

Perfil de Mulheres Submetidas a Histerectomia e Influência da Deambulação na Alta Hospitalar

Bruna Cristina Cardoso¹, Carla Regina Camargo² e Isabel Fernandes³

1. Acadêmica concluinte do curso de Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade União das Américas.
2. Fisioterapeuta. Especialista em Didática e Metodologia do Ensino Superior e Morfofisiologia Aplicada à Educação e Reabilitação. Orientadora do presente trabalho.
3. Computação. Mestre em Engenharia de Software. Doutora em Engenharia da Produção. Professora da Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade União das Américas.

brunac.cardoso@hotmail.com , carlareginafz@gmail.com e isabel@uniamerica.br

Palavras-chave

Deambulação
Fisioterapia
Histerectomia

Resumo:

Introdução: A histerectomia é um procedimento cirúrgico ginecológico, em que é realizado a remoção do útero, suas principais indicações são: o prolapso de órgãos pélvicos, leiomiomas uterinos, dor entre outros. Para minimizar os riscos e reduzir o tempo de internação e complicações, a deambulação é recomendada para as pacientes sendo bem tolerada pelas mulheres após o procedimento. **Objetivo:** caracterizar o perfil de mulheres submetidas a histerectomia e verificar a influência da deambulação na alta hospitalar. **Metodologia:** trata-se de um estudo observacional, transversal e retrospectivo, os dados foram coletados por meio de prontuários eletrônicos referente ao primeiro semestre de 2016 e para caracterização da amostra, foram subdivididas em Grupo A com câncer e Grupo B sem câncer. **Resultados:** a amostra contou com 65 prontuários, sendo o grupo A com 37% de histerectomia por diagnóstico de câncer de colo de útero e no grupo B, 63% das mulheres que realizaram o procedimento não por câncer e constatou que a maioria dos prontuários não especificou o motivo, mas dentre as indicações, a endometriose foi o motivo mais encontrado. O tempo de internação foi mais longo no grupo A sendo que a maioria recebeu alta no segundo dia de pós-operatório. No grupo B foi verificado que a alta hospitalar foi num período de até 24 horas após o procedimento e no que se refere a deambulação a maioria das pacientes dos dois grupos caminharam no primeiro dia de pós-operatório. **Conclusão:** pode-se concluir que o perfil das mulheres submetidas ao procedimento de histerectomia foi de pacientes com faixa etária de 44 a 48 anos, com média de peso ideal e não pode se afirmar a influência da deambulação na alta hospitalar.

Artigo recebido em: 16.05.2017.

Aprovado para publicação em: 10.06.2017.

INTRODUÇÃO

A histerectomia é um procedimento cirúrgico ginecológico em que é realizada a remoção do útero, sendo um dos procedimentos mais frequente em mulheres, ficando em terceiro lugar na frequência entre as principais operações de cirurgia eletiva (GARCIA, 2016).

No Brasil, foram realizadas cerca de 107.000 histerectomias no ano de 2005 pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 2013 foram 133.2/100.000 em mulheres com 20 anos ou mais conforme a taxa bruta. Nos Estados Unidos, cerca de 600.000 procedimentos são realizados por ano e no Reino Unido, 100.000 histerectomias/ano (SOUSA et al., 2013).

A via de acesso para a intervenção cirúrgica será de acordo com as circunstâncias clínicas de cada mulher, podendo ser realizada pela via abdominal, vaginal e vídeo laparoscópica (VOLPATO et al., 2013). Com classificação em total, com retirada do útero e do colo, subtotal que consiste na retirada do corpo do útero, mantendo o colo ou radical que remove útero, colo, região superior da vagina, trompas de Falópio (salpin-

gectomia), ovários (ooforectomia), parte dos tecidos ao redor desses órgãos e linfonodos (COSTA et al., 2016).

Como principais indicações para a histerectomia estão o prolapso de órgãos pélvicos, leiomiomas uterinos, dor ou infecção pélvica, sangramento uterino anormal e doenças malignas e pré-malignas. A cirurgia traz como complicações em curto e longo prazo, hemorragia, incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos, distensão abdominal, constipação intestinal entre outras, o que pode gerar um desconforto e insegurança para a mulher (SOUSA et al., 2013).

Mundialmente o câncer de colo de útero é o terceiro mais frequente entre as mulheres, sendo o primeiro câncer de mama e o segundo colorretal. Em 2014, no Brasil ocorreram 15.590 novos casos da doença, podendo ser diagnosticados precocemente através do exame papanicolau ou cito patológico, reduzindo a taxa de mortalidade em 80% dos casos (SOUZA; COSTA, 2015).

Os fatores predisponentes para essa doença são: tabagismo, uso de contraceptivos orais, carência de vitaminas, múltiplos parceiros, fatores genéticos, ambientais, culturais, socioeconômicos e o vírus do Papiloma humano (HPV); esse vírus é subdividido em alto e baixo risco, possuindo mais de duzentos tipos que podem causar lesões pré cancerígenas (INCA, 2016).

Algumas pacientes passam um tempo prolongado no leito pelo procedimento cirúrgico ou dor, causando complicações secundárias a imobilidade no leito, que podem afetar vários órgãos e sistemas, tais como osteo-mioarticular, cardiorrespiratório, metabólico, gastrointestinal, geniturinário, cutâneo, entre outros, contribuindo para a redução na capacidade funcional e prolongando o tempo de permanência hospitalar (CORDEIRO et al., 2016).

O trabalho do profissional de fisioterapia no pós-operatório tem como objetivo minimizar a dor, promover a mobilização precoce, estimular a saída do leito e a deambulação o mais cedo possível (MESQUITA; CARBONE, 2015). Pois a deambulação é uma opção de baixo custo e muitas vezes bem tolerada pelo paciente no pós-operatório, o que contribui para melhora da funcionalidade, complicações respiratórias, circulatórias entre outras, podendo diminuir o tempo de internamento hospitalar (CORDEIRO et al., 2015).

Assim, este estudo teve por objetivo caracterizar o perfil de mulheres submetidas ao procedimento de histerectomia e verificar a influência da deambulação na alta hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, retrospectiva de abordagem quantitativa, realizada em uma instituição hospitalar de referência para o tratamento oncológico na cidade de Foz do Iguaçu, Paraná.

A amostra foi composta por mulheres que realizaram procedimento de histerectomia no período de janeiro a julho de 2016.

A busca dos dados foi por meio de levantamento e análise de prontuários eletrônico, pelo sistema Tasy um software da Philips, que facilita o fluxo de informações entre todos os setores do hospital e que garante a segurança, esse sistema fornece acesso ao histórico do paciente, ao prontuário e todos os exames que o indivíduo realizou na instituição. A coleta dos dados ocorreu entre os dias 21 a 28 de outubro de 2016.

Como critérios de inclusão, foram mulheres submetidas ao procedimento de histerectomia e de exclusão, pacientes que estavam sem identificação no banco de dados e que não passaram por procedimento de histerectomia.

Foi elaborada uma ficha de avaliação com dados como: bloco de internação, nome, data de nascimento, idade, estado civil, data de admissão, cirurgia e alta hospitalar, via de abordagem cirúrgica, comorbidades, peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), se recebeu atendimentos da fisioterapia, deambulou e complicações como dor, náusea ou êmese, conforme apêndice I.

Para caracterização da amostra se fez necessário uma divisão em dois grupos: o grupo A, das pacientes submetidas a histerectomia por câncer e o grupo B de não câncer.

As informações foram organizadas em uma planilha e tabuladas em arquivo do Microsoft Office Excel 2007.

Quanto aos aspectos éticos, por ser uma pesquisa retrospectiva, com levantamentos de dados de prontuários, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNIOESTE e atenderá as normas da Resolução 466/2012 do Conselho de Ética em Pesquisa (ANEXO 2). O hospital participante assinou termo de concordância para a realização da pesquisa.

RESULTADOS

Foram levantados 68 prontuários de procedimentos de histerectomia no primeiro semestre de 2016, no entanto, três foram excluídos por falta de informações no sistema Tasy, ficando a amostra com um total de 65 mulheres que passaram pelo procedimento.

No grupo A, foram encontrados 24 (37%) prontuários de mulheres que realizaram o procedimento por câncer, sendo a principal via de acesso abdominal, quanto ao tipo de anestesia a raquidiana foi a mais encontrada e a maioria realizou o procedimento pelo sistema único de saúde (SUS). Já no grupo B, tiveram 41 (63%) procedimentos de histerectomia, no entanto a maioria dos prontuários não especificou a indicação, mas a endometriose foi a mais encontrada, e quanto ao convênio, todas foram pelo plano de saúde. Para mais caracterização da amostra segue a Tabela 1.

O estudo verificou que a média da faixa etária no grupo A, foi de 48 ± 13 anos e no grupo B de 43 ± 6 anos. Quanto ao índice de massa corpórea (IMC), o grupo A apresentou uma média de $24,8 \pm 11,9$ Kg/m² e o grupo B de $21,3 \pm 11,9$ Kg/m² o que indica media e peso ideal nos dois grupos.

Na Tabela 2 se encontram as características das pacientes quanto ao estado civil e comorbidades dos grupos A e B, mas ressalta-se que algumas pacientes apresentaram mais de uma comorbidade.

Com relação ao atendimento de fisioterapia, o grupo A, 24 (100%) recebeu atendimento da fisioterapia. Do grupo B, apenas 1 (2,4%) foi atendida pela fisioterapia.

Dentre as complicações no grupo A, 16 (50%) apresentaram dor, sendo que dessas que tiveram dor, também tiveram 5 (16%) náuseas e 3 (9%) êmese, 8 (25%) não apresentaram nenhuma queixa. No grupo B, 20 (42%) obtiveram em algum momento queixa algica, entre essas ocorreu êmese 1 (2%), náusea 6 (12%) e nenhuma complicação 21 (44%).

O tempo de internação foi mais longo no grupo A, sendo que a maioria recebeu alta no segundo dia de pós-operatório, que seria a partir de 48 horas de internação e ainda houve uma ocorrência de óbito. Em relação deambulação, ocorreu precocemente, sendo a maioria no primeiro e segundo dia de pós-operatório.

No grupo B foi verificado que a maioria foi de alta hospitalar, num período de até 24 horas após o procedimento. No que se refere a deambulação, as pacientes caminharam no primeiro dia de pós-operatório, vale ressaltar que 14 (34%) das pacientes foram de alta logo após o procedimento e portanto não havia registro em prontuário quanto a deambulação.

Tabela 1: Características do procedimento cirúrgico dos grupos

CARACTERÍSTICAS	GRUPO A 24 (37%)	GRUPO B 41 (63%)
Vias de acesso		
Abdominal	24 (100%)	10 (24,4%)
Laparoscópica	----	19 (46,3%)
Vaginal	----	12 (29,3%)
Indicação cirúrgica		
Câncer	24 (100%)	----
Outros fatores	----	----
Endometriose	----	4 (9,8%)
Prolapso de órgãos	----	1 (2,4%)
Mioma	----	1 (2,4%)
Cisto	----	2 (4,9%)
Complicação pós Parto	----	1 (2,4%)
Não informado	----	32 (78%)
Anestesia		
Raquidiana	18 (75%)	29 (70,8%)
Pelidural	1 (4,2%)	----
Geral	5 (20,8%)	12 (29,2%)
Convênio		
SUS	19% (79,1%)	----
Plano de Saúde	4% (16,7%)	41 (100%)
Particular	1% (4,2%)	----

DISCUSSÃO

No estudo feito por Volpato (2013), realizado com 105 mulheres que tinham indicação cirúrgica de histerectomia por neoplasia benigna de útero, hemorragias e prolapso uterino, foi abordado à via de acesso cirúrgico abdominal. Alinhado a essas pesquisas, com uma amostra de 65 mulheres que realizaram procedimento cirúrgico de histerectomia, 100% das mulheres do grupo A, foram pela via abdominal e no grupo B apenas 24,4%, no entanto, a via mais encontrada foi a laparoscópica com 46,3%, seguida pela via vaginal com 29,3%.

Com relação às indicações de histerectomia, segundo a pesquisa de Gollop et al., (2012), de 220 pacientes, 217 obtiveram como indicação cirúrgica, 100% dos procedimentos foi por diagnóstico de câncer de colo de útero, no grupo B a maioria dos prontuários não especificou o motivo, mas dentre as com indicação, a endometriose foi a mais encontrada. Em relação ao índice de massa corpórea (IMC) do grupo A, apresentou uma média de $24,8 \pm 11,9$ Kg/m² e o grupo B $21,3 \pm 11,9$ Kg/m², o que indica peso ideal.

No estudo de Garcia (2016), a média de idade das mulheres que realizaram histerectomia, foi de $44,21 \pm$ anos. Observou-se, neste estudo que a média de idade das mulheres grupo A, foi de 48 ± 13 anos e no grupo B de 43 ± 6 anos, o que está dentro da faixa etária encontrada no estudo citado.

Tabela 2. Característica do perfil das pacientes, quanto ao estado civil e comorbidades

CARACTERÍSTICAS	GRUPO A	GRUPO B
Estado civil		
Solteira	24 (100%)	10 (24,4%)
Casada	----	19 (46,3%)
Divorciada	----	12 (29,3%)
União estável	24 (100%)	----
Comorbidades		
Sem comorbidades	7 (19,4%)	20 (48,8%)
Hipertensão arterial	7 (19,4%)	4 (9,7%)
Diabetes mellitus	3 (8,3%)	2 (4,9%)
Dislipidemia	1 (2,8%)	2 (4,9%)
Obesidade	3 (8,3%)	2 (4,9%)
Hepatite C	2 (5,5%)	1 (2,5%)
Depressão	4 (11,1%)	1 (2,5%)
Lúpus	1 (2,8%)	----
Hipotireoidismo	1 (2,8%)	1 (2,5%)
Anemia	2 (5,5%)	1 (2,5%)
Asma	----	1 (2,5%)
Trombose Venosa Profunda	----	1 (2,5%)
Incontinência Urinária	----	3 (7,3%)
Outras Cirurgias	5 (13,9%)	2 (4,9%)

Tabela 3. Tempo de internação dos grupos e de deambulação

Desfecho / Alta	GRUPO A	GRUPO B
Alta		
POI	----	14 (34%)
1 PO	----	14 (34%)
2 PO	15 (63%)	12 (29%)
3 PO	5 (21%)	----
4 PO ou mais	3 (12%)	1 (3%)
Óbito	1 (4%)	----
Deambulação		
Até 24 horas	14 (58,3%)	24 (59%)
48 horas	10 (41,7%)	2 (2%)
72 horas	----	1 (5%)
Não informado	----	14 (34%)

Segundo Matos et al., (2016), uma das maneiras de minimizar as complicações no período pós-cirúrgico é reduzir as disfunções neuromusculares dos indivíduos e a mobilização precoce tem papel fundamental no processo de reabilitação. A pesquisa realizada por Junior et al. (2015), condiz com os estudos citados acima, onde a deambulação e mobilização precoce são de extrema importância para a prevenção de complicações.

A fisioterapia é uma prática para diminuir os efeitos de complicações no pós-operatório, que pode ser trabalhada com condutas de fisioterapia respiratória e cinesioterapia, autores vem demonstrando que ativida-

de física precoce é uma intervenção conservadora de fácil acesso e segura que traz resultados satisfatórios contra efeitos deletérios a imobilidade (JUNIOR et al., 2015). Na presente pesquisa, 100% das mulheres do grupo A receberam atendimento da fisioterapia e foram estimuladas a saída do leito e a deambulação, já as do grupo B, apenas 1 (2,4%) recebeu atendimento. Cabe ressaltar que tanto o grupo A quanto o grupo B, eram incentivadas a saída do leito e deambulação pela equipe de enfermagem, conforme evolução encontrada nos prontuários.

Se o médico não prescrever restrições e não houver complicações, a paciente não necessita ficar restrita ao leito, sendo a deambulação precoce, posicionamento sentado e ortostatismo, não provocam alterações hemodinâmicas que possam desencadear complicações nas pacientes no período pós-operatório (CORDEIRO, 2015). Nesse estudo em relação a deambulação, foi verificado que ocorreu precocemente, pois, nos dois grupos, a maioria das pacientes caminharam no primeiro dia de pós-operatório.

Segundo Echeverriet et al. (2016), a taxa de morte por câncer é relativamente pequena para os procedimentos de laparoscopia vaginal e abdominal, não causando complicações para as pacientes e em alguns casos dependendo da extensão do câncer pode se manter a mulher fértil, sendo esse procedimento de risco para o retorno do câncer. Alinhada a presente pesquisa, no grupo A, quanto ao desfecho, uma paciente que condiz a 4% da amostra, foi a óbito no 4º dia pós-operatório, no grupo B uma paciente foi encaminhada para a unidade de terapia intensiva (UTI) e após 13 dias de internação recebeu alta hospitalar. O estudo de Garcia (2016), em concordância com a atual pesquisa, demonstra que a taxa de mortalidade é relativamente pequena na histerectomia, sendo que na sua amostra de 100 pacientes, houve 2% de casos de óbito.

Em uma pesquisa de análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica, realizado com 42 pessoas, teve como complicações no período pós-operatório tais como dor, com média de 19 pacientes, náusea e vômito com a média de 0,2 pacientes (NUNES, MATOS MATTIA, 2014). Como complicações no artigo atual, foi visto que os grupos tiveram presença de dor, náusea e êmese, porém o grupo A apresentou o maior percentual de todos esses sintomas.

Em um estudo realizado por Garcia (2016), com 100 pacientes que realizaram histerectomia sem prolapso uterino, o tempo de internação pós-cirúrgico foi de 24 horas em 92% dos casos, 4 pacientes permaneceram internadas por 48 horas, pois tiveram sangramento pós-operatório. Com relação a esse estudo, o tempo de internação foi mais longo no grupo A, sendo que a maioria recebeu alta no segundo dia de pós-operatório, no grupo B foi verificada que a maioria recebeu alta hospitalar num período de até 24 horas após o procedimento cirúrgico e entre essas pacientes tiveram as que tiveram alta no pós-operatório imediato.

CONCLUSÃO

Com o presente estudo, pode-se concluir que o perfil das mulheres submetidas a histerectomia estavam na quarta década de vida e com média de peso ideal, no grupo B quanto ao estado civil, a maioria era de solteiras e realizaram o procedimento por plano de saúde, já o grupo A se dividiu entre solteiras e casadas e a maioria realizou o procedimento pelo SUS.

Não se pode concluir a influência da deambulação na alta hospitalar, pois grande parte das mulheres receberam alta em até 48 horas e outras no pós-operatório imediato e, em geral, o tempo de internação dessas pacientes em outros estudos foi de 24 a 48 horas após o procedimento, o que corroborou com o presente artigo. No entanto, faz-se necessário uma amostra mais ampliada para uma maior confiabilidade dos dados.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.S. et al. Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia, 2010*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 111-120, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00111.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.
- BARBOSA, I.R. et al. Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.253-262, jan. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.03662015>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0253.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2016.
- CASTRO, J.S.J. A importância da mobilização precoce em pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI): Revisão de literatura. **Rev. Persp.online.biol&Saude**, Salvador, v. 03, n. 10, p.15-23, out. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicasesaude/article/view/74>>. Acesso em: 15 nov. 2016.
- CAVENAGHI, S. et al. Fisioterapia respiratória no pré e pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, [s.l.], v. 26, n. 3, p. 455-461, 2011. GN1 Genesis Network. 9741.20110022. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v26n3/v26n3a22.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.
- CORDEIRO, A.L.L et al. Influence of Early Ambulation in Postoperative Hospitalization Following Cardiac Surgery. **International of Cardiovascular Sciences**, [s.l.], v. 28, n. 5, p. 385-391, 2015. GN1 Genesis Network. 4802.20150057. Disponível em: <<http://www.onlineijcs.org/detalhes/446/influence-of-early-ambulation-in-postoperative-hospitalization-following-cardiac-surgery>>. Acesso em: 17 nov. 2016.
- CORDEIRO, A.L. et al. Impacto hemodinâmico da deambulação nos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. **RevDerc.**, Bahia, v. 24, n. 5, p.54-57, abr. 2015. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-derc/revista/2015/21-2/pdf/10-artigo-impacto.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- JUNIOR, J.M.F.C et al. Avaliação pedométrica em pacientes no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio, após mobilização precoce. **Rev Paranaense de Medicina**, Paraná, v. 2, n. 29, p. 45-50, jul. 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2015/v29n2/a5006.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2016.
- COSTA, D. et al. Novos valores de referência para pressões respiratórias máximas na população brasileira*. **Rev.jBrasPneumol.**, São Paulo, v. 3, n. 36, p. 306-312, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v36n3/v36n3a07.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2016.
- COSTA, F.M da et al. Avaliação da Funcionalidade Motora em Pacientes com Tempo Prolongado de Internação Hospitalar. **Rev.uno-parCientCiêncBiol Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.87-91, 31 jun. 2014. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/486/456>>. Acesso em: 08 ago. 2016
- COSTA, J.R.C.C. Tipos e vias de abordagem cirúrgica da histerectomia e sua relação com lesão do sistema urinário. **Rev Acta ObstetGinecolPort**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.2-4, mar. 2015. Disponível em: <<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/83719/2/131321.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2016.
- ECHEVERRI, L. et al. Traquelectomía radical laparoscópica en pacientes concáncer de cuello uterino en estado IB1 enel Instituto de Cancerología - Las Américas, Medellín, Colombia. **RevChilObstetGinecol**, Colombia, v. 81, n. 1, p. 38-43, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v81n1/art07.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.
- INCA, Instituto nacional de câncer. Jose Alencar Gomes da Silva. **Ministério da Saúde**. 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 11 nov. 2016.
- GARCÍA, J.L.C. Análisis de 100 casos de histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso uterino. **RevObstetGinecolVenez**, Estado Táchira, v. 1, n. 76, p.4-10, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v76n1/art02.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.
- GIMENES, R.O. et al. Fisioterapia aquática e de solo em grupo na postura de mulheres mastectomizadas. **Rev. J Health Sci Inst**, São Paulo, v. 31, n. 1, p.79-83, nov. 2011. Disponível em: <https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/01jan-mar/V31_n1_2013_p79a83.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2016.

GOLLOP, T.R. et al. Histerectomia vaginal em útero sem prolapso – experiência de 6 anos. **Einstein**, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 462-500, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n4/pt_v10_n4a12.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.

MATOS, C.A. et al. Existe diferença na mobilização precoce entre os pacientes clínicos e cirúrgicos ventilados mecanicamente em UTI? *Fisioter. Pesqui.*, [s.l.], v. 23, n. 2, p.124-128, jun. 2016. **FapUNIFESP** (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/13965623022016>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v23n2/2316-9117-fp-23-02-00124.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

MESQUITA, R.L.; CARBONE, E.S.M. Tratamento fisioterapêutico nas disfunções sexuais em mulheres após tratamento de câncer ginecológico: Uma revisão de literatura. **Fisioter.s.fun**, Fortaleza, v. 4, n. 2, p.32-40, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/492>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

NUNES, F.C; MATOS, S.S; MATTIA, A.L. Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica*. **Rev. Sobecc**, São Paulo, v. 3, n. 19, p. 129-135, set. 2014. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/sobecc.2014.020>>. Acesso em: 24 nov. 016.

OLIVEIRA, M.M. et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.*, [s.l.], v. 18, p. 146-157, dez. 2015. **FapUNIFESP** (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060013>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00146.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

PIAZZA, M.J. et al. Histerectomia total versus histerectomia supracervica. **Rev.femina**, Curitiba, v. 39, n. 10, p. 479-484, out. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n10/a2962.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2016.

REEVE, J.C. Physiotherapy interventions to prevent postoperative pulmonary complications following lung resection. What is the evidence? What is the practice? **Rev. journal of Physiotherapy**, New Zealand, v. 13, n. 36, p. 118-130, nov. 2008. Disponível em: <<http://physiotherapy.org.nz/assets/Professional-dev/Journal/2008-November/2008Novcommentary.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

SANTOS, F.D.R.P. et al. Educação e saúde para o paciente no pós-operatório de cirurgia torácicas e abdominais. **Revista Ciência em Extensão**, Maranhão, v. 11, n. 1, p. 171-177, mar. 2015. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1111>. Acesso em: 05 jun. 2016.

SILVA, A.S; SOUZA, C.A; SILVA, K.R. Papilomavírus Humano: Reflexões sobre a importância das estratégias de educação em saúde realizadas pelo enfermeiro. **Rev. Nbc, Belorizonte**, v. 4, n. 2, p. 21-47, dez. 2012. Disponível em: <<http://www3.izabelahendrix.edu.br/ojs/index.php/bio/article/view/379/332>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

SILVA, D.S.M. et al. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 19, n. 4, p.1163-1170, abr. 2014. **FapUNIFESP** (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.00372013>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01163.pdf>>. Acesso em: 06 jul. 2016.

SOUSA, L.P. et al. Histerectomia total e subtotal: há diferença quanto ao impacto na sexualidade? **Rev. R e P Rod C L Im**, Minas Gerais, v. 28, n. 3, p. 117-121, jun. 2013.

SOUZA, A.F.; COSTA, L.H.R. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, Mato Grosso, v. 4, n. 61, p. 343-350, set. 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/05-artigo-conhecimento-de-mulheres-sobre-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero-apos-consulta-de-enfermagem.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2016.

TORMENA, R.A. et al. Single-port laparoscopic hysterectomy: preliminary results. **RevAssocMedBras**, São Paulo, v. 5, n. 61, p. 446-451, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v61n5/0104-4230-ramb-61-05-0446.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

VOLPATO, D.C; BECKER, T.C.A. Prevalencia dos fatores de risco para histerectomia em Hospital na região noroeste do Paraná. **Revista Saúde e Pesquisa**, Paraná, v. 6, n. 1, p. 61-68, jan. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2703>>. Acesso em: 05 jul. 2016.