

REVISÃO

Fisioterapia após cirurgias ginecológicas: revisão narrativa da recuperação funcional e do manejo de complicações

Physiotherapy after gynecologic surgery: a narrative review of functional recovery and complication management

Alexandre Cardoso Schmidt¹, Jamile Zampieri Fernandes², Lucas Cândido Mayer³, João Fontella e Silva⁴, Luiza Orige de Azevedo⁵

¹Médico RQE 48376 pela Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES), Lajeado, RS, Brasil

²Médica CRM 57942/RS pela Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES), Lajeado, RS, Brasil

³Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí, RS, Brasil

⁴Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil

⁵Médica CRM 64158/RS pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil

Recebido em: 28 de Agosto de 2026; Aceito em: 3 de Setembro de 2026.

Correspondência: Alexandre Cardoso Schmidt, trabalhocientificomed@gmail.com

Como citar

Schmidt AC, Fernandes JZ, Mayer LC, Silva JF, Azevedo LO. Fisioterapia após cirurgias ginecológicas: revisão narrativa da recuperação funcional e do manejo de complicações. Fisioter Bras. 2026;27(8):5292-5306. doi: [10.62827/fb.v27i8.1289](https://doi.org/10.62827/fb.v27i8.1289).

Resumo

Introdução: Cirurgias ginecológicas podem comprometer mobilidade, função respiratória, atividade, assoalho pélvico e sistema linfático, mas a evidência fisioterapêutica varia entre procedimentos.

Objetivo: Descrever e discutir intervenções fisioterapêuticas após cirurgias ginecológicas, com foco em recuperação funcional e prevenção ou manejo de complicações. **Métodos:** Revisão narrativa com busca estruturada realizada ao longo do mês de agosto de 2026 no Medical Literature Analysis and Retrieval System Online pelo PubMed, Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Physiotherapy Evidence Database. Combinaram-se descritores de cirurgia ginecológica, fisioterapia, reabilitação, deambulação precoce, exercício, assoalho pélvico e complicações pós-operatórias. Priorizaram-se publicações de janeiro de 2021 a agosto de 2026, mantendo-se estudos anteriores de relevância direta. Foram elegíveis diretrizes, revisões e estudos clínicos ou

observacionais com mulheres adultas e desfechos pertinentes à fisioterapia pós-operatória. A seleção ocorreu por títulos e resumos, seguida da avaliação das fontes elegíveis; a síntese foi descritiva, crítica e qualitativa. **Resultados:** Mobilização precoce e progressão de atividade sustentam recuperação ativa, embora seu efeito isolado sobre complicações permaneça incerto. Técnicas respiratórias rotineiras não mostraram benefício consistente. Estimulação elétrica pode auxiliar dor e recuperação em contextos selecionados. O treinamento do assoalho pélvico apresentou resultados mistos, e intervenções para linfedema foram promissoras, porém geralmente multicomponentes. A evidência direta é limitada e heterogênea. **Conclusão:** A fisioterapia deve ser individualizada segundo cirurgia, risco, sintomas e déficits funcionais, com mobilização segura e intervenções específicas em vez de protocolo universal. **Palavras-chave:** Deambulação Precoce; Diafragma da Pelve; Linfedema; Cuidados Pós-Operatórios; Histerectomia.

Abstract

Introduction: Gynecologic surgery may impair mobility, respiratory function, activity, the pelvic floor, and the lymphatic system, but physiotherapy evidence varies across procedures. **Objective:** To describe and discuss physiotherapy interventions after gynecologic surgery, focusing on functional recovery and the prevention or management of complications. **Methods:** A narrative review with a structured search was conducted throughout August 2026 in Medical Literature Analysis and Retrieval System Online through PubMed, Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature, and Physiotherapy Evidence Database. Descriptors for gynecologic surgery, physical therapy, rehabilitation, early ambulation, exercise, pelvic floor, and postoperative complications were combined. Publications from January 2021 to August 2026 were prioritized, while older studies with direct relevance were retained. Eligible sources included guidelines, reviews, and clinical or observational studies involving adult women and outcomes pertinent to postoperative physiotherapy. Titles and abstracts were screened before eligible sources were assessed; synthesis was descriptive, critical, and qualitative. **Results:** Early mobilization and graded activity support active recovery, although their isolated effect on complications remains uncertain. Routine respiratory techniques showed no consistent benefit. Electrical stimulation may assist pain and recovery in selected settings. Pelvic floor muscle training produced mixed findings, and lymphedema interventions were promising but usually multicomponent. Direct evidence is limited and heterogeneous. **Conclusion:** Physiotherapy should be individualized to the procedure, risk, symptoms, and functional deficits, using safe mobilization and targeted interventions rather than a universal protocol.

Keywords: Early Ambulation; Pelvic Floor; Lymphedema; Postoperative Care; Hysterectomy.

Introdução

As cirurgias ginecológicas abrangem procedimentos de diferentes extensões, vias de acesso e indicações, desde intervenções minimamente invasivas para condições benignas até cirurgias

oncológicas abertas com linfadenectomia. Essa heterogeneidade modifica a magnitude do trauma cirúrgico, o tempo de internação e os riscos respiratório, vascular, gastrointestinal, musculoesquelético, urinário, sexual e linfático. Por isso, a recuperação funcional não pode ser inferida apenas pela ausência de complicação médica ou pela alta hospitalar; ela também envolve mobilidade, tolerância ao esforço, independência nas atividades, controle de sintomas e retorno seguro à participação social [1].

A fisioterapia pode atuar em momentos distintos desse percurso. No período imediato, a avaliação da estabilidade clínica, a mobilização fora do leito, a marcha e o manejo respiratório orientado por risco procuram limitar os efeitos da imobilidade. Após a alta, a progressão de atividade, o exercício terapêutico, a reabilitação do assoalho pélvico e o cuidado do linfedema podem responder a déficits específicos. Diretrizes de recuperação aprimorada incorporam a mobilização precoce a um conjunto multiprofissional, enquanto a literatura de reabilitação ressalta que a dose, a supervisão e os desfechos utilizados permanecem pouco uniformes [2].

Métodos

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura com busca estruturada, de caráter descritivo, crítico e qualitativo. Optou-se por esse delineamento porque o objetivo foi integrar criticamente intervenções de natureza e temporalidade distintas e discutir sua aplicabilidade clínica, e não mapear exaustivamente todo o campo, como em uma revisão de escopo, nem estimar um efeito combinado de intervenções homogêneas, como em uma revisão sistemática. A questão norteadora foi: quais intervenções fisioterapêuticas realizadas após cirurgias ginecológicas contribuem para a recuperação

A interpretação clínica exige separar o efeito de uma intervenção fisioterapêutica do efeito global de vias assistenciais multimodais. Em cirurgia ginecológica aberta, maior adesão ao conjunto de medidas de recuperação aprimorada associou-se a menos complicações e menor permanência, mas esse delineamento observacional não permite atribuir o resultado à mobilização isoladamente [3]. De modo semelhante, resultados obtidos em cirurgia abdominal mista podem explicar mecanismos relevantes, porém constituem evidência indireta quando aplicados a uma população exclusivamente ginecológica.

Diante da diversidade de procedimentos e da distribuição desigual da evidência, uma síntese crítica pode apoiar decisões sem transformar práticas plausíveis em protocolos universais. O objetivo desta revisão foi descrever e discutir as evidências sobre intervenções fisioterapêuticas após cirurgias ginecológicas, com ênfase na recuperação funcional, na prevenção ou no manejo de complicações e nos limites para a aplicação clínica.

funcional e para a prevenção ou o manejo de complicações, e quais limites condicionam sua aplicação? A busca foi realizada ao longo do mês de agosto de 2026 nas fontes Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, consultada pelo PubMed; Scientific Electronic Library Online; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, acessada pela Biblioteca Virtual em Saúde; e Physiotherapy Evidence Database. Também foram examinadas as listas de referências de diretrizes e revisões pertinentes para localizar estudos primários diretamente relacionados ao

tema; a revisão Cochrane citada [6] foi localizada por esse rastreamento e conferida diretamente no registro bibliográfico e no texto integral.

Foram combinados descritores dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde e Medical Subject Headings com termos livres em português e inglês. Os principais conceitos foram Procedimentos Cirúrgicos Ginecológicos/Gynecologic Surgical Procedures, Modalidades de Fisioterapia/Physical Therapy Modalities, Reabilitação/Rehabilitation, Deambulação Precoce/Early Ambulation, Exercício Físico/Exercise, Complicações Pós-Operatórias/Postoperative Complications, histerectomia, assoalho pélvico e linfedema. Os operadores booleanos AND e OR foram empregados conforme a sintaxe de cada base.

Ao longo do mês de agosto de 2026, aplicaram-se as seguintes estratégias: PubMed — (“Gynecologic Surgical Procedures”[MeSH Terms] OR hysterectomy[Title/Abstract] OR “gynecologic surgery”[Title/Abstract] OR “gynaecologic surgery”[Title/Abstract]) AND (“Physical Therapy Modalities”[MeSH Terms] OR rehabilitation[Title/Abstract] OR “Early Ambulation”[MeSH Terms] OR exercise[Title/Abstract] OR “pelvic floor”[Title/Abstract] OR lymphedema[Title/Abstract]) AND (postoperative[Title/Abstract] OR recovery[Title/Abstract] OR complications[Title/Abstract]); SciELO — (histerectomia OR “cirurgia ginecológica” OR “câncer ginecológico”) AND (fisioterapia OR reabilitação OR “deambulação precoce” OR exercício OR “assoalho pélvico” OR linfedema); BVS/LILACS — tw:(histerectomia OR “cirurgia ginecológica” OR “câncer ginecológico”) AND tw:(fisioterapia OR reabilitação OR “deambulação precoce” OR exercício OR “assoalho pélvico” OR linfedema); PEDro — buscas simples por “hysterectomy rehabilitation”, “gynecologic surgery physiotherapy”, “pelvic floor surgery” e “gynecologic cancer lymphedema”.

Foram elegíveis diretrizes clínicas, revisões sistemáticas ou de escopo, ensaios controlados, estudos observacionais e estudos-piloto com mulheres adultas submetidas a cirurgia ginecológica por condição benigna ou oncológica. Exigiu-se que a fonte abordasse intervenção, avaliação ou desfecho pertinente à fisioterapia ou reabilitação no período pós-operatório. Foram priorizadas publicações de janeiro de 2021 a agosto de 2026; estudos anteriores foram mantidos quando eram ensaios diretamente relacionados ao tema, revisões de referência ou forneciam evidência não substituída por publicação mais recente. Não se restringiu o idioma na busca.

Foram excluídos relatos de caso, editoriais sem síntese de evidência, textos sem dados suficientes para verificar métodos e resultados, intervenções exclusivamente cirúrgicas ou farmacológicas e estudos obstétricos sem relação com cirurgia ginecológica. Estudos de cirurgia abdominal não exclusiva foram aceitos apenas quando avaliavam mecanismos ou intervenções fisioterapêuticas transferíveis, sendo classificados como evidência indireta. A seleção ocorreu em duas etapas: leitura de títulos e resumos, seguida da avaliação das fontes potencialmente elegíveis. Das 21 fontes incluídas, 19 foram avaliadas em texto integral. Duas [16,17] foram examinadas apenas pelo registro bibliográfico e pelo resumo estruturado, porque o texto integral não estava disponível na etapa de verificação; foram mantidas por abordarem perguntas diretamente pertinentes e pouco representadas, respectivamente tratamento do linfedema estabelecido e exercício relacionado ao linfedema, e contribuíram somente com informações explicitamente descritas nos resumos, sem inferência de detalhes ausentes. A seleção e a extração foram conduzidas por mais de um autor, com resolução de divergências por consenso; não foi realizada triagem dupla independente cega.

Foram extraídos população e tipo de cirurgia, desenho do estudo, tamanho amostral, distribuição entre grupos quando disponível, componentes da intervenção, comparador, momento e duração, desfechos funcionais ou clínicos, resultados centrais e limitações relevantes. A síntese foi organizada por mobilização e função respiratória, recuperação gastrointestinal e dor, retorno à atividade, reabilitação do assoalho pélvico, linfedema e exercício após tratamento oncológico. Na ponderação qualitativa, revisões sistemáticas, metanálises e diretrizes recentes foram usadas para contextualizar o conjunto da evidência; ensaios randomizados com população e intervenção diretamente aderentes à pergunta receberam maior peso para afirmações de efeito; estudos observacionais e programas multimodais foram interpretados como evidência associativa; e fontes de cirurgia abdominal mista ou de exercício durante e após o tratamento oncológico foram

classificadas como indiretas. Tamanho amostral, consistência entre fontes, duração do seguimento e possibilidade de separar a fisioterapia dos cuidados concomitantes também modularam a confiança nas afirmações. Após a síntese, o manuscrito foi revisto à luz dos seis domínios do SANRA, como guia de completude e transparência da revisão narrativa, sem utilizar a escala como substituto da avaliação do risco de viés dos estudos primários [22].

Coerentemente com o delineamento de revisão narrativa não sistematizada, o estudo não envolveu protocolo registrado nem aplicação do fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; por isso, não são apresentados fluxograma ou contagem formal de registros por etapa. A análise não incluiu metanálise ou avaliação formal do risco de viés e distingue explicitamente achados diretos de extrapolações.

Resultados

Foram analisadas 21 fontes: 15 abordaram populações submetidas a cirurgias ginecológicas; quatro derivaram de cirurgia abdominal ou de vias de recuperação aprimorada com populações mistas e foram classificadas como evidência indireta; e duas sintetizaram exercício durante ou após o tratamento do câncer ginecológico sem isolar o período pós-operatório, configurando evidência indireta quanto ao momento clínico. A literatura reuniu diretriz, revisões, ensaios e estudo observacional sobre domínios complementares da reabilitação. A evidência direta concentrou-se em histerectomia, cirurgia de prolapso de órgãos pélvicos e procedimentos oncológicos com linfadenectomia. O Quadro 1 explicita, para cada fonte, população, intervenção, momento, duração e aplicabilidade à pergunta desta revisão.

A mobilização precoce apareceu de forma consistente sobretudo como componente de vias multiprofissionais de recuperação aprimorada, e não como intervenção fisioterapêutica isolada. A diretriz ginecológico-oncológica mais recente a inclui em um conjunto de medidas perioperatórias [1]. Na coorte de Iniesta et al. [3], a associação entre maior adesão ao ERAS e melhores desfechos refletiu o protocolo multimodal, no qual a mobilização foi apenas um dos componentes; o delineamento não permite atribuir o resultado à mobilização. A revisão de Tazreean et al. [2] também identificou variabilidade nas definições, metas e medidas de mobilidade, limitando conclusões sobre dose e efeito independente.

Em ensaio com 214 pessoas submetidas a cirurgias abdominais ginecológicas, urológicas ou

endócrinas, sentar fora do leito até duas horas após o procedimento, com ou sem exercícios respiratórios, melhorou medidas imediatas de oxigenação; os desfechos clínicos secundários não diferiram entre os grupos [4]. Em população predominantemente de cirurgia abdominal alta, uma revisão encontrou possível benefício de modalidades com pressão expiratória elevada, mas a informação acumulada foi insuficiente, enquanto exercícios respiratórios e dispositivos operados pelo paciente não reduziram claramente complicações pulmonares [5]. A revisão Cochrane sobre espirometria de incentivo também identificou evidência de baixa qualidade sem benefício preventivo demonstrável [6].

Para recuperação gastrointestinal, um ensaio com 42 mulheres após histerectomia abdominal comparou deambulação isolada a um programa que combinou educação, exercícios respiratórios, mobilização precoce, manipulação de tecido conjuntivo e estimulação elétrica nervosa transcutânea nos três primeiros dias pós-operatórios. O grupo multimodal apresentou menor tempo médio até a eliminação de gases e a evacuação, mas a diferença estatisticamente significativa ocorreu apenas para a eliminação de gases; a amostra pequena e a combinação de técnicas impedem identificar o componente responsável [7].

Na analgesia, 52 mulheres submetidas a histerectomia abdominal foram randomizadas para estimulação elétrica nervosa transcutânea ativa ou simulada. A intervenção melhorou a qualidade de recuperação e a dor ao tossir, sem diferença na dor em repouso ou no consumo total de analgésicos [8]. Uma metanálise de três ensaios e 362 participantes de procedimentos ginecológicos não detectou diferença de intensidade dolorosa entre estimulação de alta frequência e intensidade e opioides intravenosos, mas encontrou menor permanência

na recuperação anestésica e menor consumo de opioides; o pequeno número de ensaios limita a precisão [9].

O retorno à atividade foi testado diretamente após cirurgia reconstrutiva apical, por via vaginal ou laparoscópica, para prolapso. Entre 123 participantes randomizadas, com 107 incluídas na análise primária, a retomada de atividades conforme tolerância foi não inferior às restrições padronizadas para suporte anatômico e sintomas em três meses, sem sinal de aumento de eventos adversos [10].

Os achados sobre assoalho pélvico foram heterogêneos. Após histerectomia, metanálise de seis ensaios com 776 mulheres encontrou evidência de qualidade moderada para melhora da função sexual, enquanto os efeitos sobre sintomas urinários, força, qualidade de vida e prolapso permaneceram incertos [11]. Em cirurgia para prolapso, o treinamento perioperatório não acrescentou benefício relevante a sintomas, força ou qualidade de vida em um ensaio com 96 mulheres [12]. Outro ensaio, com 81 participantes, mostrou ganhos de medidas musculares com treinamento do assoalho pélvico, porém sem melhora de qualidade de vida ou sintomas; o treinamento abdominal adicional aumentou abaulamento e desconforto [13]. Uma síntese recente confirmou a variabilidade dos protocolos e a ausência de recomendação uniforme para todas as pacientes após cirurgia de prolapso [14].

A prevenção e o tratamento do linfedema de membros inferiores constituíram perguntas clínicas distintas. Na prevenção, após cirurgia radical de câncer cervical com linfadenectomia, o programa modificado de fisioterapia descongestiva complexa foi associado a menor ocorrência de linfedema em um ano, mas combinou drenagem, compressão, exercício e educação, sem permitir estimar o efeito isolado de cada componente [15]. No tratamento do linfedema já estabelecido, acrescentar

alongamento, fortalecimento e exercício aeróbico à terapia descongestiva melhorou função, fadiga e força sem agravar o edema em ensaio-piloto [16]. Na metanálise de sete estudos, o exercício foi considerado viável e seguro, porém não houve redução estatisticamente clara de volume, dor ou peso do membro [17]. Em prevenção, o exercício resistido não foi superior ao não resistido em três meses [18]; em doença estabelecida, a adição de ciclismo à terapia descongestiva produziu ganhos maiores de volume, função e qualidade de vida após três semanas [19].

No seguimento de mulheres tratadas por câncer ginecológico, revisões de exercício encontraram sinais de melhora de capacidade aeróbica, força e alguns domínios funcionais, sem evidência de piora, mas destacaram amostras pequenas, risco de viés e diversidade de modalidades, supervisão e momento do tratamento [20,21]. Esses dados apoiam a continuidade da reabilitação além da alta, porém não definem um protocolo pós-operatório único. O Quadro 1 sintetiza estudos centrais e os limites que condicionam sua aplicação.

Quadro 1 – Aplicabilidade e síntese crítica das 21 fontes incluídas.

Fonte e delinearmento	População e amostra	Intervenção, comparador, momento e duração	Aplicabilidade e síntese crítica
Nelson et al. [1] Diretriz de consenso	Cirurgia oncológica ginecológica; sem amostra única.	Via ERAS perioperatória; mobilização entre múltiplos componentes; sem comparador único.	Direta para a população; indireta para o efeito isolado. Recomenda o pacote assistencial, mas não quantifica a contribuição exclusiva da mobilização.
Tazrean et al. [2] Revisão narrativa	Várias especialidades cirúrgicas; sem amostra única.	Mobilização precoce em vias ERAS; definições, metas e doses variáveis.	Indireta. Fundamenta a recuperação ativa, mas não demonstra efeito específico em cirurgia ginecológica nem oferece estimativa combinada.
Iniesta et al. [3] Coorte retrospectiva	584 mulheres após cirurgia ginecológica aberta.	Adesão a protocolo ERAS multimodal durante a internação; comparação por nível de adesão.	Direta para a população; associativa. A mobilização foi um componente do pacote e seu efeito não pôde ser isolado.
Svensson-Raskh et al. [4] Ensaio randomizado	214 pessoas: mobilização + exercícios respiratórios (n=73), mobilização (n=76) e controle (n=65); cirurgias ginecológicas, urológicas e endócrinas.	Sentar fora do leito, com ou sem exercícios respiratórios, em até 2 h; intervenção por no máximo 6 h.	Indireta pela população mista. Melhorou oxigenação imediata, sem diferença nos desfechos clínicos secundários.
Kokotovic et al. [5] Revisão sistemática e metanálise	25 estudos, 2.068 participantes; cirurgia abdominal, sobretudo alta.	Intervenções respiratórias e de mobilização pós-operatórias; protocolos e duração variáveis.	Indireta. Possível sinal para modalidades com pressão expiratória elevada, mas evidência insuficiente e sem benefício consistente das técnicas rotineiras.
do Nascimento Junior et al. [6] Revisão Cochrane	12 estudos, 1.834 participantes; cirurgia abdominal alta.	Espirometria de incentivo versus cuidado usual ou outras técnicas; duração variável.	Indireta. Evidência de baixa qualidade, sem benefício preventivo demonstrável para complicações pulmonares.
Zia et al. [7] Ensaio randomizado	42 mulheres após histerectomia abdominal; 21 por grupo.	Programa multicomponente versus deambulação; três primeiros dias pós-operatórios.	Direta. Menor tempo médio para gases e evacuação, com significância apenas para gases; técnicas combinadas impedem atribuição isolada.



Fonte e delinearmento	População e amostra	Intervenção, comparador, momento e duração	Aplicabilidade e síntese crítica
Karaman et al. [8] Ensaio randomizado	52 mulheres após histerectomia abdominal; TENS ativa versus simulada.	Sete sessões de 30 min nas primeiras 24 h pós-operatórias.	Direta. Melhor qualidade de recuperação e menor dor ao tossir; sem diferença em dor em repouso ou consumo total de analgésicos.
Piasecki et al. [9] Revisão sistemática e metanálise	3 ensaios, 362 participantes; procedimentos ginecológicos.	TENS de alta frequência e intensidade versus opioides intravenosos; período pós-operatório imediato.	Direta. Dor semelhante, menor permanência na recuperação anestésica e menor consumo de opioides; poucos ensaios limitam a precisão.
O'Shea et al. [10] Ensaio randomizado de não inferioridade	123 mulheres randomizadas; análise primária: atividade conforme tolerância (n=54) e restrições (n=53); cirurgia apical para prolapso.	Atividade conforme tolerância versus restrições de atividade por 6 semanas; seguimento de 3 meses.	Direta. Estratégia acelerada não foi inferior para suporte anatômico e sintomas; centro único e seguimento curto.
de Oliveira et al. [11] Revisão sistemática e metanálises	6 ensaios, 776 mulheres após histerectomia.	Treinamento do assoalho pélvico; protocolos e duração variáveis.	Direta. Benefício mais consistente para função sexual; efeitos incertos sobre sintomas urinários, força, qualidade de vida e prolapso.
Duarte et al. [12] Ensaio randomizado	96 mulheres com indicação de cirurgia para prolapso.	Treinamento por 9 semanas: 4 sessões pré-operatórias e 7 pós-operatórias versus cirurgia; avaliações aos 40 e 90 dias.	Direta. Efeitos adicionais pequenos ou ausentes para sintomas, força e qualidade de vida; ensaio de centro único.
Brandt e Janse van Vuuren [13] Ensaio randomizado	81 mulheres após reconstrução do assoalho pélvico; três grupos.	Treinamento do assoalho pélvico, treinamento abdominal ou cuidado habitual; 4 sessões supervisionadas e avaliação até 6 meses.	Direta. Ganhos musculares sem melhora de sintomas ou qualidade de vida; treino abdominal aumentou abaulamento e desconforto.
Lamberti et al. [14] Síntese de recomendações	Estudos de mulheres após cirurgia para prolapso; sem amostra única.	Treinamento do assoalho pélvico após cirurgia; protocolos, início e duração heterogêneos.	Direta para a pergunta, mas secundária. Confirma heterogeneidade e ausência de protocolo uniforme.





Fonte e delineamento	População e amostra	Intervenção, comparador, momento e duração	Aplicabilidade e síntese crítica
Wang et al. [15] Ensaio randomizado	120 mulheres após cirurgia radical de câncer cervical com linfadenectomia; 60 por grupo.	Fisioterapia descongestiva modificada versus educação; estratégia preventiva com seguimento de 1 ano.	Direta para prevenção. Associada a menor ocorrência de linfedema; intervenção multicomponente, sem efeito isolável de drenagem, compressão, exercício ou educação.
Do et al. [16] Ensaio-piloto randomizado	40 mulheres com linfedema unilateral estabelecido após cirurgia oncológica; 20 por grupo.	Terapia descongestiva + reabilitação versus terapia descongestiva; 40 min, 5 vezes/semana, por 4 semanas.	Direta para tratamento, mas baseada em resumo estruturado. Melhora funcional, de fadiga e força; amostra pequena e seguimento curto.
Hsu et al. [17] Revisão sistemática e metanálise	7 estudos, 261 participantes com câncer ginecológico e linfedema de membro inferior.	Diferentes modalidades de exercício; duração variável.	Direta para o domínio, mas baseada em resumo estruturado. Exercício viável e seguro, sem efeito agregado claro sobre volume, dor ou peso; heterogeneidade relevante.
Hsu et al. [18] Ensaio randomizado	60 mulheres após cirurgia de câncer ginecológico.	Exercício com faixa elástica versus exercício sem resistência; avaliação até 3 meses.	Direta para prevenção. Sem diferença entre grupos para circunferência, autocuidado ou qualidade de vida; ambos melhoraram função ao longo do tempo.
Kara et al. [19] Ensaio comparativo randomizado	63 mulheres com linfedema estabelecido: ciclismo (n=32) e controle (n=31).	Terapia descongestiva em ambos; grupo intervenção acrescentou ciclismo por 20 min, durante 3 semanas.	Direta para tratamento. Ciclismo ampliou ganhos de volume, função e qualidade de vida; seguimento curto.
Rose et al. [20] Revisão sistemática de escopo	11 estudos de exercício durante ou após tratamento de câncer ginecológico.	Exercício isolado; modalidades, supervisão e duração variáveis.	Indireta quanto ao período pós-operatório. Sinais de melhora de capacidade, força e agilidade, sem piora; cirurgia não foi isolada de outros tratamentos.
Lin et al. [21] Revisão sistemática e metanálise	7 ensaios, 221 participantes com câncer ginecológico.	Intervenções com componente de exercício; duração variável e maioria multicomponente.	Indireta quanto ao período pós-operatório. Melhoras de atividade e índice de massa corporal; sem efeito claro em fadiga, depressão ou qualidade de vida.

Fonte: elaboração própria a partir das referências citadas. Aplicabilidade direta: população e momento clínico aderentes à pergunta; indireta: população cirúrgica mista ou período de tratamento não isoladamente pós-operatório.



Discussão

A síntese indica que a contribuição mais defensável da fisioterapia no pós-operatório ginecológico é organizar recuperação ativa e individualizada, não aplicar uma sequência fixa de técnicas. Mobilização fora do leito, progressão de marcha e retomada gradual de atividades têm coerência fisiológica e respaldo em vias de recuperação, mas a evidência direta de efeito isolado sobre complicações permanece limitada. Para assoalho pélvico e linfedema, os resultados dependem ainda mais da condição tratada, do déficit presente e do conteúdo da intervenção.

No período hospitalar, a mobilização precoce deve ser entendida como processo graduado. Sentar, ficar em pé e caminhar são metas distintas, condicionadas por estabilidade hemodinâmica, dor, náusea, força, equilíbrio, dispositivos e extensão da cirurgia. O ganho imediato de oxigenação observado no ensaio de cirurgia abdominal sustenta retirar a paciente do leito assim que clinicamente seguro, mas a ausência de diferença nos desfechos secundários impede prometer prevenção de pneumonia ou redução de internação pela técnica isolada [4]. A associação entre adesão à via assistencial e menos complicações deve ser interpretada como efeito do conjunto, que também inclui analgesia, nutrição, manejo de fluidos e retirada de dispositivos [3].

A fisioterapia respiratória requer seleção por risco e alteração identificada. Cirurgia aberta, duração anestésica prolongada, doença pulmonar, dor que limita inspiração, hipoventilação ou secreção retida podem justificar avaliação e intervenção direcionadas. Por outro lado, prescrever rotineiramente espirometria de incentivo ou exercícios respiratórios a todas as pacientes não encontra suporte consistente nas revisões de cirurgia abdominal

[5,6]. A extrapolação é útil para evitar automatismos, mas não substitui ensaios específicos em diferentes vias ginecológicas.

A recuperação gastrointestinal e o controle de dor ilustram o risco de superestimar programas combinados. O ensaio após histerectomia sugere benefício de um pacote precoce sobre marcadores do íleo, mas educação, mobilização, exercícios respiratórios, manipulação de tecido conjuntivo e estimulação elétrica foram aplicados juntos [7]. A estimulação elétrica pode ser considerada adjuvante quando não houver contraindicação, principalmente para dor ao movimento ou como estratégia poupadora de opioide, porém não substitui analgesia multimodal nem monitoramento de complicações [8,9].

O ensaio de atividade após correção de prolapso oferece uma implicação prática relevante: restrições prolongadas e uniformes não devem ser presumidas necessárias. Permitir atividade conforme tolerância não comprometeu os resultados em três meses naquela população [10]. Ainda assim, o estudo não abrange todas as cirurgias, complicações ou demandas ocupacionais. A orientação deve integrar tipo de reparo, cicatrização, dor, sangramento, sensação de peso, comorbidades e metas da paciente, em comunicação com a equipe cirúrgica.

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico não apresentou efeito uniforme. A melhora da função sexual após histerectomia é o achado mais consistente, enquanto resultados urinários, de força e qualidade de vida são incertos [11]. Após cirurgia de prolapso, ensaios não demonstraram benefício adicional relevante para sintomas ou qualidade de vida [12,13]. Isso não equivale a ausência de indicação para todas as mulheres: sintomas urinários,

evacuatórios ou sexuais, incapacidade de contrair ou relaxar, dor e alteração de coordenação podem justificar avaliação especializada. O ponto é vincular a intervenção ao déficit, e não ao nome da cirurgia. A piora de abaulamento e desconforto com treinamento abdominal em um ensaio também recomenda cautela com cargas e estratégias que elevem pressão sem controle [13,14].

No linfedema, a evidência apoia vigilância e manejo ativos em mulheres expostas a linfadenectomia e, quando aplicável, radioterapia. Educação sobre sinais precoces, cuidados com a pele, atividade e procura oportuna de assistência pode acompanhar medidas de circunferência ou volume e avaliação de sintomas. A fisioterapia descongestiva complexa foi associada à redução da ocorrência de linfedema no estudo avaliado, mas o caráter multicomponente do protocolo impede atribuir o resultado isoladamente à drenagem, à compressão, ao exercício ou à educação [15]. Em doença estabelecida, exercício aeróbico ou de força parece seguro e pode melhorar função, mas o efeito sobre volume varia entre estudos [16–19]. Assim, o medo de movimento não deve levar à inatividade, e a progressão deve considerar estágio, sintomas, compressão, tolerância e resposta do membro.

A continuidade após a alta é especialmente importante em oncologia, na qual fadiga, descondicionamento e tratamentos adjuvantes podem prolongar a perda funcional. Revisões apontam benefícios possíveis do exercício combinado ou aeróbico, mas a diversidade dos estudos ainda impede definir frequência e intensidade próprias para cada cirurgia [20,21]. A prescrição pode iniciar com atividade cotidiana e caminhada, avançar para resistência e condicionamento conforme sintomas e cicatrização e utilizar medidas repetidas de função para ajustar a carga.

Uma aplicação clínica coerente pode ser organizada em três momentos conectados. Durante a internação, priorizam-se triagem de segurança, função respiratória quando alterada, transferências e marcha. Nas primeiras semanas após a alta, a ênfase passa à autonomia, à progressão de caminhada e às atividades de vida diária, com orientação sobre sinais de alerta. No seguimento, sintomas pélvicos, linfáticos, dolorosos ou de descondicionamento direcionam avaliação específica e exercício progressivo. Esse encadeamento preserva o princípio de recuperação ativa sem antecipar cargas incompatíveis com o procedimento.

A natureza narrativa, embora adequada à heterogeneidade da pergunta, torna a seleção e a ponderação das fontes mais dependentes do julgamento dos autores. A ausência de triagem dupla independente cega e de protocolo registrado aumenta a possibilidade de viés de seleção, e o consenso entre autores não o elimina. A inclusão de duas fontes consultadas apenas por registro bibliográfico e resumo estruturado [16,17] pode ter ocasionado perda de detalhes metodológicos e de resultados; por isso, sua contribuição foi limitada ao conteúdo explicitamente informado nos resumos. O uso de revisões e de populações cirúrgicas mistas acrescenta risco de dependência de evidência secundária e de extrapolação. A busca estruturada, a distinção entre evidência direta e indireta, a verificação das referências e a revisão pelo SANRA aumentam a rastreabilidade, mas não equivalem a avaliação formal do risco de viés dos estudos primários. A própria literatura é limitada por amostras pequenas, intervenções combinadas, seguimentos curtos e mistura de procedimentos. Consequentemente, as inferências mais seguras referem-se à recuperação funcional e à segurança de atividade progressiva; estimativas de prevenção de complicações e doses específicas permanecem incertas.

Conclusão

A fisioterapia pode contribuir para a recuperação após cirurgias ginecológicas por meio de mobilização segura, retorno progressivo às atividades e intervenções dirigidas a déficits respiratórios, pélvicos, linfáticos, dolorosos ou de condicionamento. O suporte é mais consistente para uma recuperação ativa e individualizada do que para um protocolo universal de técnicas. Treinamento do assoalho pélvico e terapia descongestiva devem ser indicados conforme sintomas, exposição cirúrgica e avaliação funcional. A heterogeneidade dos procedimentos e a evidência direta ainda limitada exigem decisões compartilhadas e estudos específicos com intervenções bem descritas, desfechos funcionais e seguimento suficiente.

Declaração de uso de inteligência artificial

O ChatGPT, modelo GPT-5.6 Sol, da OpenAI, foi utilizado como recurso auxiliar para organizar a estrutura textual, refinar a redação científica, padronizar a apresentação editorial, apoiar a formulação das estratégias de busca e organizar informações previamente extraídas das publicações. A ferramenta

não realizou de forma autônoma a seleção dos estudos, a decisão de elegibilidade, a extração definitiva dos dados, a classificação da força da evidência, a interpretação clínica ou a formulação das conclusões. A seleção das fontes, a classificação entre evidência direta e indireta, a ponderação metodológica, a interpretação, a síntese e as conclusões permaneceram sob responsabilidade exclusiva dos autores. Não houve emprego de inteligência artificial para criar ou modificar dados clínicos, produzir resultados inexistentes ou fabricar referências. Os autores revisaram e validaram o conteúdo final e assumem integral responsabilidade por sua exatidão, integridade científica e originalidade.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Não houve financiamento.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Schmidt AC, Fernandes JZ, Mayer LC, Silva JF, Azevedo LO; *Redação do manuscrito:* Schmidt AC, Fernandes JZ, Mayer LC, Silva JF, Azevedo LO; *Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:* Schmidt AC, Fernandes JZ, Mayer LC, Silva JF, Azevedo LO.

Referências

1. Nelson G, Altman AD, Metcalfe A, Fotopoulou C, Taylor J, Glaser G, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society guidelines for gynecologic oncology: 2026 update. *Gynecol Oncol*. 2026;210:153-173. doi:10.1016/j.ygyno.2026.05.022.
2. Tazreean R, Nelson G, Twomey R. Early mobilization in enhanced recovery after surgery pathways: current evidence and recent advancements. *J Comp Eff Res*. 2022;11(2):121-129. doi:10.2217/cer-2021-0258.
3. Iniesta MD, Lasala J, Mena G, Rodriguez-Restrepo A, Salvo G, Pitcher B, et al. Impact of compliance with an enhanced recovery after surgery pathway on patient outcomes in open gynecologic surgery. *Int J Gynecol Cancer*. 2019;29(9):1417-1424. doi:10.1136/ijgc-2019-000622.
4. Svensson-Raskh A, Schandl AR, Ståhle A, Nygren-Bonnier M, Fagevik Olsén M. Mobilization started within 2 hours after abdominal surgery improves peripheral and arterial oxygenation: a single-center randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2021;101(5):pzab094. doi:10.1093/ptj/pzab094.
5. Kokotovic D, Berkfors A, Gögenur I, Ekeloef S, Burcharth J. The effect of postoperative respiratory and mobilization interventions on postoperative complications following abdominal surgery: a

systematic review and meta-analysis. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2021;47(4):975-990. doi:10.1007/s00068-020-01522-x.

6. do Nascimento Junior P, Módolo NSP, Andrade S, Guimarães MMF, Braz LG, El Dib R. Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(2):CD006058. doi:10.1002/14651858.CD006058.pub3.
7. Zia Z, Riaz H, Imtiaz I. Effect of early physical therapy interventions on post-operative ileus following abdominal hysterectomy. *J Pak Med Assoc.* 2023;73(3):650-652. doi:10.47391/JPMA.5447.
8. Karaman S, Karaman T, Deveci H, Ozsoy AZ, Delibas IB. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on quality of recovery and pain after abdominal hysterectomy. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol.* 2021;37(1):85-89. doi:10.4103/joacp.JOACP_207_19.
9. Piasecki A, Ögren C, Thörn SE, Olausson A, Svensson CJ, Platon B, et al. High-frequency, high-intensity transcutaneous electrical nerve stimulation compared with opioids for pain relief after gynecological surgery: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Pain.* 2024;24(1):20230068. doi:10.1515/sjpain-2023-0068.
10. O'Shea M, Siddiqui NY, Truong T, Erkanli A, Barber MD. Standard restrictions vs expedited activity after pelvic organ prolapse surgery: a randomized clinical trial. *JAMA Surg.* 2023;158(8):797-805. doi:10.1001/jamasurg.2023.1649.
11. de Oliveira NFF, Santuzzi CH, da Conceição TV, Freitas JMV, Liberato FMG, Nascimento LR. Pelvic floor muscle training for urinary symptoms, vaginal prolapse, sexual function, pelvic floor muscle strength, and quality of life after hysterectomy: a systematic review with meta-analyses. *Braz J Phys Ther.* 2024;28(5):101122. doi:10.1016/j.bjpt.2024.101122.
12. Duarte TB, Bø K, Brito LGO, Bueno SM, Barcelos TMR, Bonacin MAP, et al. Perioperative pelvic floor muscle training did not improve outcomes in women undergoing pelvic organ prolapse surgery: a randomised trial. *J Physiother.* 2020;66(1):27-32. doi:10.1016/j.jphys.2019.11.013.
13. Brandt C, Janse van Vuuren EC. Postoperative physiotherapy in women undergoing pelvic floor reconstructive surgery: a randomized controlled clinical trial. *Physiother Can.* 2022;74(2):126-138. doi:10.3138/ptc-2020-0053.
14. Lamberti G, Giraudo D, Ciardi G, Levis JK. Pelvic floor muscle training following surgery for pelvic organ prolapse: recommendation from scientific literature. *J Clin Med.* 2026;15(3):1116. doi:10.3390/jcm15031116.
15. Wang X, Ding Y, Cai HY, You J, Fan FQ, Cai ZF, et al. Effectiveness of modified complex decongestive physiotherapy for preventing lower extremity lymphedema after radical surgery for cervical cancer: a randomized controlled trial. *Int J Gynecol Cancer.* 2020;30(6):757-763. doi:10.1136/ijgc-2019-000911.
16. Do JH, Choi KH, Ahn JS, Jeon JY. Effects of a complex rehabilitation program on edema status, physical function, and quality of life in lower-limb lymphedema after gynecological cancer surgery. *Gynecol Oncol.* 2017;147(2):450-455. doi:10.1016/j.ygyno.2017.09.003.

17. Hsu YY, Nguyen TTB, Chou YJ, Ho CL. Effects of exercise on lower limb lymphedema in gynecologic cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs*. 2024;70:102550. doi:10.1016/j.ejon.2024.102550.
18. Hsu YY, Lin CF, Liang PC, Nguyen TTB, Hsu KF. Effects of resistance exercise on reducing the risk of lower-limb lymphedema after gynecological cancer surgery. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2025;12:100756. doi:10.1016/j.apjon.2025.100756.
19. Kara O, Mete Civelek G, Şahbaz Piriñçi C, Tarlabölen R, Dalyan M. Effects of aerobic cycling training in patients with gynaecologic cancer-related lower extremity lymphedema: a randomised comparative study. *Support Care Cancer*. 2025;33(4):302. doi:10.1007/s00520-025-09354-4.
20. Rose GL, Stewart EM, Clifford BK, Bailey TG, Rush AJ, Abbott CR, et al. Efficacy of exercise interventions for women during and after gynaecological cancer treatment: a systematic scoping review. *Support Care Cancer*. 2023;31(6):342. doi:10.1007/s00520-023-07790-8.
21. Lin KY, Frawley HC, Denehy L, Feil D, Granger CL. Exercise interventions for patients with gynaecological cancer: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*. 2016;102(4):309-319. doi:10.1016/j.physio.2016.02.006.
22. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4:5. doi:10.1186/s41073-019-0064-8.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.