

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Curso de Fisioterapia

Leticia de Fatima da Cruz

**BARREIRAS À MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PÓS-OPERATÓRIO DE
MULHERES INTERNADAS NA ENFERMARIA GINECOLÓGICA. UM
OLHAR FISIOTERAPÊUTICO**

São Paulo

2017

Leticia de Fatima da Cruz

**BARREIRAS À MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PÓS-OPERATÓRIO DE
MULHERES INTERNADAS NA ENFERMARIA GINECOLÓGICA. UM
OLHAR FISIOTERAPÊUTICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Profa Ébe dos Santos Monteiro Carbone, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

São Paulo

2017

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Padre Inocente Radrizzani

Cruz, Leticia de Fátima da
Barreiras à mobilização precoce em pós-operatório de mulheres internadas na enfermaria ginecológica. Um olhar fisioterapêutico / Leticia de Fátima da Cruz. -- São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2017. 41 p.

Orientação de Ébe dos Santos Monteiro Carbone

Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia (Graduação), Centro Universitário São Camilo, 2017.

1. Deambulação precoce 2. Fisioterapia 3. Ginecologia I. Cruz, Leticia de Fatima da II. Carbone, Ébe dos Santos Monteiro III. Centro Universitário São Camilo IV. Título

Leticia de Fatima da Cruz

**BARREIRAS À MOBILIZAÇÃO PRECOCE EM PÓS-OPERATÓRIO DE
MULHERES INTERNADAS NA ENFERMARIA GINECOLÓGICA. UM
OLHAR FISIOTERAPÊUTICO**

São Paulo, 24 de novembro de 2017

Professora Orientadora Ébe dos Santos Monteiro Carbone

Professor Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo esforço, carinho e dedicação, por me apoiarem e incentivarem em todos os momentos me fazendo acreditar que tudo era possível, contribuindo sempre para meu crescimento pessoal e na vida acadêmica.

Agradeço à minha orientadora pela dedicação, por seus ensinamentos e conselhos, pela paciência, compreensão e incentivo que me fizeram crescer.

RESUMO

CRUZ, Leticia de Fatima da. **Barreiras à mobilização precoce em pós-operatório de mulheres internadas na enfermaria ginecológica. Um olhar fisioterapêutico.** 2017. TCC (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2017.

Atualmente tem-se dado mais atenção para a mobilização precoce como uma intervenção segura e viável aos pacientes. A mobilização precoce inclui atividades terapêuticas progressivas, como exercícios motores na cama, sedestação a beira do leito, ortostatismo, transferência para a poltrona e deambulação. Intervir precocemente é fundamental para a melhora da função respiratória, redução dos efeitos adversos da imobilidade, melhora do nível de consciência, aumento da independência funcional, melhora da aptidão cardiovascular e aumento do bem-estar psicológico. Além de auxiliar na recuperação do paciente reduzir e o tempo de internação hospitalar. Pensando nisso, é extremamente importante identificar os motivos pelos quais a mobilização precoce não é praticada em alguns casos para que possamos intervir nessas situações e otimizar o atendimento e processo de alta hospitalar. Este estudo tem como objetivo identificar possíveis barreiras para que ocorra a deambulação precoce no pós-operatório de cirurgias ginecológicas. Trata-se de um estudo transversal realizado no período de janeiro a julho de 2015 na enfermaria de ginecologia do Hospital São Paulo – UNIFESP. O estudo foi realizado por meio de uma ficha de avaliação. Nesta ficha continham os dados gerais das pacientes, tipo de cirurgia, tipo de anestesia, via de acesso e as possíveis barreiras que as impediriam de deambular precocemente. Foi efetivada por um único avaliador que ia pessoalmente até o leito da paciente e a abordagem era iniciada assim que o efeito da anestesia havia cessado ou assim que a paciente não apresentasse sonolência e um bom estado de alerta. Foram incluídas neste estudo 34 mulheres com idades entre 28 e 86 anos com média de idade de 51,58 anos. Os tipos de cirurgia foram: cirurgias pélvicas (35,29%) e cirurgias de mama (64,70%). O percentual de mulheres que relataram alguma barreira para a deambular foi de 44,11% contra 55,88% que disseram não ter barreiras. Este dado pode estar relacionado com o fato de que a maioria das mulheres deste estudo foram submetidas à cirurgias de mama, o que diminui a relação entre as barreiras encontradas para a deambulação e a movimentação dos membros inferiores, já que estes não teriam proximidade com o local da incisão/cirurgia. As principais barreiras identificadas para a deambulação precoce no pós-operatório de cirurgias ginecológicas são: medo, uso de acesso, mal-estar (condição clínica), vertigem, dor, uso de fralda e uso de sonda. Sendo que, destas condições, 23,52% das mulheres relaram medo como barreira à deambulação precoce, 5,88% uso de acesso, 2,94% mal-estar (condição clínica), 2,94% vertigem, 2,94% dor, 2,94% uso de fralda e 2,94% uso de sonda. 55,88% das mulheres disseram que nada limitaria a deambulação precoce.

Palavras-Chave: Deambulação precoce. Fisioterapia. Ginecologia.

ABSTRACT

CRUZ, Leticia de Fatima da. **Barriers to early postoperative mobilization of women hospitalized in the gynecological ward. A physiotherapeutic look.** 2017. TCC (Graduation in Physiotherapy) - Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2017.

Currently has paid more attention to the early mobilization as a safe and feasible intervention to patients. The early mobilization includes progressive therapeutic activities, such as exercises in bed sedestação engines the bedside, orthostatic, transfer to the Chair and walking. Intervene early is critical to improving respiratory function, reduction of the adverse effects of immobility, improves the level of consciousness, increased functional independence, improves cardiovascular fitness and increased psychological well-being. In addition to assist in patient recovery and reduce the time of hospitalization. With that in mind, it is extremely important to identify the reasons why the early mobilization is not practiced in some cases so we can intervene in these situations and optimize patient care and hospital discharge process. This study aims to identify potential barriers for early postoperative ambulation of gynecological surgeries. This is a cross-sectional study carried out in the period January to July 2015 in the Gynecology ward of Hospital São Paulo-UNIFESP. The study was conducted by means of an evaluation form. This record contained general data of patients, surgery type, type of anesthesia, access road and the possible barriers that would prevent them from wandering. Was carried out by a single evaluator you'd personally to the bed of the patient and the approach was initiated so that the anesthesia had ceased as soon as the patient doesn't produce drowsiness and a good state of alert. Were included in this study, 34 women aged between 28 and 86 years old with an average age of 51.58 years. The types of surgery were: pelvic surgery (35.29%) and breast surgeries (64.70%). The percentage of women who reported any barrier to wandering was 44.11% against 55.88% that said they have barriers. This data can be related to the fact that most of the women in this study were undergoing breast surgeries, which decreases the relationship between the barriers found to ambulation and movement of the lower limbs, since these would not have proximity to the site d the incision/surgery. The main barriers identified for early postoperative ambulation of gynecological surgeries are: fear, using access, malaise (medical condition), dizziness, pain, use of diapers and use of probe. With these conditions, 23.52% of women report fear as barrier to early ambulation, 5.88% use of access, 2.94% malaise (medical condition), 2.94% Vertigo, 2.94% pain, 2.94% use of diaper and 2.94% use of probe. 55.88% of women said that nothing would limit early ambulation.

Key-words: Early ambulation. Physiotherapy. Gynecology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Justificativa	8
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo geral	9
2.2 Objetivo específico	9
3 MÉTODOS	10
4 DESENVOLVIMENTO	11
4.1 Principais Cirurgias Ginecológicas E Suas Consequências Clínicas.	11
4.2 Vias De Acesso (Das Cirurgias Ginecológicas) X Deambulação	15
4.3 Tipos De Anestesia E A Movimentação Precoce.....	15
4.4 Síndrome Do Imobilismo.....	17
4.5 Principais Complicações Das Cirurgias.....	18
4.6 Trombose Venosa Profunda (TVP)	19
4.7 Sangramento.....	21
4.8 Pneumonia.....	21
4.9 Importância Da Deambulação Precoce No POI.....	21
5 RESULTADOS	24
6 DISCUSSÃO	35
7 CONCLUSÃO	39
8 REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A – Ficha de avaliação	45

1 INTRODUÇÃO

Atualmente tem-se dado mais atenção para a mobilização precoce como uma intervenção segura e viável em pacientes. A mobilização precoce inclui atividades terapêuticas progressivas, como exercícios motores na cama, sedestação a beira do leito, ortostatismo, transferência para a poltrona e deambulação (BORGES *et al.*, 2009; MOTA & SILVA, 2012)

“O sistema musculoesquelético é projetado para se manter em movimento. São necessários apenas sete dias de repouso no leito para reduzir a força muscular em 30%, com uma perda adicional de 20% da força restante a cada semana. O repouso prolongado no leito resulta em alteração nas fibras musculares. As isoformas de miosina mudam de fibras de contração lenta para rápida, a síntese de proteínas é reduzida e o desuso atrofia o músculo esquelético”. (SIBINELLI *et al.*, 2011)

Intervir precocemente é fundamental para a melhora da função respiratória, redução dos efeitos adversos da imobilidade, melhora do nível de consciência, aumento da independência funcional, melhora da aptidão cardiovascular e aumento do bem-estar psicológico. Além de auxiliar na recuperação do paciente e reduzir o tempo de internação hospitalar (JUNIOR, 2013)

1.1 Justificativa

Sabe-se que a mobilização precoce no período de pós-operatório é de suma importância para evitar possíveis complicações que a imobilização no leito pode causar e traz grandes benefícios tanto para o paciente quanto para o hospital. Entretanto, existem ocasiões em que a mobilização precoce não é realizada.

Pensando nisso, é extremamente importante identificar os motivos pelos quais a mobilização precoce não é praticada em alguns casos para que possamos intervir nessas situações e otimizar o atendimento e processo de alta hospitalar.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Este estudo tem como objetivo identificar possíveis barreiras para que ocorra a deambulação precoce no pós-operatório imediato (POI) de cirurgias ginecológicas: pélvicas e mamárias.

2.2 Objetivo específico

Analisar se há riscos da mobilização no período de pós-operatório imediato de pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas: pélvicas e mamárias.

3 MÉTODOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme número do parecer 683.666/2014. Trata-se de um estudo transversal realizado no período de janeiro a julho de 2015 na enfermaria de ginecologia do Hospital São Paulo – UNIFESP.

Os critérios de inclusão utilizados foram mulheres submetidas a cirurgias pélvicas e mamárias que estivessem em PO imediato ou até 24 horas após a cirurgia. Os critérios de exclusão foram alteração cognitiva, disfasia, impossibilidade de deambular, por limitação funcional, e instabilidade hemodinâmica.

O estudo foi realizado por meio de uma ficha de avaliação (Apêndice A). Nesta ficha continham os dados gerais das pacientes, tipo de cirurgia, tipo de anestesia, via de acesso e as possíveis barreiras que as impediriam de deambular precocemente, abrangendo tópicos como medo, dor, náusea, uso de sonda vesical ou fralda, acesso venoso, uso de dreno, fraqueza, sangramento, falta de roupa ou chinelo, jejum, vertigem, tampão vaginal, ausência de profissional ou outras condições clínicas. O tópico dor era avaliado pelo relato da paciente independente de sua intensidade. A pesquisa foi realizada com todas as pacientes que se encontravam na Enfermaria de Ginecologia em POI de cirurgia ginecológica (pélvica e mamária), de acordo com o fluxo de pacientes do hospital. Foi efetivada por um único avaliador que ia pessoalmente até o leito da paciente e a abordagem era iniciada assim que o efeito da anestesia havia cessado ou assim que a paciente não apresentasse sonolência e um bom estado de alerta.

A análise de riscos da mobilização no período de POI de pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas foi realizada através de consulta aos prontuários.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 Principais Cirurgias Ginecológicas E Suas Consequências Clínicas.

Os procedimentos cirúrgicos que antes eram encarados com muito medo e receio por parte das mulheres, que os adiavam frequentemente, hoje, graças aos avanços tecnológicos e da medicina são vistos com mais tranquilidade. Cirurgias que antes eram feitas com grandes incisões, longo tempo de internação e recuperação lenta, hoje são, em sua maioria, procedimentos menores, com pouco tempo de internação e rápida recuperação (SANTOS et al., 2006), levando assim a redução da morbidade e menos dor pós-operatória (LEANZA et al., 2014). As principais cirurgias realizadas atualmente na área da ginecologia são: histerectomia, vulvectomia, cirurgia para colocação de sling, mastectomias e reconstruções mamárias. Tais procedimentos serão abordados brevemente a seguir.

A histerectomia é um procedimento cirúrgico que consiste na retirada do útero e pode ser realizada por diversos motivos como endometriose, prolapso uterino, miomas, câncer ginecológico entre outros. Este procedimento pode ser indicado não apenas de maneira curativa, mas também preventiva de acordo com o histórico e necessidades de cada paciente.

Sória et al. (2007) relata que a histerectomia é uma das cirurgias realizadas com mais frequência e calcula-se que de 20-30% das mulheres serão submetidas a esta intervenção até a sexta década de vida.

Sendo a histerectomia um procedimento realizado para o tratamento de diversas afecções o cirurgião pode escolher remover apenas parte do útero ou sua totalidade. Em uma histerectomia supracervical, o cirurgião remove apenas o corpo do útero, mantendo o colo do útero; já em uma histerectomia total remove-se todo o útero juntamente com o colo uterino. (SASAKI et al., 2014)

Existem três vias de acesso para a histerectomia: via abdominal, via vaginal e via laparoscópica sendo estas vias determinadas pelo cirurgião conforme as comorbidades da paciente e a extensão da doença (SÓRIA et al., 2007). Segundo Swenson et al. (2015) o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas recomenda uma abordagem via vaginal para histerectomia sempre que possível e a utilização da abordagem laparoscópica se uma histerectomia vaginal não é viável.

O câncer de vulva corresponde a menos de 1% das neoplasias malignas da mulher e de 3 a 5% dos tumores genitais femininos. Geralmente, o diagnóstico desta afecção é feito tardiamente quando o tumor já se encontra em estágio avançado. No Brasil, a porcentagem de casos diagnosticados nos estádios III e IV variam entre 36 e 57%. Sendo assim, o principal tratamento para o câncer de vulva é a vulvectomy, que tem como característica elevado grau de mutilação e o pós-operatório com recuperação lenta e prolongada, por conta, sobretudo, da complicação mais comum decorrente da cirurgia: a deiscência da ferida cirúrgica. A técnica mais comum para a realização da vulvectomy é a ressecção em bloco por meio de incisão única, conhecida como “asa de borboleta”, utilizada, principalmente, nos estágios avançados. A vulvectomy também pode ser realizada por meio de três incisões: uma para a vulva e uma para cada região inguinal. A vantagem da incisão única é a menor taxa de recidivas, entretanto, a técnica de três incisões apresenta menor incidência de complicações pós-operatórias, menor permanência hospitalar e sobrevida semelhante à das pacientes operadas por incisão única. (VERDIANI E DERCHAIN, 1998)

A incontinência urinária de esforço (IUE) é o tipo de incontinência mais comum entre as mulheres chegando a quase 50% dos casos. Nos casos onde há falha dos tratamentos conservadores, é necessário o emprego do tratamento cirúrgico. A cirurgia consiste na colocação de uma fita de material sintético (sling) abaixo da uretra. (LEANZA et al., 2014)

Em relação as cirurgias de mama, é possível observar que “a incidência de neoplasia mamária maligna aumentou e é provável que, em decorrência das campanhas de prevenção e dos modernos meios para diagnóstico, a necessidade de tratamento cirúrgico também cresceu.” (BELZARENA, 2008)

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo correspondendo a cerca de 25% de novos casos a cada ano. Acima dos 35 anos a incidência cresce gradualmente, especialmente após os 50 anos. (INCA, 2016)

No País, o número de casos aumentou 45% em dez anos, segundo dados do DATASUS, do Ministério da Saúde. (Máximo, 2016)

Políticas públicas nessa área vem sendo desenvolvidas no Brasil desde meados dos anos 80 e foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1998. O controle do câncer de mama é hoje uma prioridade da agenda de saúde do país e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, lançado pelo Ministério da Saúde em 2011. (INCA, INCA - Instituto Nacional do Câncer, 2016)

A mastectomia é o procedimento cirúrgico realizado na remoção da mama. Essa cirurgia é indicada à pacientes diagnosticadas com câncer de mama e também pode ser indicada como cirurgia preventiva para diminuir o risco do câncer de mama. A mastectomia total ou simples é a remoção total do tecido mamário; a mastectomia radical que remove todo o tecido mamário, alguns gânglios linfáticos e algumas vezes há a remoção dos músculos peitorais, entretanto, a mastectomia radical poupando esses músculos geralmente é recomendada. Dependendo do tamanho da mama e do tumor também pode ser indicada a setorectomia que consiste na retirada de um segmento ou quadrante da mama onde o tumor está localizado. (NAZÁRIO et al., 2015)

Quando a doença já está disseminada normalmente há a necessidade de se fazer, além da mastectomia, o esvaziamento axilar que consiste na remoção dos gânglios da axila do mesmo lado da mama acometida. Entretanto, é possível fazer a biópsia do linfonodo sentinela que é a identificação do primeiro gânglio acometido pela doença por meio de uma injeção de corante azul na região periareolar onde é drenado marcando o linfonodo sentinela. Evitar essa ressecção é muito importante pois poupa a paciente do risco de desenvolver linfedema. (NAZÁRIO et al., 2015)

Após a cirurgia para a remoção do câncer de mama, pode ser necessária uma cirurgia de reconstrução e/ou simetrização das mamas não somente pela estética mas também devido as alterações posturais que a ausência de uma mama trazer, principalmente se a paciente tiver uma mama grande. (GIMENES et al., 2013)

A reconstrução envolve uma avaliação ampla e as técnicas para fazê-la variam de acordo com a quantidade de tecido removido na cirurgia anterior. A mama pode passar por reconstrução imediatamente ou tardiamente ao processo de mastectomia e geralmente é feita com um retalho do musculo reto abdominal ou colocação de expansor de pele gradualmente expandido no pós-operatório para a

inserção de prótese mamária ou colocação de prótese mamária imediata. (NAZÁRIO et al., 2015)

Segundo Giordano et al. (2009) o sucesso de uma cirurgia tem início na avaliação pré-operatória. Os exames devem ser os mais amplos possíveis pois além de avaliar a saúde diminui a ansiedade do paciente em relação ao seu estado clínico.

O que já se sabe em relação às implicações clínicas causadas pelas cirurgias é que, em geral, os efeitos adversos relatados no pós-operatório são náuseas, vômito, dor, hemorragia e cefaleia (SANTOS et al. 2006). Náusea e vômito são os efeitos adversos mais comuns no pós-operatório (SCHNAIDER et al., 2008). Existem alguns fatores que contribuem para o aparecimento desses efeitos como dor, ansiedade, medo, desidratação e alguns odores (SCHNAIDER et al., 2008). Podem estar relacionados também com o paciente, o tipo de anestesia, o local, duração e extensão da cirurgia, as condições clínicas pré-operatórias e intercorrências cirúrgicas. (SCHNAIDER et al., 2008) (SANTOS et al., 2006)

“O gênero feminino e o procedimento cirúrgico ginecológico são fatores de risco importantes, com incidência em torno de 70% de náuseas e vômitos no pós-operatório.” (SCHNAIDER et al., 2008)

Outro evento que pode ocasionar náuseas e vômito é a tração dos órgãos que ocorre durante a manipulação cirúrgica que poderia provocar reflexos parassimpáticos, mas isso só se aplicaria às cirurgias abdominais e pélvicas. Entretanto, não há evidências que tais efeitos adversos tenham relação com a região topográfica destes procedimentos cirúrgicos. (SANTOS et al., 2006)

Durante um estudo realizado no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (UNICAMP, Campinas, SP), foi possível observar a presença de dor pós-operatória mais frequentemente associada à cirurgias realizadas na pelve e ao tabagismo. “Dentre as mulheres que apresentaram dor, 67% eram tabagistas, enquanto que dentre as que não referiram dor apenas 24% eram tabagistas.” (SANTOS et al., 2006, p.205)

As realizações desses procedimentos cirúrgicos acarretam alterações nos ritmos biológicos do organismo devido a mudanças na fisiologia e nas atividades de

vida diária (AVD's) o que pode ser um ponto negativo levando em conta que no momento após a cirurgia a integridade das funções orgânicas é de suma importância para que haja uma boa recuperação. Essas mudanças também podem levar a alterações discretas no sono, mas com rápido retorno as características consideradas normais para cada paciente (ZAROS E CEOLIM; 2008)

Muitos estudos relatam que os efeitos adversos pós-cirúrgicos são mais frequentes em mulheres. Segundo Tennant et al. (2012) uma possível explicação para esse fato é que as mulheres se sentem mais à vontade em relatar suas queixas, já os homens tendem a expressar menos seus desconfortos.

A ocorrência de algum efeito adverso mostra-se relativamente frequente dentre as cirurgias ginecológicas porém sem apresentar maiores complicações clínicas (SANTOS et al., 2006). É necessário que haja uma atenção maior em relação a esses efeitos pois complicações deste tipo podem levar a um maior tempo de internação, maior custo hospitalar e insatisfação do paciente.

4.2 Vias De Acesso (Das Cirurgias Ginecológicas) X Deambulação

Como dito anteriormente, os avanços da tecnologia e da medicina vem favorecendo os pacientes submetidos a cirurgias em vários aspectos já que esses progressos permitem que os procedimentos cirúrgicos, até mesmo aqueles considerados de alta complexidade, se tornem métodos minimamente invasivos. Um ótimo exemplo disso são as cirurgias laparoscópicas hoje muito utilizadas em diversos tipos de procedimentos que permitem a manipulação por pequenas vias de acesso e traz grandes benefícios aos pacientes quando comparadas as cirurgias convencionais. (SANTOS et al., 2006)

Nas cirurgias para remoção do câncer de mama são realizados procedimentos relativamente superficiais o que causaria menor estresse pós-cirúrgico em comparação a outros procedimentos. Nos procedimentos relacionados à mama um estudo revela que após a mobilização as respostas cardiovasculares e a oxigenação dos tecidos continuam preservados e a intolerância ortostática é pouco frequente (MULLER et al., 2010).

Além do fator estético, as pequenas incisões tornam o procedimento menos doloroso à paciente o que é essencial visto que a dor é um grande empecilho

quando se trata de mobilização e está diretamente relacionada ao retorno precoce das AVD's e a alta hospitalar precoce e conseqüentemente menor risco de infecção e menor custo. (MULLER et al., 2010)

A mobilização precoce após a cirurgia é muito importante para uma melhor recuperação da paciente. É uma tática que visa diminuir a morbidade e o tempo de permanência no hospital. Entretanto, além da dor, a intolerância ortostática também é uma barreira para a mobilização apesar de menos frequente (MULLER et al., 2010).

A intolerância ortostática consiste em uma incapacidade do paciente manter-se na posição vertical devido a sintomas de hipoperfusão cerebral como tonturas, náusea, sensação de calor e visão turva. Por causa desses sintomas a incapacidade de deambular após a cirurgia tem sido observada e é também uma causa de permanência prolongada no hospital (MULLER et al., 2010).

4.3 Tipos De Anestesia E A Movimentação Precoce

Nos últimos anos o risco anestésico pôde ser reduzido devido ao desenvolvimento de agentes anestésicos mais seguros e seus diferentes modos de administração (TENNANT et al., 2012). Um estudo realizado por Tennant et al. (2012) revela que 83% dos pacientes entrevistados relataram pelo menos uma complicação pós-operatória o que nos mostra que este tipo de complicação ainda é muito frequente embora o número de mortalidades tenha diminuído. No entanto, mesmo com esse alto índice de complicações apenas 2% dos pacientes relataram sua experiência anestésica como ruim.

Estes dados nos revelam a importância da pesquisa e do estudo por parte dos anesthesiologistas para que possam proporcionar aos pacientes o melhor tipo de anestesia de acordo com cada doença e procedimento cirúrgico a ser realizado.

Muitos procedimentos cirúrgicos em cirurgia geral, ortopedia, obstetrícia, ginecologia e urologia podem ser realizados sob raquianestesia. Esta anestesia é uma forma de anestesia regional envolvendo injeção de um anestésico local no espaço subaracnóide que contém líquido cefalorraquidiano (LCR) com punção da dura-máter com uma agulha especial. A anestesia regional fornece mobilização e alta precoce do paciente, melhor controle da dor, baixo custo e é adequada para

muitos pacientes com doença pulmonar. Apesar das muitas vantagens, algumas desvantagens também existem. A anestesia pode resultar em complicações graves, como hipotensão, bradicardia ou toxicidade anestésica, e complicações tardias como dor de cabeça, dor nas costas e lesão do nervo espinhal (HATIPOGLU et al., 2014). As incidências de hipotensão e bradicardia com procedimentos anestésicos são 15-38% e 10%, respectivamente. Complicações graves resultando em parada cardíaca são extremamente raros. A ocorrência e extensão de distúrbios hemodinâmicos após raquianestesia são imprevisíveis. Os fatores de risco para o seu desenvolvimento não foram explicitamente identificados, mas pode estar associado com doença circulatória de base. (LAWICKA et al., 2015). Segundo Yu et al (2015), a utilização desta técnicas para uma variedade de procedimentos cirúrgicos resultou uma redução na mortalidade, tromboembolismo venoso, enfarte do miocárdio, e várias outras complicações. A raquianestesia é um anestésico que tem um bom perfil de segurança com várias vantagens sobre anestesia geral. Estas vantagens incluem o paciente estar acordado e orientado no final do procedimento, menos dor pós-operatória, e a capacidade de deambulação mais cedo do que os pacientes que recebem anestesia geral. Além disso, a incidência de náuseas e vômitos são menos comuns na raquianestesia do que na anestesia geral. Alguns problemas relacionados com a técnica de anestesia geral, tais como danos na cavidade oral durante a laringoscopia, dor de garganta e dor relacionada à intubação e / ou extubação são impedidos por administração de anestesia regional para pacientes submetidos a intervenções laparoscópicas.

Com anestesia geral, os pacientes são permitidos amnésia de todo o procedimento e os médicos podem manter total controle sobre a via aérea e a circulação do paciente. No entanto, a anestesia geral está associada a maior dor e maior recuperação pós-operatória quando comparada com a anestesia regional. (POPE et al.,)

Outras complicações anestésicas também podem ser derivadas de doenças que o paciente já possuía como problemas cardíacos, pulmonares ou hepáticos, ou ainda, por intercorrências da própria cirurgia. (HATIPOGLU et al., 2014)

Em um Estudo Comparativo Entre Anestesia Peridural Torácica e Anestesia Geral em Mastectomia Oncológica foi possível constatar uma maior incidência de

hipotensão arterial em pacientes que receberam anestesia peridural e hipertensão entre as que receberam anestesia geral que, como já foi dito, interfere na função dos barorreceptores influenciando a regulação da PA. Nas pacientes que receberam anestesia peridural também foi possível observar menos episódios de náuseas e vômitos e menor intensidade da dor. A anestesia geral tem grande incidência de náuseas e vômitos no pós-operatório e não se faz eficaz no controle da dor. Sendo assim a administração de anestesia peridural torácica neste tipo de paciente se mostra mais adequada segundo este estudo de BELZARENA (2008).

O estudo de Dagistan et al. (2014) concluiu que a duração da anestesia, náuseas e vômitos, necessidade de analgésicos, e outras complicações foram significativamente menores nos pacientes que receberam anestesia regional, em comparação com o grupo que recebeu anestesia geral. A anestesia regional é também uma técnica que reduz sangramento intra-operatório, dor pós-operatória e complicações tromboembólicas.

Vale ressaltar também que toda anestesia necessita de um tempo de repouso no pós-operatório para a recuperação das funções do organismo.

A deambulação precoce está diretamente ligada a esses fatores tendo em vista que os pacientes devem estar com sua função fisiológica estabilizada para que não haja nenhum efeito indesejado durante o processo de deambulação que requer grande esforço e cuidado quando se trata de um paciente no POI. (CORDEIRO et al., 2015)

Os efeitos colaterais causados por certos tipos de anestesia devem ser estudados cuidadosamente para que o paciente possa receber a melhor técnica anestésica para o seu caso visando minimizar tais efeitos e beneficiar o paciente na recuperação não havendo limitações para a deambulação precoce e assim um retorno mais rápido às atividades comuns do dia a dia. (CORDEIRO et al., 2015)

4.4 Síndrome Do Imobilismo

Esta síndrome foi descrita por Pietro de Nicola como uma síndrome que tem origem na imobilidade e repercute negativamente nos órgãos e aparelhos que podem ser prejudicados da própria imobilidade e suas consequências como

distúrbios cardiovasculares e respiratórios, digestivos e metabólicos, constipação, hipotonia muscular, contraturas, entre outros. (FREITAS et al., 2006)

Síndrome do imobilismo (SI) pode ser definida então como um “complexo de sinais e sintomas resultantes da supressão de todos os movimentos articulares e, por conseguinte, da incapacidade da mudança postural”. (FREITAS et al., 2006)

Entretanto, não podemos dizer que todo paciente acamado tenha SI. Para ser diagnosticada deve-se avaliar critérios específicos da síndrome. O critério maior seria déficit cognitivo médio à grave e múltiplas contraturas. O critério menor considera-se sinais de sofrimento cutâneo ou úlcera de decúbito, disfagia leve a grave, dupla incontinência e afasia. Define-se o paciente com SI quando encontra-se as características do critério maior e pelo menos duas características do critério menor. (FREITAS et al., 2006)

Quando há SI, o paciente permanece no leito por várias horas ou dias e isso faz com que os barorreceptores percam sua sensibilidade. Assim, as alterações que seriam normais ao ortostatismo como aumento de frequência cardíaca, vasoconstrição arterial e aumento do débito cardíaco não ocorrem levando à hipotensão. Sendo assim, há uma má perfusão do sistema nervoso central (SNC) desencadeando síncope e perda de consciência. (FREITAS et al., 2006)

A partir de 1860 o repouso no leito passou a ser adotado de forma abusiva para todos os processos de doença, mas, atualmente, esse comportamento vem sofrendo mudanças, tais como a mobilização precoce no pós-operatório. (FREITAS et al., 2006)

4.5 Principais Complicações Das Cirurgias

O principal tratamento para as doenças ginecológicas malignas é a cirurgia, seguido por quimioterapia e/ou radioterapia. Muitas vezes as mulheres com câncer ginecológico são pacientes clinicamente e cirurgicamente mais complexos e dependendo do local do câncer, as taxas de complicações são de até 50%, o que contribui para taxas de morbidade pós-operatória elevadas. A morbidade pós-operatória pode prolongar a recuperação cirúrgica, atrasar tratamentos adjuvantes, aumentar os custos com cuidados gerais e ter implicações físicas, sociais e emocionais para o paciente e sua família. Sendo assim, a qualidade da recuperação

cirúrgica é tão importante quanto a cirurgia propriamente dita já que este normalmente é o primeiro passo para o tratamento. (KM Doll et al., 2014)

4.6 Trombose Venosa Profunda (TVP)

O tromboembolismo venoso (TEV) é uma das complicações pós-operatórias mais temidas. Apesar do aumento do monitoramento dessas complicações e o aumento do uso de tromboprolaxia, a incidência de TEV pouco mudou ao longo dos últimos 25 anos (Swenson et al., 2015).

O TEV, que inclui trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP), é uma importante causa de morbidade e mortalidade pós-operatória (Tikkinen et al., 2014) (Qu et al., 2015) (Martino et al., 2012). De acordo com Ramirez et al. (2013), entre as mulheres submetidas a grande cirurgia ginecológica, sem tromboprolaxia, o risco de TVP varia de 17% a 40%. Entre as mulheres submetidas à cirurgia por câncer ginecológico o risco de TVP é ainda maior, sem tromboprolaxia. Segundo GAO Jie (2012), a TVP é composta por uma tríade de estase venosa, dilatação da veia da perna e mudanças na coagulação venosa que leva a graves consequências. A TVP é a principal causa de EP chegando a cerca de 40% de mortes após cirurgia ginecológica (Qu et al. 2015). Alguns fatores de risco para TEV são: cirurgia, imobilização, aumento da idade, obesidade e também malignidade (Brummer et al., 2012). Um estudo de Abel et al. (2014) identificou que tempo operatório, aumento do IMC e receber transfusão de sangue também podem ser fatores de risco associados com o desenvolvimento de TEV. (Qu et al., 2015)

Segundo Tikkinen et al. (2014), uma revisão sistemática e meta-análise incluindo procedimentos cirúrgicos ginecológicos, urológicos e gastrointestinais demonstrou que a profilaxia farmacológica diminui o risco de TEV em pacientes cirúrgicos em cerca de 50%, mas aumenta o risco de hemorragia pós-operatória em aproximadamente 50%.

Segundo Qu et al. (2015), a taxa de incidência da TVP é de cerca de 10% a 40% em pacientes cirúrgicos gerais sem profilaxia. Com a profilaxia, a incidência de pós-operatório de TEV foi de 1,14% em mulheres com doença ginecológica, 0,7% em pacientes submetidos a cirurgia ginecológica laparoscópica, 0,3% em pacientes submetidos a cirurgia uroginecológica e 4% em pacientes com câncer ginecológico,

em pacientes com TVP sintomáticos, enquanto os pacientes assintomáticos poderiam ser facilmente negligenciado sob a ausência de detecção eficaz. De fato, aproximadamente 50% dos pacientes com TVP são silenciosos, de modo que a real incidência de TVP no pós-operatório pode ser maior do que o relatado. Entretanto, de acordo com a avaliação de Caprini, pacientes submetidos a cirurgia laparoscópica por carcinoma ginecológico estão em alto risco de TEV. Mas um estudo indicou que a prevalência de TEV após cirurgia minimamente invasiva para endometriose e câncer de colo do útero era tão baixa quanto 0,5%. O câncer é considerado um fator de risco independente para TEV e a incidência desta aumenta de 2 a 3 vezes em pacientes com doença maligna em comparação com aqueles com doença benigna. Além disso, os pacientes com neoplasia maligna passam por procedimentos cirúrgicos mais complicados e com maior tempo de cirurgia que aumentaria ainda mais o risco de TVP pós-operatória. A incidência de TVP em pacientes com idades entre 40 a 60 anos, sem fator de risco adicional (risco moderado) e em pacientes com idade de 40 a 60 anos com câncer (alto risco) são de 4,1% e 28,2%, respectivamente.

Segundo Martino et al. (2012), as taxas de TVP variam de 2% a 34% entre pacientes com diferentes tipos de câncer, enquanto a doença metastática parece atribuir um risco ainda maior.

Segundo Alsubaie et al. (2015), cirurgia de câncer abdominal é um fator de risco para TEV e persiste após a alta hospitalar e descontinuidade da trombopprofilaxia, mas apenas poucos estudos avaliaram a eficácia e a segurança da trombopprofilaxia prolongada com heparina de baixo peso molecular (HBPM) após a alta hospitalar em pacientes submetidos a cirurgia para o câncer abdominal ou pélvica.

Segundo Swenson et al. (2015), a prevalência de TEV após histerectomia, varia consideravelmente entre 1% - 12%.

Ramirez et al. (2013) sugeriu que o risco de TEV pode ser reduzida em pacientes submetidos à cirurgia ginecológica minimamente invasiva em comparação à cirurgias extensas porque a cirurgia minimamente invasiva é frequentemente associada com menor trauma cirúrgico, menor tempo de internação e retorno mais rápido às AVDs.

4.7 Sangramento

Alguns estudos tem mostrado a incidência de sangramentos em cerca de 0,2% a 2% após histerectomia. Embora a incidência seja baixa, alguns médicos podem se deparar com hemorragias de diferentes graus (Paul et al., 2014).

Alguns fatores de risco para hemorragia são: infecção da cúpula vaginal, hematoma, técnica cirúrgica, lesão por eletrocoagulação e retorno rápido das atividades físicas. O tamanho do útero significativamente maior também pode ser responsável pelo aumento da incidência de sangramentos (Paul et al., 2014).

Segundo Sasaki et al. (2014), mulheres que se submetem à histerectomia supra cervical são mais propensas a ter sangramento vaginal pós-operatório. Taxas de sangramento persistente tem sido relatada de 0,92% a 25% dos casos.

4.8 Pneumonia

A mobilização dos pacientes restritos ao leito, pode ser considerada um mecanismo de reabilitação precoce com importantes efeitos através das várias etapas do transporte de oxigênio, procurando manter a força muscular e a mobilidade articular, e melhorando a função pulmonar e o papel do sistema respiratório. (DANTAS et al., 2012)

Segundo Browning et al. (2007), as evidências sugerem que a mobilização precoce pode reduzir a incidência de complicações pulmonares pós-operatórias mas não se sabe se a quantidade de mobilização realizada na vertical é um fator significativo na prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias.

4.9 Importância Da Deambulação Precoce No POI

A mobilização precoce é uma prática importante no período pós-operatório. Seus benefícios foram descritos inicialmente em 1940 quando foi observada a necessidade de mover-se para acelerar a recuperação e reduzir as complicações pulmonares pós-operatórias. “Não há definição padrão para a mobilização precoce, e tem sido relatado que incluem: mover na cama, sentado fora da cama, em pé, deambulando no local, deambulação corredor, e exercício de baixa intensidade. Mobilização envolvendo uma posição vertical parece ser de maior benefício no período pós-operatório imediato”. (Browning et al., 2007)

“A imobilidade proporciona prejuízos na função muscular, os quais variam de uma diminuição diária de força muscular de 1,3 a 3% e de 10% no período de uma semana de inatividade”. (DANTAS et al., 2012) O repouso prolongado no leito resulta em alteração nas fibras musculares. As isoformas de miosina mudam de fibras de contração lenta para rápida, a síntese de proteínas é reduzida e o desuso atrofia o músculo esquelético. (SIBINELLI et al., 2011)

Segundo um estudo de Lopes et al. (2008), os resultados apontaram que, além de segura, a mobilização precoce, pode também diminuir o tempo de hospitalização e, após a alta, estes pacientes sentem-se aptos a retornarem ao trabalho mais precocemente, se comparados com o grupo de mobilização tardia. O exercício melhora a auto-confiança, diminuindo a ansiedade sobre as atividades físicas diárias, o que incentiva o paciente a voltar ao seu cotidiano.

Um estudo de Muller et al. (2010) sugeriu que a tensão aplicada durante a cirurgia pode dar início a uma profunda cascata hormonal, dependendo da magnitude da cirúrgica. Devido ao procedimento superficial da cirurgia de câncer de mama, o estresse pode ser menor em comparação com grandes procedimentos concluindo-se que após a mobilização, respostas cardiovasculares e oxigenação dos tecidos são preservados após cirurgia de câncer de mama e intolerância ortostática é pouco frequente (5%). Isto está em contraste com os resultados obtidos 6 horas após a prostatectomia radical, onde 50% dos pacientes apresentaram intolerância ortostática após a mobilização, em conjunto com resposta cardiovascular alterada.

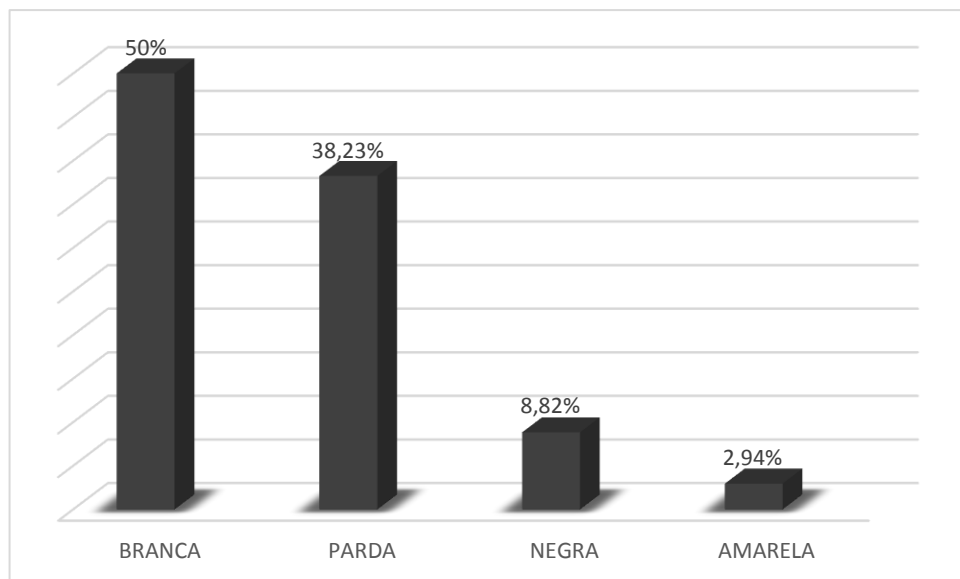
A equipe do hospital, incluindo fisioterapeutas, podem ajudar na deambulação aumentando a assistência no POI para pacientes dependentes já que esta intervenção tem potencial para reduzir o tempo de permanência e é de grande importância para o sistema de saúde, pois podem reduzir demanda de leitos hospitalares, permitindo assim que mais cirurgias sejam realizadas. (Browning et al., 2007)

5 RESULTADOS

Foram incluídas neste estudo 34 mulheres com idades entre 28 e 86 anos com média de idade de 51,58 anos. Dados pessoais de cada paciente foram colhidos para identificar o perfil demográfico dessas mulheres, como mostrado nos gráficos a seguir.

O gráfico 1 representa o percentual de etnias encontradas nas mulheres internadas, onde 50% delas consideram-se brancas, 38,23% pardas, 8,82% negras e 2,94 amarela.

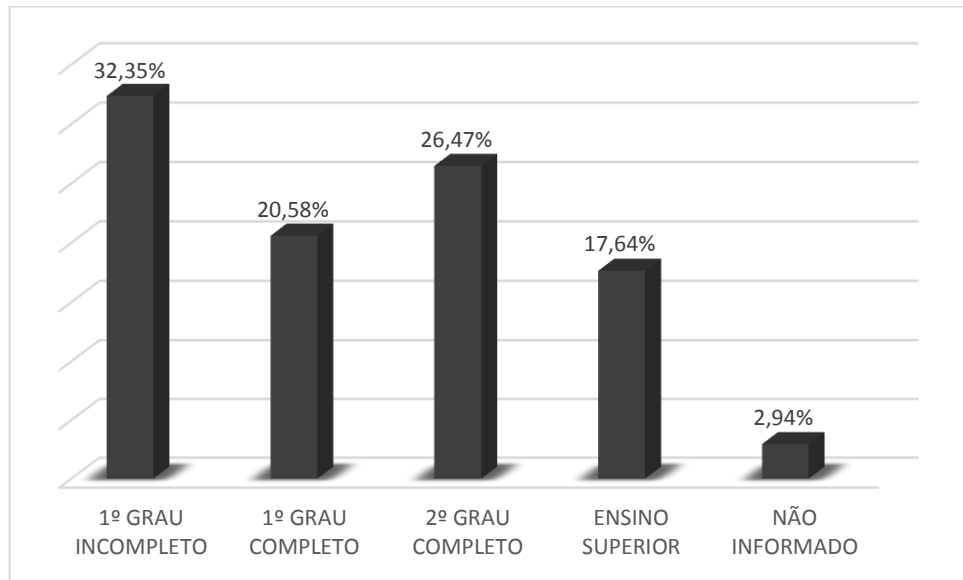
Gráfico 1 – Etnias das mulheres internadas em POI.



Fonte: Elaborado pelo autor

O nível de escolaridade variou entre primeiro grau incompleto e ensino superior completo, onde 32,35% informaram ter primeiro grau incompleto, 20,58% primeiro grau completo, 26,47% segundo grau completo, 17,64% ensino superior completo e 2,94% não informaram.

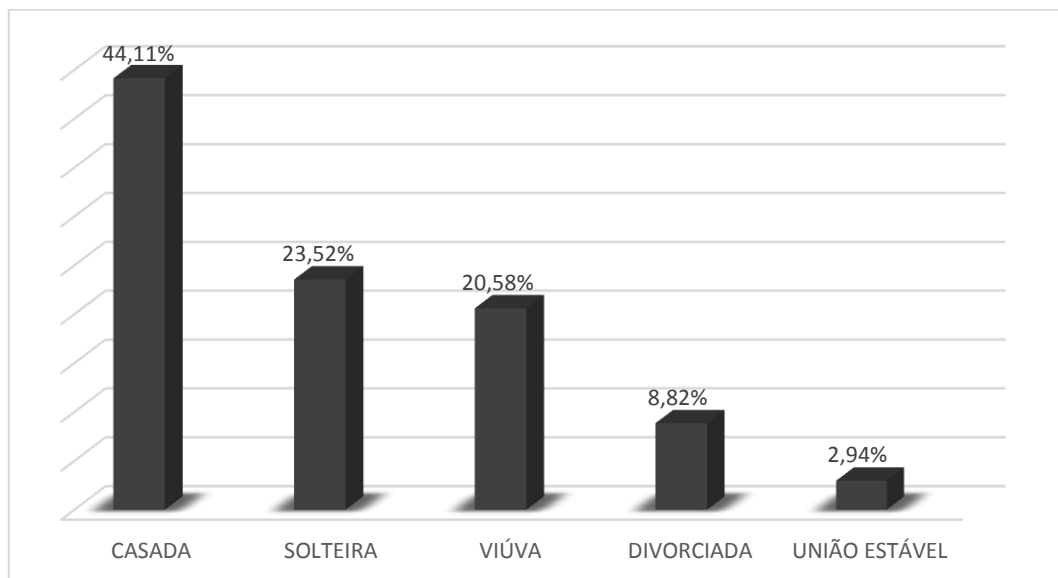
Gráfico 2 – Nível de escolaridade das mulheres internadas em POI.



Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação ao estado civil, 44,11% são casadas, 23,52% solteiras, 20,58% viúvas, 8,82% divorciadas e 2,94% viviam em união estável.

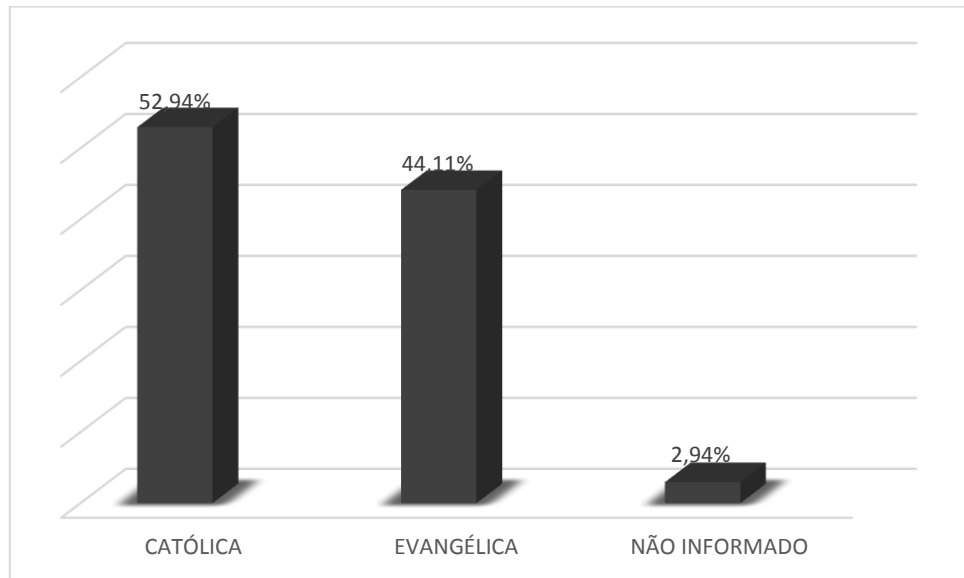
Gráfico 3 – Estado civil das mulheres internadas em POI.



Fonte: Elaborado pelo autor

A religião das mulheres foi relatada como 52,94% católicas, 44,11% evangélicas e 2,94% não foi informado.

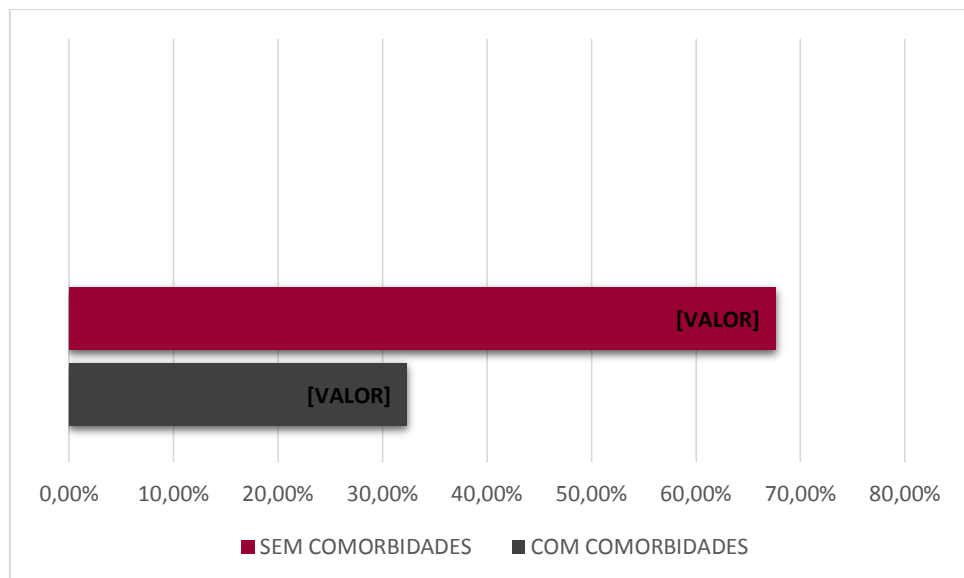
Gráfico 4 – Religião das mulheres internadas em POI.



Fonte: Elaborado pelo autor

Dentre as mulheres incluídas neste estudo, 67,64% relataram não ter comorbidades e 32,35% disseram ter alguma comorbidade associada.

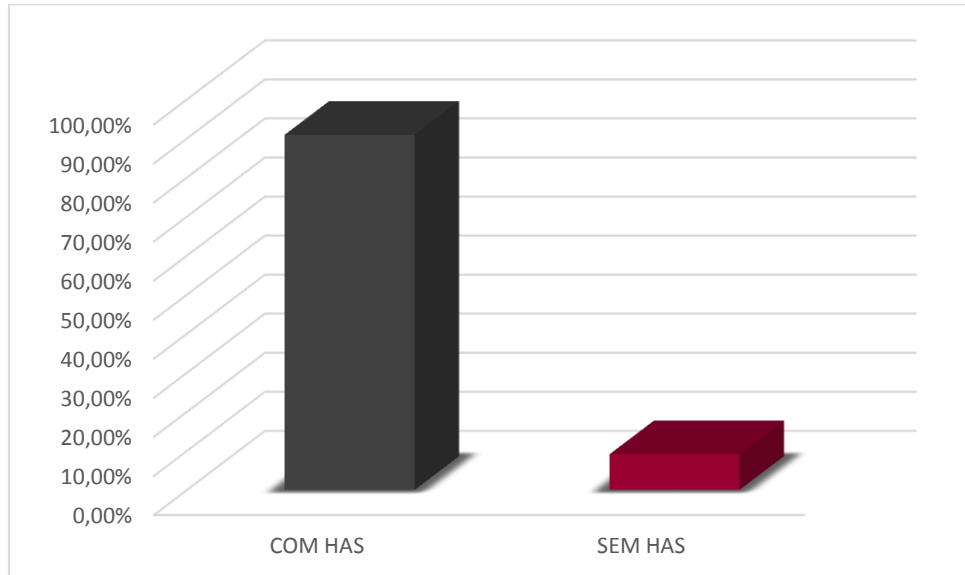
Gráfico 5 – Mulheres com comorbidades X sem comorbidades.



Fonte: Elaborado pelo autor

A principal doença relatada foi HAS, onde 90,90% das mulheres eram hipertensas e 9,09% não relataram HAS.

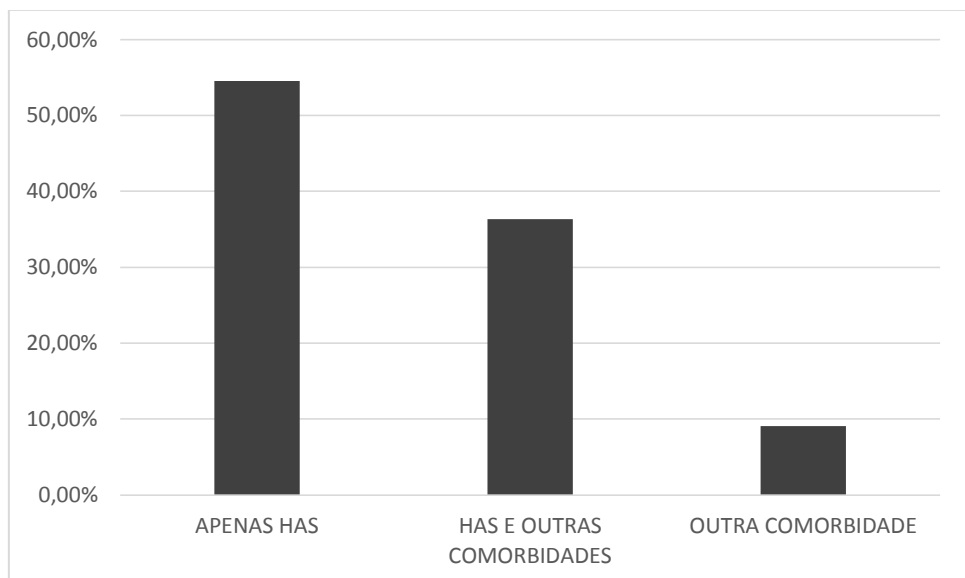
Gráfico 6 – Mulheres com hipertensão X sem hipertensão.



Fonte: Elaborado pelo autor

Muitas vezes a HAS estava associada a outras comorbidades, onde 54,54% possuíam apenas HAS, 36,36% HAS e outras comorbidades associadas e 9,09% possuíam apenas outra comorbidade.

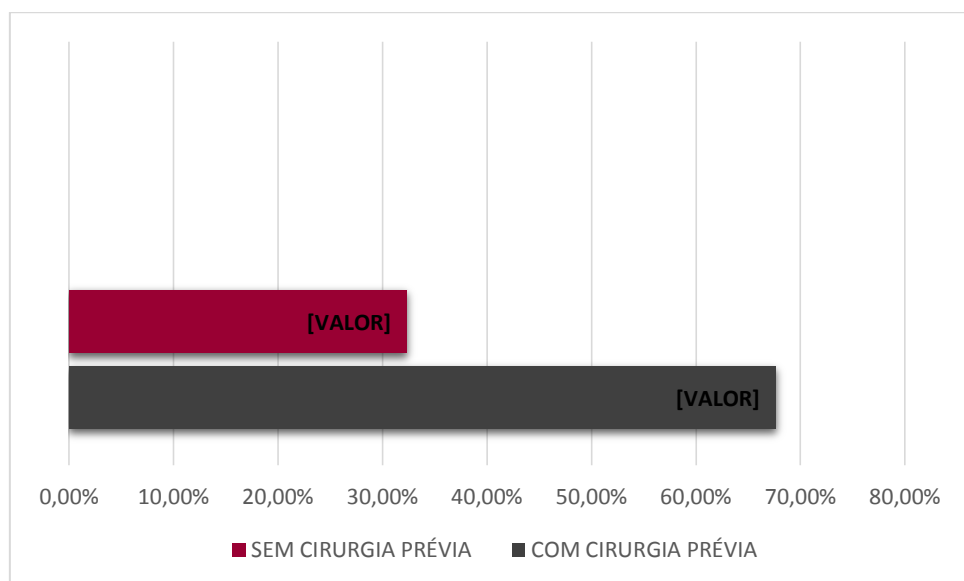
Gráfico 7 – Mulheres que apresentaram HAS, HAS associada a outras comorbidades ou apenas outra comorbidade.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Dentre os relatos sobre cirurgias anteriores, 32,35% disseram não ter passado por cirurgias prévias e 67,64% haviam passado por alguma cirurgia anteriormente. Dentre essas cirurgias prévias incluíam-se: abdominoplastia, mamoplastia, mastectomia, cesárias, cirurgias abdominais, cirurgias para o tratamento de endometriose, prolapso de bexiga, ligadura tubária, retirada de mioma, histerectomia, cirurgias dermatológicas, litotripsia, colecistectomia e cirurgias ortopédicas.

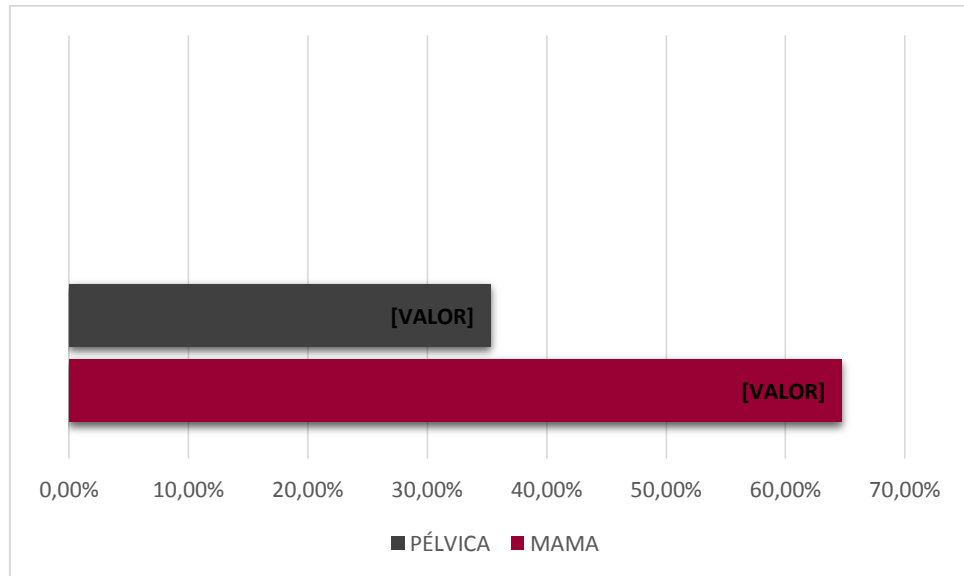
Gráfico 8 – Mulheres que já haviam feito cirurgias prévias X sem cirurgias prévias.



Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação aos tipos de cirurgia, 35,29% das pacientes submeteram-se a cirurgias pélvicas, tais como: histerectomia, salpingectomia, ooforectomia, videolaparoscopia e histeroscopia e 64,70% submeteram-se a cirurgias de mama, tais como: mastectomia, reconstrução de mama, quadrantectomia, setorectomia e mamoplastia.

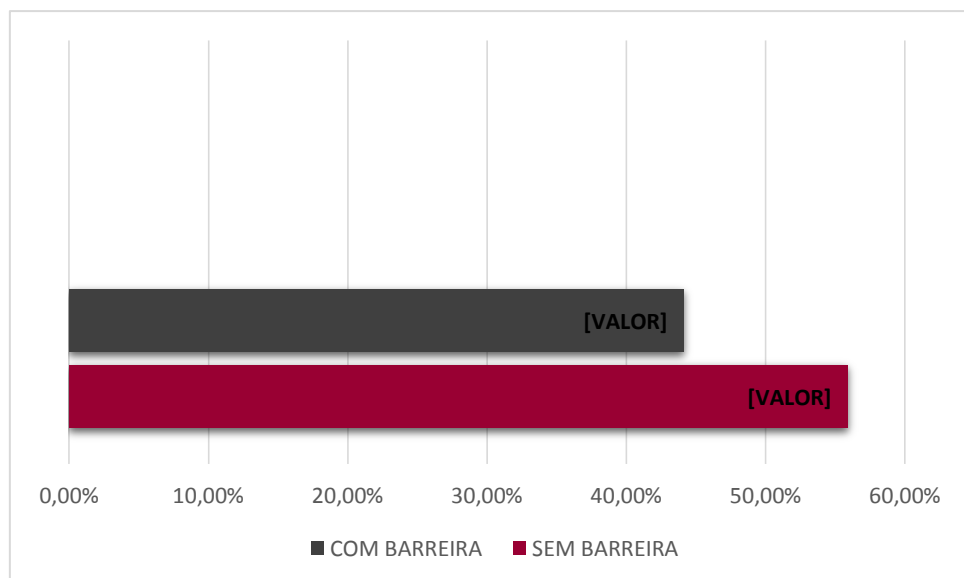
Gráfico 9 – Cirurgias de mama X pélvicas.



Fonte: Elaborado pelo autor

Sendo assim, o percentual de mulheres que relataram alguma barreira para a deambular foi de 44,11% contra 55,88% que disseram não ter barreiras. Este dado pode estar relacionado com o fato de que a maioria das mulheres deste estudo foram submetidas à cirurgias de mama, o que diminui a relação entre as barreiras encontradas para a deambulação e a movimentação dos membros inferiores, já que estes não teriam proximidade com o local da incisão/cirurgia.

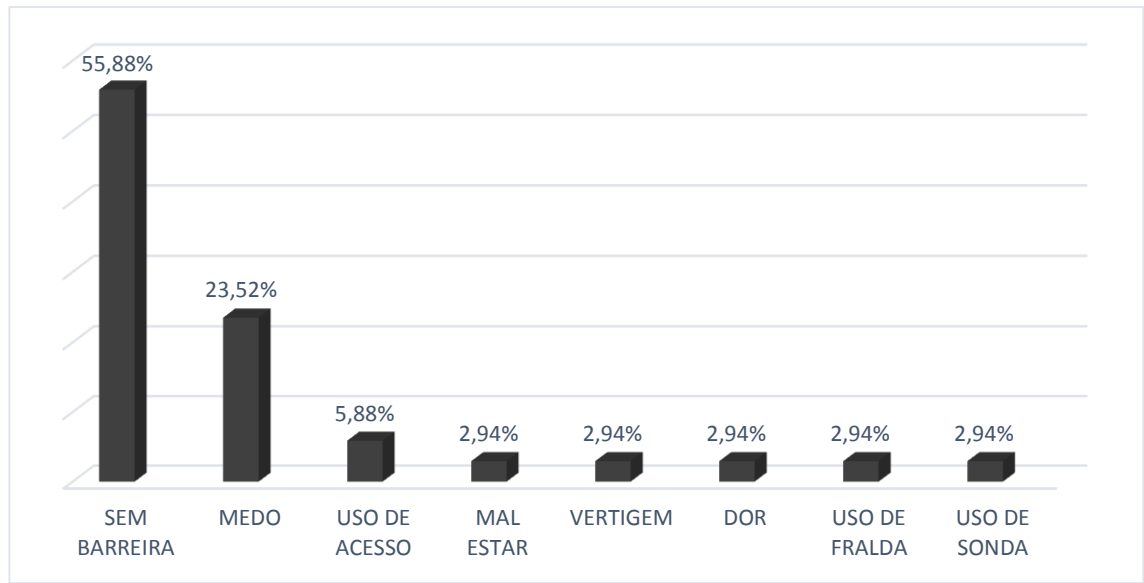
Gráfico 10 – Mulheres que relataram barreiras X sem barreiras.



Fonte: Elaborado pelo autor

Dentre as barreiras apontadas, 23,52% das mulheres relataram medo como barreira à deambulação precoce, 5,88% uso de acesso, 2,94% mal-estar (condição clínica), 2,94% vertigem, 2,94% dor, 2,94% uso de fralda e 2,94% uso de sonda. 55,88% das mulheres disseram que nada limitaria a deambulação precoce.

Gráfico 11 – Barreiras apontadas pelas pacientes do POI.

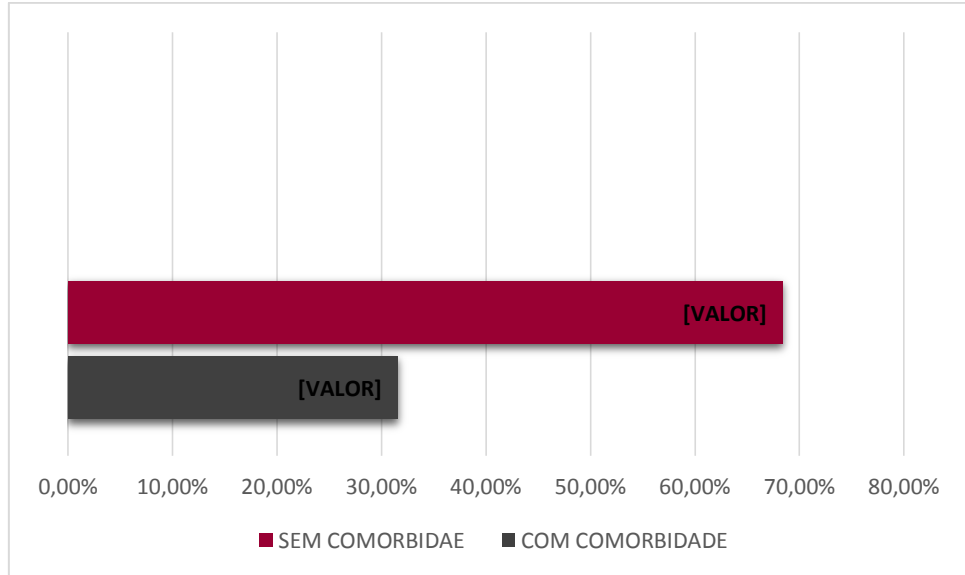


Fonte: Elaborado pelo autor

É possível ressaltar também, algumas características que poderiam predispor as mulheres a apresentar algum tipo de barreira, como: tipo de cirurgia, se passaram por alguma cirurgia prévia e se apresentavam alguma comorbidade, já que esses fatores podem estar diretamente relacionados ao seu relato de barreira para deambulação, uma vez que o local da cirurgia, o tipo de comorbidade associada ou uma experiência ruim com alguma cirurgia prévia, podem trazer sensação de medo, dor ou insegurança.

Em relação as mulheres que não relataram barreiras, 68,42% não apresentavam comorbidades e 31,57% traziam algum tipo de comorbidade. Dentre elas, as principais são: crises convulsivas, hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, hipotireoidismo e osteoporose.

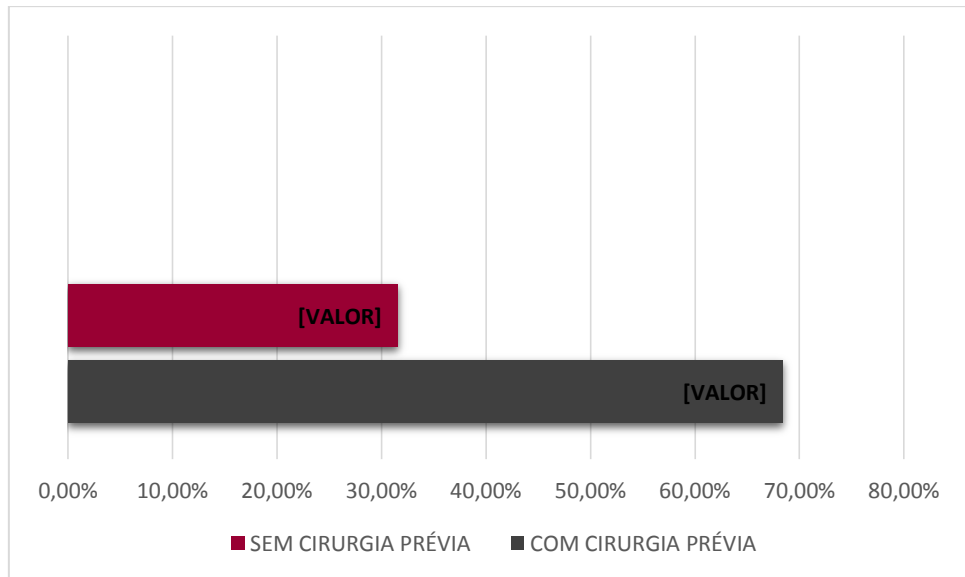
Gráfico 12 – Pacientes que não relataram barreiras com comorbidades X sem comorbidade



Fonte: Elaborado pelo autor

Dos 55,88% das mulheres que não relataram barreiras, 68,42% referiram ter passado por cirurgia prévia e 31,57% disseram não ter realizado nenhuma cirurgia anterior. Este fato estaria relacionado a uma boa experiência com a cirurgia anterior.

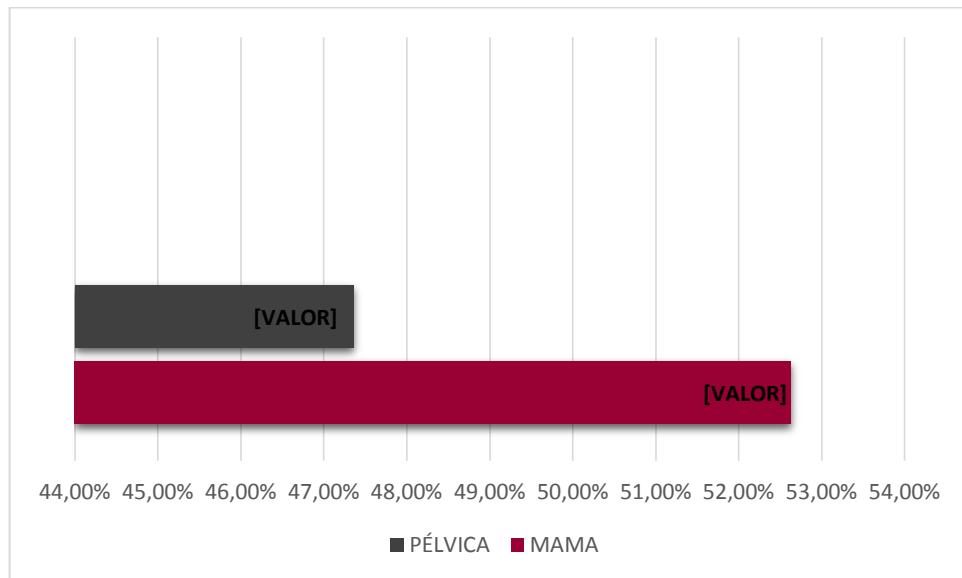
Gráfico 13 – Pacientes que não relataram barreiras e passaram por cirurgias prévias X sem cirurgias prévias.



Fonte: Elaborado pelo autor

Ainda sobre as mulheres que não relataram barreiras, 47,36% passaram por cirurgias pélvicas e 52,63% por cirurgias de mama.

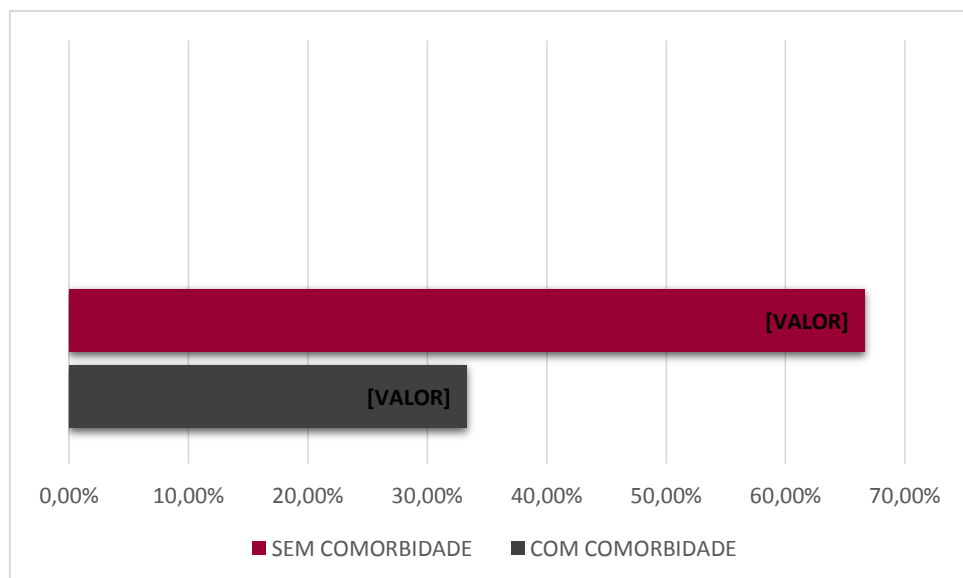
Gráfico 14 – Mulheres que não relataram barreiras e realizaram cirurgias de mama X cirurgias pélvicas.



Fonte: Elaborado pelo autor

Já em relação as mulheres que relataram barreiras, 66,66% não apresentavam comorbidades e 33,33% referiram algum tipo de comorbidade.

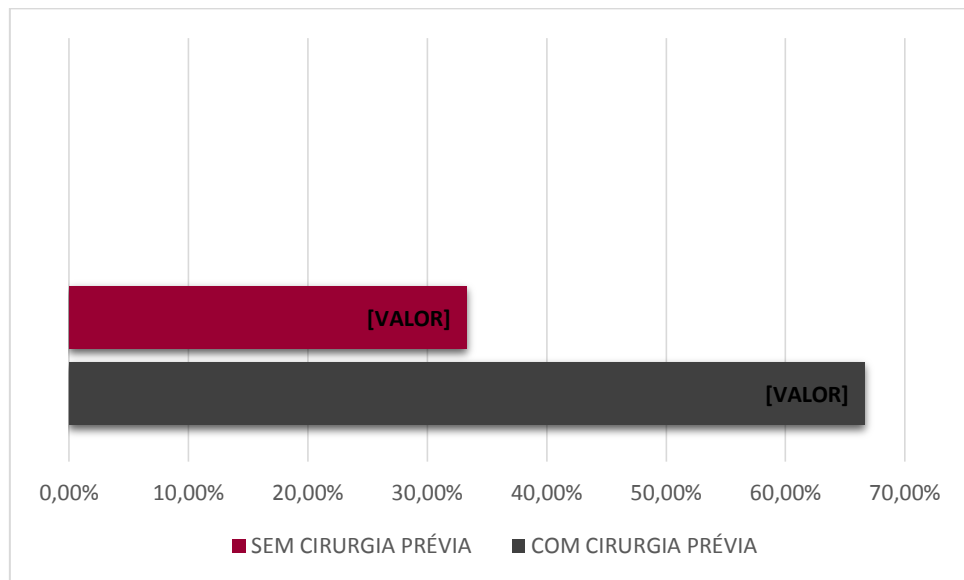
Gráfico 15 - Pacientes que relataram algum tipo de barreira e apresentavam comorbidades X sem comorbidade



Fonte: Elaborado pelo autor

Dos 44,11% das mulheres que relataram barreiras, 66,66% referiram ter passado por cirurgias prévias como: abdominoplastia, mamoplastia, mastectomia, cesárias, cirurgias abdominais, cirurgias para o tratamento de endometriose, prolapso de bexiga, ligadura tubária, retirada de mioma, histerectomia, cirurgias dermatológicas, litotripsia, colecistectomia e cirurgias ortopédicas e 33,33% disseram não ter realizado nenhuma cirurgia anterior.

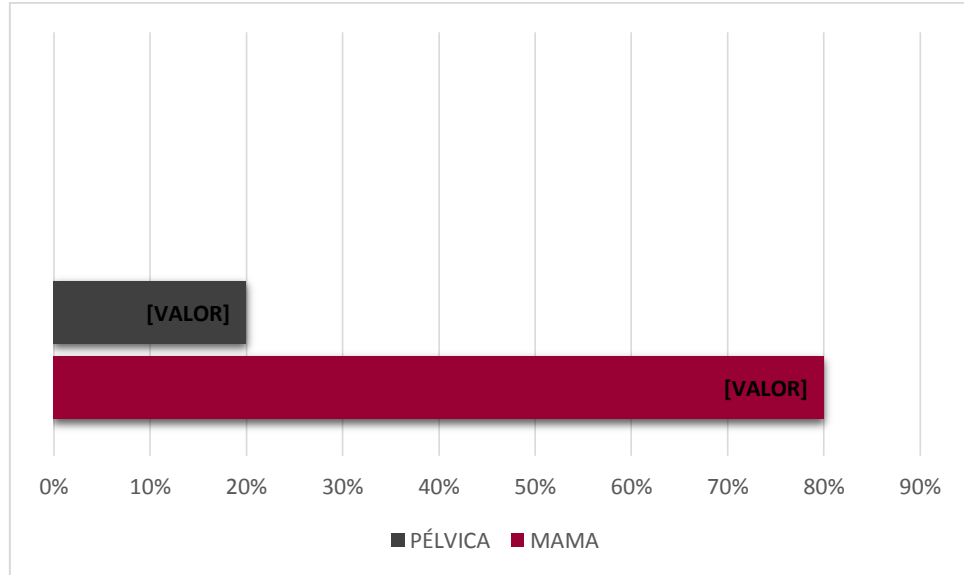
Gráfico 16 - Pacientes que relataram algum tipo de barreira e passaram por cirurgias prévias X sem cirurgias prévias.



Fonte: Elaborado pelo autor

Das mulheres que relataram barreiras, 20% passaram por cirurgias pélvicas e 80% por cirurgias de mama.

Gráfico 17 - Mulheres que relataram algum tipo de barreira e realizaram cirurgias de mama X mulheres que relataram algum tipo de barreira e realizaram cirurgias pélvicas.



Fonte: Elaborado pelo auto

Segundo o prontuário, as pacientes avaliadas não apresentaram riscos para a deambulação precoce bem como alteração hemodinâmica, síncope ou outros fatores imprescindíveis para interrupção da deambulação.

6 DISCUSSÃO

A utilização dos serviços de saúde deriva de um conjunto de fatores, como a necessidade e a percepção desta sob a visão do usuário, e a disponibilidade do serviço. Diversas condições estão associadas à essa disponibilidade, como os fatores socioculturais e econômicos, por exemplo, e têm papel fundamental na demanda direcionada aos serviços de saúde. (STOPA et al., 2017)

Segundo Stopa et al. (2017) a procura por serviços de saúde foi maior na população com ensino superior e um estudo realizado em São Paulo verificou que idosos com menor renda e menor escolaridade tiveram menor procura ao serviço. Em relação às internações, foram observadas maiores proporções da população sem instrução até o fundamental incompleto.

O Brasil possui a quinta maior população do mundo onde as taxas de morbidade e mortalidade são fortemente afetadas pelas desigualdades geográficas, raciais e socioeconômicas. Maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e pior controle terapêutico têm sido observadas entre aqueles de menor posição socioeconômica. (CHOR et al., 2015)

Segundo Ozcariz et al. (2015), desde 1970, o Brasil encontra-se em transição demográfica, nutricional e epidemiológica e tem causado grandes mudanças de ocorrência das doenças na população. Estes processos trouxeram um aumento da prevalência de sobrepeso e doenças não transmissíveis (DNT), especialmente diabetes mellitus (DM) e HAS.

Segundo estimativas recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência de HAS em adultos maiores de 25 anos é de 29,2% em homens e 24,8% em mulheres, resultando em prevalência mundial de hipertensão arterial estimada em mais de 1 bilhão de indivíduos. (CHOR et al., 2015)

Em 2012, a Organização Mundial de Saúde (OMS) relatou que, um em cada dez adultos tem DM e este número dobrará antes de 2025. No Brasil, estima-se que 5,6% da população com mais de 18 anos tenha sido diagnosticada com esta doença. Já a HAS é um dos problemas de saúde mais frequentes atualmente e tem aumentado cada vez mais. Estima-se que afete um em cada três pessoas com mais

de 18 anos de idade em todo o mundo. A prevalência de HAS entre adultos no Brasil varia de 22,3% a 43,9%. (OZCARIZ et al., 2015)

Um estudo de Chor et al. (2015) também relatou que a prevalência de HAS foi maior entre os homens do que entre as mulheres (40,1% vs. 32,2%) e aumentou com a idade. Os participantes que se classificaram como negros apresentaram maior prevalência (49,3%) do que aqueles que se classificaram nas outras categorias de cor/raça.

Como a DM e HAS são doenças crônicas difíceis de controlar, acabam por ser caras para o indivíduo, suas famílias e para os serviços de saúde. No Brasil, essas duas doenças são responsáveis pela maior parcela dos custos do Sistema Nacional de Saúde. (OZCARIZ et al., 2015)

O tratamento destas doenças inclui não só a intervenção medicamentosa mas também mudanças nos hábitos de vida. A prática dietética cuidadosa é um dos elementos essenciais para o controle dessas DNT, uma vez que essas doenças são freqüentemente o resultado de estilos de vida pouco saudáveis. Os dados da OMS indicam que cerca de 80% dos casos de DM e HAS poderiam ser evitados através de mudanças dietéticas, como consumo regular de frutas e legumes e consumo reduzido de gorduras saturadas, sódio e bebidas açucaradas, além da prática de atividade física e controle de hábitos tabagistas. Estudos anteriores também mostraram que gênero, renda familiar e nível de educação estão profundamente relacionados aos hábitos alimentares. Quanto menor o nível de renda e escolaridade, menor a ingestão diária de frutas e verduras e maior o consumo de alimentos gordurosos. (OZCARIZ et al., 2015)

Também há relatos de desigualdade de saúde com base na educação, raça e fatores socioeconômicos para exames de Papanicolau e mamografia. Estima-se que 52.680 novos casos de câncer de mama e 17.540 novos casos de câncer de colo de útero foram relatados em 2012. (SIMOES et al., 2015)

As doenças do aparelho geniturinário e de mama são responsáveis por um elevado número de procedimentos cirúrgicos no mundo todo. A histerectomia, por exemplo, é a cirurgia ginecológica mais realizada em países desenvolvidos, assim como a mastectomia é amplamente realizada como tratamento entre mulheres, em

virtude de a neoplasia de mama ser a principal entre mulheres no Brasil e no mundo. (SILVA; VARGENS, 2016)

O câncer de mama é o segundo câncer mais comum no mundo e o mais prevalente entre as mulheres. Todos os anos, aproximadamente 22% dos novos casos de câncer em mulheres são cânceres de mama. As estatísticas de incidência e mortalidade para o câncer de mama somente não excedem as do carcinoma de pulmão, que é o câncer mais comum no mundo. (MURADAS et al., 2015)

Sendo esta prevalência tão grande, é natural que ocorra também aumento no número de cirurgias mamárias realizadas. Com os avanços nos métodos diagnósticos, nos tratamentos adjuvantes e uma melhor compreensão da doença, especialistas em câncer de mama, consideram não só a mastectomia mas também a cirurgia plástica como um meio de apoio para o tratamento abrangente destes pacientes. A reconstrução da mama desempenha um papel importante na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com câncer de mama. Vários estudos têm demonstrado que as mulheres que se submeteram à reconstrução mamária após a mastectomia relataram melhora na auto-imagem e na sexualidade, diminuição da taxa de depressão e alta satisfação do paciente. (AGUIAR et al., 2017)

Em relação à região pélvica, as principais afecções indicativas de procedimentos cirúrgicos estão associadas ao útero e seus anexos e à correção da incontinência urinária. Em geral, as cirurgias mais frequentes são a histerectomia e as operações para correção de incontinência urinária e prolapso genital. (COELHO et al., 2015)

Coelho et al. (2015) relata que a histerectomia é o segundo procedimento cirúrgico mais frequente realizado em mulheres na idade reprodutiva, sendo superada apenas pela cesariana, sendo que cerca de 20 a 30% das mulheres serão submetidas a esta operação até a sexta década de vida. As vias para a realização da histerectomia são a vaginal, abdominal e laparoscópica e em diversos países, a principal via utilizada é a abdominal (70 a 90%), sendo apenas 10 a 30% vaginal e menos de 5% a laparoscópica. Por sua vez, a incontinência urinária de esforço (IUE) representa cerca de 10% das queixas ginecológicas e a técnica de sling suburetral é a mais frequente para correção da IUE.

A média etária das pacientes submetidas ao tratamento operatório no estudo de Coelho et al. (2015) foi 47,6 anos, concordante com a literatura mundial e que se aproxima da média de idade de 51,58 anos relatada neste estudo.

7 CONCLUSÃO

As principais barreiras identificadas para a deambulação precoce no pós-operatório de cirurgias ginecológicas são: medo, uso de acesso, mal-estar (condição clínica), vertigem, dor, uso de fralda e uso de sonda. Na consulta aos prontuários das pacientes que participaram deste estudo, após a deambulação precoce, não há relatos de intercorrências durante o procedimento. Sendo assim, podemos afirmar que não há riscos da mobilização no período de POI de pacientes submetidas a cirurgias ginecológicas.

8 REFERÊNCIAS

Abel, E Jason et al. **Surgical operative time increases the risk of deep venous thrombosis and pulmonary embolism in robotic prostatectomy.** JSLS; 18(2): 282-7, Abr-Jun. 2014.

AGUIAR, Isabella de Carvalho et al. **Patient-reported outcomes measured by BREAST-Q after implant-based breast reconstruction: A cross-sectional controlled study in Brazilian patients.** The Breast, v. 31, p.22-25, fev. 2017.

Alsubaie, Hamad et al. **Diagnosis of VTE postdischarge for major abdominal and pelvic oncologic surgery: implications for a change in practice.** Vol. 58, No. 5, Out. 2015.

Assareh, H et al.

Rate of venous thromboembolism among surgical patients in Australian hospitals: a multicentre retrospective cohort study. BMJ Open. 3;4(10), Out. 2014.

Belzarena, Sérgio D. et al. Analgesia Pós-Operatória Multimodal em Cirurgia Ginecológica Videolaparoscópica Ambulatorial. Comparação entre Parecoxib e Tenoxicam. Rev Bras Anesthesiol, 55: 2: 158 – 164, 2005.

Browning L; Denehy L; Scholes RL.

The quantity of early upright mobilisation performed following upper abdominal surgery is low: an observational study. Aust J Physiother. 53(1):47-52. 2007.

Brummer, T.H.I. et al. **Pharmaceutical thrombosis prophylaxis, bleeding complications and thromboembolism in a national cohort of hysterectomy for benign disease** Vol.27, No.6 pp. 1628–1636, 2012.

Bundgaard-Nielsen, M et al. **Orthostatic intolerance and the cardiovascular response to early postoperative mobilization.** Br J Anaesth; 102(6): 756-62, Jun. 2009.

CHOR, Dóra et al. **Prevalence, Awareness, Treatment and Influence of Socioeconomic Variables on Control of High Blood Pressure: Results of the ELSA-Brasil Study.** Plos One, v. 10, n. 6, p.1-14, 23 jun. 2015.

Ciftci, Seyfettin et al. **Comparison of transobturator tape surgery using commercial and hand made slings in women with stress urinary incontinence.** Urol J; 12(2): 2090-4, Mar-Abr. 2015

COELHO, Sônia Maria et al. **Epidemiological profile and postoperative complications of women undergoing gynecological surgery in a reference center in the northern Brazilian legal Amazon.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias, v. 42, n. 6, p.372-375, dez. 2015.

CORDEIRO, André Luiz Lisboa et al. **Influence of Early Ambulation in Postoperative Hospitalization Following Cardiac Surgery.** International Journal Of Cardiovascular Sciences, v. 28, n. 5, p.385-391, ago. 2015.

Dagistan Y et al. **Lumbar Microdiscectomy Under Spinal and General Anesthesia: A Comparative Study.** Turk Neurosurg. 25(5):685-9, 2015

Dantas, Camila Moura et al. **Influência da mobilização precoce na força muscular periférica e respiratória em pacientes críticos** Rev. bras. ter. intensiva; 24(2): 173-178, abr.-jun. 2012.

De Martino, Randall R et al. **Variation in thromboembolic complications among patients undergoing commonly performed cancer operations.** J Vasc Surg; 55(4): 1035-1040.e4, Abr. 2012.

Durigan, João Luiz Quagliotti et al. **Modelos de desuso muscular e estimulação elétrica neuromuscular: aspectos pertinentes à reabilitação fisioterapêutica.** Curitiba, v.18, n.4, p. 53-62, out./dez., 2005.

Dylczyk-Sommer, Anna et al. **Does epidural anaesthesia reduce the incidence of postoperative oxygen desaturation episodes in patients undergoing open abdominal aortic aneurysm repair?** vol. 47, no 4, 291–296, 2015.

FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573 p.

Gao J et al.

Two mechanical methods for thromboembolism prophylaxis after gynaecologic al pelvic surgery: a prospective, randomised study. Chin Med J (Engl). 125(23):4259-63. Dez. 2012.

Gimenes, Rafaela Okano et al. **Fisioterapia aquática e de solo em grupo na postura de mulheres mastectomizadas** J. Health Sci. Inst; 31(1)jan.-mar. 2013.

Giordano, Luiz Augusto et al. **Exames pré-operatórios nas cirurgias ginecológicas eletivas.** vol 37, nº 11, Novembro 2009.

Hatipoglu S et al. **Intraocular Pressure Changes After Spinal Anesthesia: Acute and Subacute Effects on Surgery Patients.** Adv Clin Exp Med. 24(5):857-61, Set-Out. 2015.

Hinrichsen, Sonia Cristina Araújo et al. **FATORES ASSOCIADOS À BACTERIÚRIA APÓS SONDAGEM VESICAL NA CIRURGIA GINECOLÓGICA.** Rev Assoc Med Bras, 55(2): 181-7, 2009.

INCA. (6 de julho de 2016). Fonte: INCA – Instituto Nacional do Câncer: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama

INCA. (6 de julho de 2016). Fonte: INCA – Instituto Nacional do Câncer: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama

Jans et al. **Decreased heart rate variability responses during early postoperative mobilization – an observational study.** BMC Anesthesiology, 15:120, Ago. 2015.

Júnior, Salvador José de Castro. **A importância da mobilização precoce em pacientes Internados na unidade de terapia intensiva (uti): revisão de Literatura.** Perspectivas online: ciências biológicas e da saúde, 10 (3), 15-23, 2013.

Lawicka, Marzena et al. **Non-invasive haemodynamic measurements with Nexfin predict the risk of hypotension following spinal anaesthesia.** Anaesthesiol Intensive Ther; 47(4): 303-8, 2015.

Leanza, V et al. **Comparison between three mini-sling surgical procedures and the traditional transobturator vaginal tape technique for female stress urinary incontinence.** G Chir; 35(3-4): 80-4, Mar-Abr. 2014.

Lopes, Juliana de Lima et al. **Mobilização e alta precoce em pacientes com infarto agudo do miocárdio - revisão de literatura.** Acta Paul Enferm, 21(2):345-50, 2008.

Máximo, M. (6 de julho de 2016). DATASUS – Departamento de Informática do SUS. Fonte: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/539-outubro-rosa-dados-do-datasus-revelam-o-aumento-de-casos-nos-ultimos-10-anos-o-exemplo-da-mogiana-que-encara-o-cancer-de-mama-como-licao-de-vida>

Muller, R. G.; M. Bundgaard-Nielsen; H. Kehlet. **Orthostatic function and the cardiovascular response to early mobilization after breast cancer surgery.** British Journal of Anaesthesia 104 (3): 298–304, Jan. 2010.

MURADAS, Raquel Rodrigues et al. **Clinical and mammographic profile of patients with breast cancer surgically treated.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 61, n. 3, p.220-226, jun. 2015.

Nazário AC; Facina G; Filassi JR. **Breast cancer: news in diagnosis and treatment.** Rev Assoc Med Bras (1992). 61(6):543-52, Nov-Dez. 2015.

OZCARIZ, Silvia Gi et al. **Dietary practices among individuals with diabetes and hypertension are similar to those of healthy people: a population-based study.** BMC Public Health, v. 15, n. 1, p.1-10, 10 maio 2015.

Paul, P G et al. **Secondary hemorrhage after total laparoscopic hysterectomy.** JSLS; 18(3), Jul-Set. 2014.

Pope D et al. **Impact of Age, Gender and Anesthesia Modality on Post-Operative Pain in Total Knee Arthroplasty Patients.** Iowa Orthop J. 35:92-8, 2015.

Qu, Hong et al. **Predicting of Venous Thromboembolism for Patients Undergoing Gynecological Surgery.** *Medicine (Baltimore)*; 94(39): e1653, Set. 2015.

Ramirez, Pedro T et al. **Venous thromboembolic events in minimally invasive gynecologic surgery.** *J Minim Invasive Gynecol*; 20(6): 766-9, Nov-Dez. 2013.

Santos, ADRIANA CÁSSIA PAIVA et al. **EFEITOS ADVERSOS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS GINECOLÓGICAS E MAMÁRIAS.** *Rev Assoc Med Bras*, 52(4): 203-7, 2006.

Sasaki, Kirsten J et al. **Persistent bleeding after laparoscopic supracervical hysterectomy.** *JLS*; 18(4) Out-Dez. 2014.

Schnaider, Taylor Brandão; Vieira, Antônio Mauro; Brandão, Antônio Carlos Aguiar. **Estudo Comparativo de Antieméticos e Suas Associações, na Prevenção de Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios, em Pacientes Submetidas a Procedimentos Cirúrgicos Ginecológicos.** *Rev Bras Anesthesiol*, 58: 6: 614-622, 2008.

Sibinelli, Melissa et al. **Efeito imediato do ortostatismo em pacientes internados na unidade de terapia intensiva de adultos** *Rev. bras. ter. intensiva*; 24(1): 64-70, jan.-mar. 2012.

SILVA, Carolina de Mendonça Coutinho e; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **Woman experiencing gynecologic surgery: coping with the changes imposed by surgery.** *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 24, n. 1, p.1-8, 2016.

SIMOES, Eduardo J et al. **A priority health index identifies the top six priority risk and related factors for non-communicable diseases in Brazilian cities.** *Bmc Public Health*, v. 15, n. 1, p.1-9, 1 maio 2015.

Sória, HELENA LÚCIA ZYDAN et al. **Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil?.** *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 29(2):67-73, 2007.

STOPA, Sheila Rizzato et al. **Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey.** *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 1, p.1-11, jun. 2017.

Swenson, Carolyn W et al. **Risk factors for venous thromboembolism after hysterectomy.** *Obstet Gynecol*; 125(5): 1139-44, May. 2015.

Tennant, Ingrid et al. **Complicacoes Pos-operatorias Menores Relacionadas a Anestesia em Pacientes de Cirurgias Eletivas Ginecologicas e Ortopedicas em um Hospital Universitario de Kingston, Jamaica.** *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Vol. 62, No 2, Marco-Abril, 2012.

Tikkanen KA et al.
Systematic reviews of observational studies of risk of thrombosis and bleeding

in urological surgery(ROTBUS): introduction and methodology. Syst
Rev. 23;3:150, Dez. 2014.

Verdiani, Luiz Antonio; Derchain, Sophie Françoise Mauricette. **Complicações e taxa de recidiva em pacientes com carcinoma epidermóide da vulva tratadas com vulvectomy radical com uma ou três incisões: estudo de 132 casos.** RBGO 20 (2): 97-104, 1998.

Wan AY et al. **Post-operative hemorrhage after myomectomy: safety and efficacy of transcatheter uterine artery embolization.** Korean J Radiol. 15(3):356-63, Mai-Jun. 2014.

Yu G et al.
Laparoscopic cholecystectomy under spinal anaesthesia vs. general anaesthesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Anesthesiol. 3;15:176, Dez. 2015.

Zaros, Maria Cristina; Ceolim, Maria Filomena. **CICLO VIGÍLIA/SONO DE MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIA GINECOLÓGICA ELETIVA COM UM DIA DE HOSPITALIZAÇÃO.** Rev Latino-am Enfermagem, 16(5), setembro-outubro, 2008.

APÊNDICE A – Ficha de avaliação

Nome:				R.H.:	
Data Nasc.:	Etnia:	Estado Civil.:	Escolaridade:	Religião:	
Naturalidade:	Telefone:	Profissão:	Altura:	Peso:	IMC:
Comorbidades: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			Cirurgia Prévia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Diagnóstico:					
Cirurgia Realizada:				Via de Acesso:	
Condição Física:		Data da Cirurgia:		Anestesia:	
Limitações para Andar:					
<input type="checkbox"/> dor	<input type="checkbox"/> fraqueza	<input type="checkbox"/> Ausência de profissional / equipe			
<input type="checkbox"/> medo	<input type="checkbox"/> sangramento	<input type="checkbox"/> condição clínica			
<input type="checkbox"/> náusea	<input type="checkbox"/> falta de roupa/chinelo	_____			
<input type="checkbox"/> uso de acesso	<input type="checkbox"/> jejum	<input type="checkbox"/> outros			
<input type="checkbox"/> uso de sonda	<input type="checkbox"/> banho	_____			
<input type="checkbox"/> uso de dreno	<input type="checkbox"/> vertigem	<input type="checkbox"/> nada limita			
<input type="checkbox"/> uso de fralda	<input type="checkbox"/> tampão vaginal				