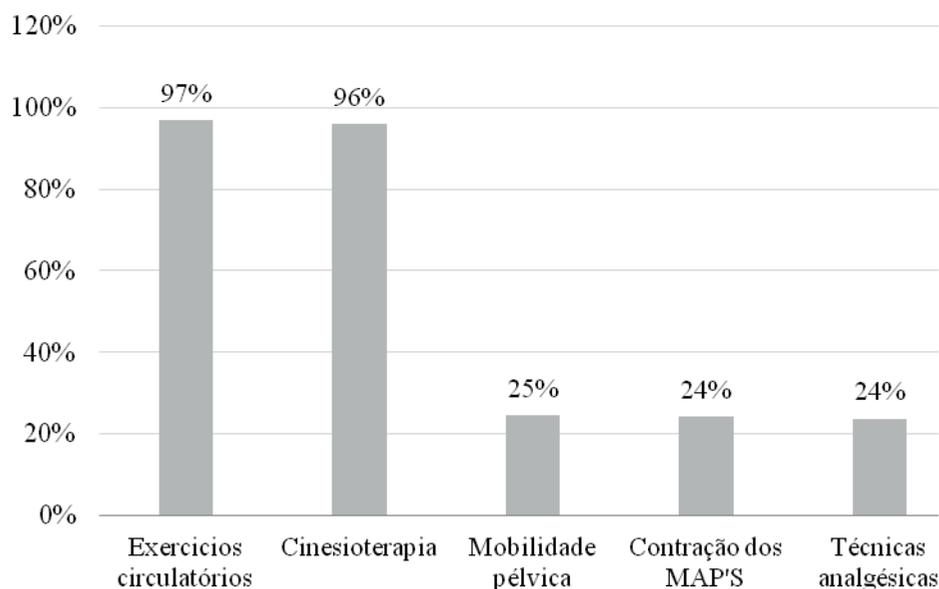
Fonte: própria

No presente levantamento, as principais técnicas respiratórias verificadas nos prontuários foram a reeducação diafragmática, realizada em 204 pacientes (90,0%), as técnicas reexpansivas, realizadas em 212 pacientes (93,3%), as técnicas

desobstrutivas (16,7%) e desinsuflativas (5,2%).

Já com relação à fisioterapia motora, as principais técnicas relatadas nos prontuários estão identificadas no gráfico 6.

Gráfico 6 - Técnicas de fisioterapia motora utilizadas durante a internação.



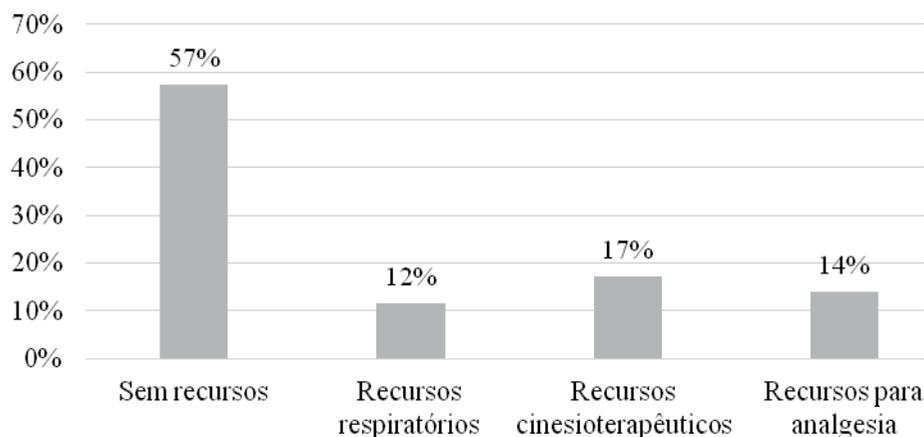
MAP'S= Músculos do assoalho pélvico

Fonte: própria.

O presente levantamento, também constatou que a maioria dos atendimentos não utilizaram recursos materiais na aplicação da terapia (57,4%), sendo que os mais utilizados foram os recursos materiais respiratórios 11,5%, cinesioterapêuticos (17,1%) e para analgesia (14%), como ilustra o gráfico 10. Dentre os recursos respiratórios mais empregados

foram o Respirom®, Vygon®, inaloterapia, peep selo d'agua, Voldyne® e respiração por pressão positiva intermitente (RPPI). Dentre os cinesioterapêuticos foram a caneleira, halter, Theraband®, Theratube® e Bola suíça®. Já a crioterapia e a Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) foram os recursos analgésicos mais relatados.

Gráfico 7 - Recursos utilizados durante as sessões de fisioterapia hospitalar.



Fonte: própria

Com relação às orientações da fisioterapia no momento da alta hospitalar, verificou-se que em 51% dos prontuários estas informações não estavam descritas ou não foram realizadas.

Somente seis pacientes (2,6%) foram encaminhados para fisioterapia ambulatorial após alta ou essa informação não estava descrita no prontuário fisioterapêutico.

Discussão

As doenças do aparelho geniturinário e de mama são responsáveis por um elevado número de procedimentos cirúrgicos em todo o mundo. As doenças nesses sistemas não só se configuram como um problema sério de saúde pública, mas acometem órgãos que possuem valores simbólicos e relacionados à feminilidade e a masculinidade.⁽⁸⁾

No Brasil, existe uma lacuna quando se trata de evidências científicas disponíveis, sobre dados epidemiológicos, relativos às especialidades cirúrgicas e sua tendência ao longo dos anos⁽⁹⁾.

Estudos demonstram a escassez de dados sobre o volume cirúrgico nos países, e a importância destes, para se direcionar às políticas públicas de melhoria e acesso à assistência cirúrgica⁽⁹⁾.

Covre et al fizeram um levantamento sobre a evolução temporal das internações, os custos e os procedimentos cirúrgicos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2008 a 2016. Neste período a evolução temporal foi constante e os procedimentos cirúrgicos, em algumas cirurgias apresentaram um significativo crescimento e outras de declínio, dentre estas, as do aparelho geniturinário.⁽⁹⁾

O HU-Uel refere-se a um hospital terciário que atende somente pacientes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

No presente estudo, dentre os órgãos com maior incidência de intervenção cirúrgica, vale destacar o rim, o útero e a próstata.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, a doença renal crônica (DRC) afeta de 5 – 10% da população mundial. No Brasil sua incidência tem aumentando, provavelmente em função do aumento de diabetes mellitus, hipertensão arterial e da longevidade na população⁽¹⁰⁾.

No Brasil (SUS), os dados referentes as cirurgias em nefrologia não estão disponíveis e estão computadas no subgrupo das cirurgias do aparelho geniturinário⁹, o que dificulta a comparação dos nossos achados. Porém, pode-se verificar que no HU-Uel, as intervenções cirúrgicas renais de maior incidência foram a colocação do cateter duplo J (ureterolitíase) e nefrectomia. De acordo com a literatura a colocação do cateter duplo J é amplamente utilizado no tratamento desta doença, pois há um menor risco de complicações pós-operatórias.⁽¹¹⁾ A nefrectomia pode ser necessária em casos de infecção urinária, hematuria e em situações em que a função renal for insuficiente ou na presença de tumor renal⁽¹¹⁾. A prevalência, no presente estudo, da nefrectomia foi apenas de 4,3% dos casos.

O elevado número de cirurgias realizadas no útero, são devido, principalmente, aos miomas, que são tumores benignos com elevada prevalência na população feminina em idade reprodutiva, o que explica o fato de a histerectomia ser a cirurgia ginecológica mais realizada no mundo.⁽⁸⁾ Nosso estudo vem de encontro a esses resultados, pois a cirurgia neste órgão foi o segundo mais abordado.

As principais vias de acesso cirúrgico são a abdominal, amplamente utilizada em condições uroginecológicas e a pôr videolaparoscopia⁽¹²⁾. Esta passou a ocupar um lugar de destaque no tratamento de diversas afecções, vindo a se constituir, na via de acesso de escolha em diversos procedimentos cirúrgicos.⁽¹³⁾

No presente estudo, a videolaparoscopia foi a via de acesso cirúrgico de maior incidência. Esses achados podem ser explicados pelo fato de que a cirurgia videolaparoscópica tem sido cada vez mais utilizada como método terapêutico e diagnóstico.

As técnicas laparoscópicas estão associadas a menor morbidade e rápida recuperação. Comparada com a cirurgia aberta, apresenta várias vantagens como menor incisão; menor risco de infecção; deambulação e alta hospitalar mais precoces, antecipando o retorno às atividades de vida diária; menor comprometimento da função respiratória no pós-operatório, preservando a atividade diafragmática; menor formação de aderências e menor intensidade algica.⁽¹²⁾

Os achados do presente estudo, em relação ao tipo de anestesia mais utilizada, evidenciou a concordância com a literatura, que relata a raquianestesia, como a principal indicação para cirurgias ginecológicas e urológicas.⁽¹⁴⁾ É uma técnica anestésica segura e eficiente, o que garante analgesia perioperatória adequada, normalmente sem a necessidade de manipulação da via aérea e redução do período de internação hospitalar.⁽¹⁵⁾

Todo procedimento cirúrgico, independente da técnica e da evolução pós-operatória, está sujeito a alguma complicação⁽¹⁾. Fatores como tipo de anestesia, via de acesso, duração do procedimento cirúrgico e tempo de internação devem ser considerados⁽³⁾. Neste aspecto, o presente estudo verificou que em grande parte dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico não houve complicações pós-operatórias, o que podemos inferir que a via de acesso por via laparoscópica, a raquianestesia, o baixo índice de comorbidades apresentados pelos pacientes, assim como, o reduzido período de internação hospitalar, contribuíram para tal.

No atendimento multidisciplinar oferecido aos pacientes durante a internação, o fisioterapeuta se faz presente em vários segmentos, como no atendimento de pacientes críticos e na assistência durante a recuperação pós-cirúrgica, com o objetivo de evitar complicações respiratórias e motoras.^(16,17)

A fisioterapia em uroginecologia hospitalar é uma especialidade, relativamente nova que atua no pré e pós-operatório de cirurgias urológica e

ginecológica e que tem desenvolvido um papel de grande relevância para a saúde, pois é um serviço diferenciado e especializado nas diferentes disfunções do sistema genital e urinário, tanto feminino quanto masculino.^(4,6)

Para que o fisioterapeuta faça o melhor atendimento no pós-operatório, se faz necessário uma boa avaliação pré-operatória, que tem por objetivo conhecer o paciente, as alterações pré-existentes e identificar os possíveis fatores de riscos para as complicações pós-operatórias, além de promover orientações que contribuem para um efetivo tratamento no pós-operatório⁽¹⁶⁾.

Outro aspecto que foi possível evidenciar, foi a falta de informações essenciais para o desenvolvimento da intervenção fisioterapêutica, ou seja, a elaboração do diagnóstico cinético funcional e os objetivos fisioterapêuticos. Acreditamos que essa falta pode ser devida a dificuldade dos acadêmicos em determinar e estabelecer o diagnóstico e os objetivos, em função de estarem em um processo de aprendizagem e em contrapartida, não terem experiência na prática clínica. Cabe, portanto a reorientação e reeducação, a fim de corrigir estas falhas.

Outro aspecto, observado foi o fato de um alto percentual de pacientes não terem sido avaliados no período pré-operatório, e ter recebido somente um atendimento/dia. Isto pode ser justificado pelas características das cirurgias ocorrerem preferencialmente no período matutino. Outro fator se deve ao fato de que, dependendo da clínica cirúrgica, a internação ocorrer no período noturno, em função da disponibilidade de leitos e evitar contaminação prévia. Vale ressaltar que o HU-Uel é um hospital universitário, cujo principal objetivo do curso fisioterapia é a formação acadêmica e não a assistência integral de todos os pacientes. Para tal, seria necessário um corpo paralelo de fisioterapeutas, que não é contemplado neste momento.

No pós-operatório, o principal objetivo é que os pacientes se recuperem da melhor maneira possível, no prazo mais curto, e sem as complicações

previsíveis.^(17,18) As principais complicações pós-operatórias são as respiratórias, infecção da ferida operatória e infecção urinária. Dentre as infecções da ferida operatória podem ocorrer celulites, abscessos e necrobiose, além da deiscência de sutura.⁽¹⁶⁾

Estudos demonstram que as alterações da função pulmonar no pós-operatório de cirurgia abdominal, ocorrem tanto na cirurgia convencional como na laparoscópica. Essas alterações podem levar à hipoxemia, com redução das capacidades e volumes pulmonares. Na cirurgia laparoscópica, apesar, de em geral, não ter abertura da cavidade abdominal, ocorre diminuição na força dos músculos respiratórios, porém em proporções menores à abdominal⁽¹⁹⁾.

A fisioterapia utiliza várias técnicas e recursos que visam prevenir a hipoxemia e promover a reexpansão pulmonar. Em nosso estudo verificou-se a utilização da reeducação diafragmática que visa restabelecer o padrão funcional da respiração, sendo a primeira conduta a ser realizada em pacientes cirúrgicos. A realização de técnicas de reexpansão visa aumentar a ventilação alveolar, melhorar a oxigenação e diminuir o trabalho respiratório. Assim a reeducação diafragmática e as técnicas de reexpansão pulmonar podem ser efetivas tanto na profilaxia quanto no tratamento do colapso pulmonar, consideradas fundamentais na prevenção de complicações, tais como, atelectasias e pneumonias. As técnicas desobstrutivas também fazem parte do programa de pré e pós operatório, com objetivo profilático e promover a desobstrução brônquica.⁽¹⁹⁾

A fisioterapia uroginecológica utiliza-se também de técnicas motoras para evitar complicações e restabelecer a função normal. Esta tem sido uma grande aliada na recuperação clínica de pacientes internados, restaurando a perda funcional, reduzindo incapacidades e aprimorando a funcionalidade do paciente, como alternativa de prevenção e tratamento de comorbidades associadas ao imobilismo⁽²⁰⁻²⁴⁾.

Os achados referentes as orientações da fisioterapia no momento da alta hospitalar,

demonstrou que esta, ainda não é uma prática bem estabelecida entre os acadêmicos, apesar da sua importância, o que demonstra uma falha no encerramento da assistência hospitalar.

O estudo apontou um reduzido percentual de pacientes, encaminhados para fisioterapia ambulatorial após alta hospitalar. Podemos inferir que o baixo encaminhamento pode estar relacionado a resolução e não necessidade da continuidade da fisioterapia, visto a pequena incidência de complicações pós-operatória encontrada, assim como, o reduzido tempo de permanência hospitalar após a cirurgia.

Conclusão

Essa pesquisa oferece dados relevantes que poderão auxiliar o profissional fisioterapeuta, o corpo docente e discente do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina, que atuam no HU/UEL, no desenvolvimento de melhorias nesta área, contribuindo para adequações e aprimoramento no registro em prontuários, no atendimento e tratamento fisioterapêutico destes pacientes.

Referências

- 1 Stracieri LDS. Cuidados e complicações pós-operatórias. *Medicina*. 2008; 41(4):465-8.
- 2 Frutuoso C. Cuidados pré-operatórios e pós-operatórios. In: Oliveira CF. *Manual de ginecologia*. Lisboa: Permanyer Portugal; 2010. p. 603-22.
- 3 Cataneo JM. *Clínica cirúrgica*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
- 4 Baracho E. *Fisioterapia aplicada à obstetria, uroginecologia e aspectos de mastologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- 5 Campos RP. *Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico: Principais cirurgias*. Tatuí: Fundação Educacional Manoel Guedes; 2015.
- 6 Simão C. *Fisioterapia uroginecológica é imprescindível em disfunções do assoalho pélvico*. [Internet]. Niterói; 2012 [citado 2019 jul. 2]. Disponível em: http://www.afr.org.br/app/webroot/img/paper/file/Revista_ICB_Out_2012.pdf.

- 7 Tacani PM, Tacani RE, Machado AFP, Peroni AE, Silva MA, Freitas JOG. Perfil clínico de pacientes atendidos em fisioterapia assistencial à cirurgia plástica: análise retrospectiva. *Conscientiae Saúde*. 2013 jun; 12(2): 290-7.
- 8 Silva CMC, Vargens OMC. A mulher que vivencia as cirurgias ginecológicas: enfrentando as mudanças impostas pelas cirurgias. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2016; 24:e2780.
- 9 Covre ER, Melo WA, Tostes MFP, Fernandes CAM. Permanência, custo e mortalidade relacionados às internações cirúrgicas pelo Sistema Único de Saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2019 [citado 2019 jun. 2]; 27:e3136. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041692019000100324&lng=en
- 10 Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR. Chronic dialysis in Brazil: report of the Brazilian dialysis census, 2011. *J Bras Nefrol* 2012;34:272-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0101-2800.20120009>
- 11 Oliveira TR, Louzada LAL, Jorge JC. Raqui anestesia: prós e contras. *Rev Med Minas Gerais*. 2015; 25(Supl 4): S28-S35.
- 12 Instituto Nacional de Câncer (BR). Controle do câncer de mama: documento de consenso. *Rev Bras Cancerol*. 2004;50(2):77-90.
- 13 Gastaldi AC, Magalhães CMB, Baraúna MA, Silva EMC, Souza HCD. Benefícios da cinesioterapia respiratória no pós-operatório de colecistectomia laparoscópica. *Rev Bras Fisioter*. 2008 mar./abr; 12(2):100-6.
- 14 Cavalli AC, Filho RT, Slongo LE, Cavalli RC, Rocha LCA. O emprego do cateter duplo J diminui as complicações na ureterolitotomia retroperitoneoscópica. *Rev. Col. Bras. Cir*. 2012; 39(2): 112-8.
- 15 Danilovic A. Preditores de complicações da nefrectomia total em pacientes com cálculo renal. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
- 16 Oliveira CRD. Anestesia para cirurgia videolaparoscópica. *Rev Bras Videocir*. 2005; 3(1):32-42.
- 17 Marques JP, Mota F. Cirurgia uterina por via abdominal. In: Oliveira CF. *Manual de ginecologia*. Lisboa: Permanyer Portugal; 2010. p. 447-79.
- 18 Santos JS, Kemp R. Fundamentos básicos para a cirurgia e cuidados perioperatórios. *Medicina*. 2011; 44(1): 2-17.
- 19 Oliveira TR, Louzada LAL, Jorge JC. Raqui anestesia: prós e contras. *Rev Med Minas Gerais*. 2015;25(4):28-35.
- 20 Rocha JJR. Infecção em cirurgia e cirurgia das infecções. *Medicina*. 2008; 41(4): 487-90.
- 21 Alves AN. A importância da atuação da fisioterapia no ambiente hospitalar. *Ensaio Cienc*. 2012;16(6):173-84.
- 22 Polden M, Mantle J. *Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Ed Santos; 2000.
- 23 Rossetti BL, Alexandre M, Costa AC, Rocha KR. Técnicas de cinesioterapia respiratória e manobras de higiene brônquica (MHB) [Internet]. 2016. [citado 2019 jul. 2]. Disponível em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/respiratoria/cinesio_bruno/cinesio_respiratoria_bruno.html
- 24 Pinheiro AR, Christofolletti G. Fisioterapia motora em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: uma revisão sistemática. *Rev Bras Terapia Intensiva*. 2012;24(2):188-96.

Recebido em 17 set. 2018

Aceito em 16 jul. 2019