



REVISIONES

Terapias alternativas para recuperação precoce da continência urinária pós-prostatectomia: revisão sistemática

Terapias alternativas para la recuperación temprana de la continencia urinaria posterior a la prostatectomía: una revisión sistemática

Alternative therapies for early recovery of post-prostatectomy urinary continence: systematic review

Magali Rezende de Carvalho¹

Francine Amaral Machado Nascimento da Silva²

Isabelle Andrade Silveira³

¹ Enfermeira Estomaterapeuta, Mestranda do Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, Universidade Federal Fluminense/UFF Brasil.

² Enfermeira especialista em Neonatologia. Pós graduanda em Enfermagem Oncológica pela Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil

³ Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Antônio Pedro. Universidade Federal Fluminense, UFF. Niterói, Brasil.

E-mail: magalirecar@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.285871>

Submissão: 03/03/2017

Aprovação: 08/07/2017

RESUMO:

Objetivo: Conduzir uma revisão sistemática a cerca das evidências da efetividade do Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico (TMAP) no tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia.

Método: Revisão sistemática realizada nas bases de dados MEDLINE/OVID, EMBASE e LILACS nos idiomas português, inglês e espanhol, limite temporal: 2005-2015.

Resultados: 9 estudos analisaram a efetividade do TMAP associado ou não ao biofeedback e eletroestimulação.

Conclusão: TMAP associados ou não ao biofeedback e eletroestimulação podem contribuir na recuperação precoce da continência. Pacientes com dificuldade inicial de identificação dos músculos do assoalho pélvico podem se beneficiar de sessões de eletroestimulação e biofeedback. É possível uma maior inserção do enfermeiro nos cuidados relacionados ao retorno precoce da continência em pacientes pós-prostatectomizados através da instituição dos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico e terapia comportamental.

Palavras-chave: Incontinência Urinária; Prostatectomia; Diafragma da Pelve; Cuidados de Enfermagem

RESUMEN:

Objetivo: Realizar una revisión sistemática de la evidencia sobre la eficacia de entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (EMSP) en el tratamiento de la incontinencia urinaria posterior a la prostatectomía.

Métodos: Una revisión sistemática realizada em Ovid MEDLINE, EMBASE y LILACS en Portugués, Inglés y Español, límite de tiempo: 2005-2015.

Resultados: 9 estudios examinaron la eficacia de los asociados o no con la biorretroalimentación y la estimulación eléctrica TMAP.

Conclusión: El EMSP con o sin biorretroalimentación y la estimulación eléctrica pueden contribuir a la pronta recuperación de la continencia. Los pacientes con dificultad inicial de la identificación de los músculos del suelo pélvico pueden beneficiarse de sesiones de electroestimulación de biofeedback. Una mayor integración de la enfermera es posible en la atención relacionada con el pronto retorno de la continencia en pacientes post-prostatectomía mediante el establecimiento de los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico y terapia conductual.

Palabras clave: Incontinencia urinaria; Prostatectomía; Diafragma de la pelvis; Músculos Suelo Pélvico; Cuidados de enfermería

ABSTRACT:

Aim: To conduct a systematic review of the evidence of the effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) in the treatment of post-prostatectomy urinary incontinence.

Method: Systematic review conducted in Ovid MEDLINE, EMBASE and LILACS in Portuguese, English and Spanish, with the time limit: 2005-2015.

Results: 9 studies analyzed the effectiveness of PFMT associated or not with biofeedback (BFB) and electrical stimulation (ES).

Conclusion: PFMT with or without the biofeedback and electrical stimulation may contribute to the early recovery of continence. Patients with initial difficulty of identifying the pelvic floor muscles can benefit from ES followed BFB sessions of structured PFMT. A greater participation of nurses in the care related to the early return of continence in post-prostatectomy patients is possible through the implementation of pelvic floor muscle exercises and behavioral therapy.

Keywords: Urinary Incontinence; Post-Prostatectomy; Pelvic Floor Muscle exercises; Nursing care.

INTRODUÇÃO

A incidência mundial do câncer de próstata (CP) atinge cerca de 71,4 casos para cada 100.000 habitantes, sendo considerado o segundo tipo de câncer mais frequente em todo o mundo⁽¹⁾.

Existem diversas opções de tratamentos para homens com câncer de próstata, a escolha será dependente do grau de malignidade do tumor, assim como outras particularidades do paciente. A prostatectomia radical leva a uma incontinência urinária em grande parte dos pacientes, o que acarreta mudanças significativas na qualidade de vida⁽²⁾. Vários fatores prognósticos de recuperação fracassada da continência têm sido relatados em levantamentos retrospectivos observacionais, incluindo idade avançada, tamanho da próstata, estenose da anastomose, anormalidades urodinâmicas pré-operatórias e detalhes da técnica cirúrgica⁽³⁾.

A incontinência urinária exerce marcante influência negativa na qualidade de vida diante dos transtornos e incômodos desencadeados⁽⁴⁾. As perdas involuntárias de urina podem causar constrangimento, resultando em redução da interação social ou isolamento, além disso, os gastos com fraldas podem comprometer a renda do paciente.

Primeiramente é necessário esclarecer que a perda involuntária de urina em qualquer idade, seja decorrente de tratamento ou não, requer atenção e tratamento. Muitas pessoas acreditam que só se considera uma pessoa incontinente quando há grandes perdas de urina no dia a dia, o que retarda o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento.

Incontinência urinária é definida por qualquer perda involuntária de urina, de acordo com a International Continence Society (ICS)⁽⁵⁾. A perda involuntária de urina pode afetar em menor ou maior grau a qualidade de vida de qualquer indivíduo, especialmente para os prostatectomizados, que já precisam lidar com tantas outras particularidades decorrentes da terapia de combate ao câncer.

O tratamento da Incontinência Urinária Pós-prostatectomia (IUPP) muitas vezes é subvalorizado, uma vez que a melhora dessa incontinência é tempo-dependente. Somente cerca de 5% dos pacientes com IUPP permanecerão incontinentes 1 ano após a cirurgia⁽⁶⁾.

Como qualquer outro tipo de incontinência urinária, a IUPP pode estar associada à disfunção vesical, disfunção esfíncteriana ou a uma combinação de ambas. A principal causa da IUPP é a deficiência esfíncteriana, afetando mais de dois terços dos pacientes, cerca de 10% dos pacientes apresentam disfunção vesical isolada e um terço podem apresentar ambas⁽⁶⁾. O esfíncter interno pode sofrer lesões durante a cirurgia e ter sua funcionalidade reduzida, acarretando uma grande pressão sob o esfíncter externo, este, por sua vez, depende do bom funcionamento das suas fibras musculares estriadas, que quando enfraquecidas resulta em perdas urinárias⁽⁷⁾.

O tratamento conservador compreende a terapia comportamental (modificações do estilo de vida, como a diminuição ou eliminação de substâncias irritantes à bexiga), treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) e, quando indicado, farmacoterapia⁽⁸⁾. As intervenções cirúrgicas para incontinência são bastante eficazes, mas geralmente são reservadas para a incontinência de moderada a grave, e muitos sobreviventes do câncer de próstata relutam para passar por outra cirurgia⁽⁹⁾.

O sucesso do tratamento da IUPP depende de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo médicos, psicólogos, fisioterapeutas/enfermeiros urológicos e estomaterapeutas.

Apesar, de grande parte dos pacientes com IUPP apresentarem melhora significativa e/ou solução da incontinência dentro de um período de 12 meses, sem realização de exercícios de fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, estudos anteriores mostram que a realização desses exercícios, quando iniciados no pós-operatório contribuem para a reconquista da incontinência precocemente^(10,11).

Ainda não há um consenso entre os médicos urologistas sobre a recomendação ou não do tratamento conservador antes de 12 meses pós-prostatectomia. Portanto, a busca por evidências científicas que respaldem ou não esta prática se faz necessária. A pergunta de pesquisa que norteou essa revisão seguiu a estratégia P.I.O. e ficou assim estabelecida: *Homens com incontinência urinária pós prostatectomia submetidos ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico pós cirurgia apresentam uma melhora precoce da incontinência?*

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é conduzir uma revisão sistemática a cerca das evidências da efetividade do Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico no tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia.

MÉTODOS

Revisão sistemática da literatura realizada em 8 etapas: (1) elaboração da pergunta de pesquisa; (2) busca na literatura; (3) seleção dos artigos; (4) extração dos dados; (5) avaliação da qualidade metodológica; (6) síntese dos dados; (7) avaliação da qualidade das evidências; e (8) redação e publicação dos resultados⁽¹²⁾.

Critérios de inclusão: Ensaios clínicos randomizados com sigilo de alocação que abordem a aplicação do TMAP para o tratamento da IUPP; Artigos que avaliem a melhora ou cura da IUPP como desfecho principal.

Critérios de exclusão: Estudos que realizaram o TMAP antes da cirurgia ou após 1 ano; Artigos de relato de caso, série de casos, caso controle, coorte e opinião de especialistas; protocolos de pesquisas; resumos de congresso, teses e dissertações não publicadas.

A busca foi realizada em 26 de setembro de 2015 nas bases de dados eletrônicas MEDLINE/OVID (1946 to 2015 set week 3); EMBASE (1974 to 2015 set 25) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e limitou-se à artigos publicados no período de 2005-2015 em inglês, português e espanhol.

Descritores (MeSH e DeCS) e palavras-chave foram utilizados para construção das estratégias de busca nas bases de dados. Para a busca no Medline e Embase foi utilizada a estratégia de busca de alta sensibilidade da Cochrane para identificar estudos randomizados: *((((randomized controlled trial.pt.) or (controlled clinical trial.pt.) or (randomized.ab.) or (placebo.ab.) or (drug therapy.fs.) or (randomly.ab.) or (trial.ab.) or (groups.ab)) not ((animals.sh. not (humans.sh. and animals.sh.))) and ((urinary incontinence.mp) or (continence.tw.) or (incontinence.ab.)) and ((prostatectomy.mp.) or (prostatectomy.tw.) or (prostatectomy.ab.)) and ((biofeedback.tw.) or (biofeedback.ab.) or (electric stimulation.ab.) or (electric stimulation therapy.tw.) or (electric stimulation.tw.) or (exercise therapy.tw.) or (pelvic floor exercise.mp.) or (pelvic floor.tw.) or (pelvic floor muscle exercise.ab.)))*. Onde pt.(Publication Type term); .ab. (abstract); .fs.('floating' subheading); sh.(MeSH); .ti.(title); mp. (search of title, abstract, name of substance and subject heading word).

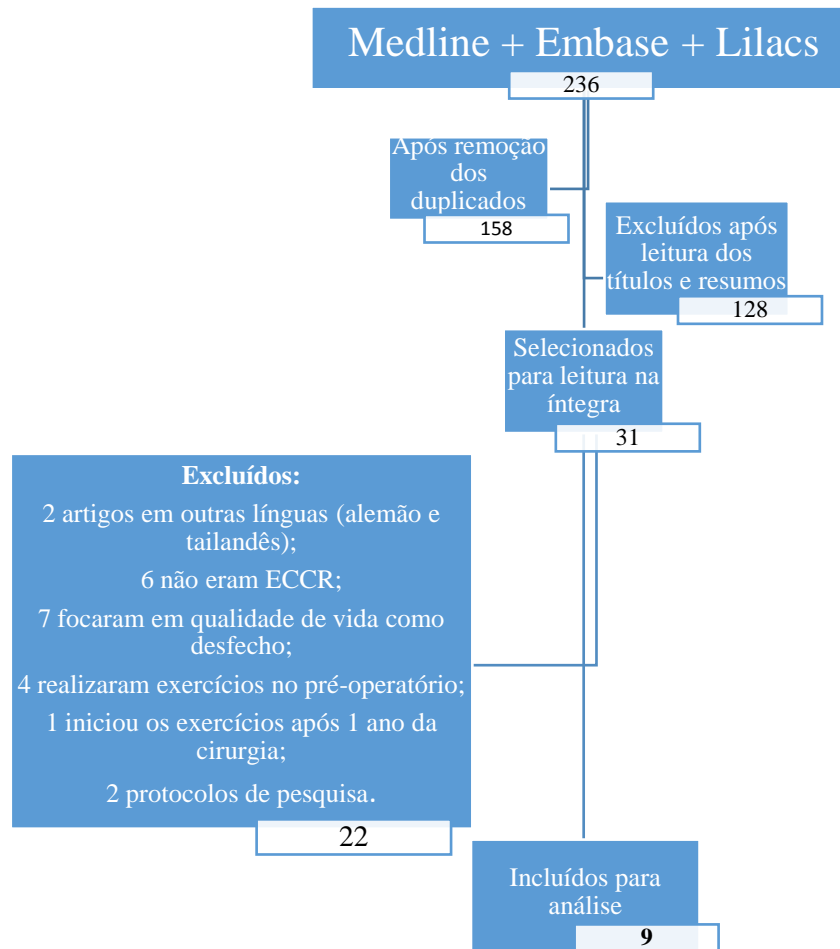
Para a busca no LILACS, optamos por uma adaptação mais simplificada na tentativa de encontrar mais estudos: *((urinary incontinence) or (continence) or (incontinence)) and (prostatectomy) and ((biofeedback) or (electrical stimulation) or (electrical stimulation therapy) or (exercise therapy) or (pelvic floor exercise) or (pelvic floor muscle exercise))*.

A qualidade dos estudos foi avaliada de acordo com o Centro de Medicina Baseada em Evidências (CEBM) Oxford (2009)⁽¹³⁾ quanto nível de evidência e grau de recomendação. A avaliação metodológica foi feita através da escala de Jadad (1996)⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

A busca resultou em 236 estudos, após remoção dos duplicados restaram 158 para leitura dos títulos e resumos. Após leitura dos títulos e resumos, foram pré-selecionados 30 para leitura na íntegra. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, 9 artigos foram selecionados para análise, conforme demonstra o fluxograma 1.

Figura 1: Fluxograma da busca e seleção dos artigos incluídos nesta revisão



O quadro 1 descreve o título do estudo, assim como seus autores, ano em que foi publicado e país de origem, além de identificar o desenho metodológico.

Quadro 1: Caracterização dos Estudos, Rio de Janeiro, 2017.

Título	Autores/Ano/País	Desenho do Estudo
Effectiveness of Early Pelvic Floor Rehabilitation Treatment for Post-Prostatectomy Incontinence	Filocamo <i>et al</i> , 2005 ⁽¹⁵⁾ Itália	Ensaio clínico controlado e randomizado
Contribution of Early Intensive Prolonged Pelvic Floor Exercises on Urinary Continence Recovery After Bladder Neck-Sparing Radical Prostatectomy: Results of a Prospective Controlled Randomized Trial	Manassero <i>et al</i> , 2007 ⁽¹⁶⁾ Itália	Ensaio clínico controlado e randomizado
Return to Continence After Radical Retropubic Prostatectomy: A Randomized Trial of Verbal and Written Instructions Versus Therapist-Directed Pelvic Floor Muscle Therapy	Moore <i>et al</i> , 2007 ⁽¹⁷⁾ Canadá	Ensaio clínico controlado e randomizado
Does Physiotherapist-Guided Pelvic Floor Muscle Training Reduce Urinary Incontinence After Radical Prostatectomy? A Randomised Controlled Trial	Overgård <i>et al</i> , 2008 ⁽¹⁸⁾ Noruega	Ensaio clínico controlado e randomizado
The recovery of urinary continence after radical retropubic prostatectomy: a randomized trial comparing the effect of physiotherapist-guided pelvic floor muscle exercises with guidance by an instruction folder only	Dubbelman <i>et al</i> , 2009 ⁽³⁾ Holanda	Ensaio clínico controlado e randomizado

Early Recovery of Urinary Continence After Radical Prostatectomy Using Early Pelvic Floor Electrical Stimulation and Biofeedback Associated Treatment	Mariotti <i>et al</i> , 2009 ⁽¹⁹⁾ Itália	Ensaio clínico controlado e randomizado
Long-Term Effect of Early Postoperative Pelvic Floor Biofeedback on Continence in Men Undergoing Radical Prostatectomy: A Prospective, Randomized, Controlled Trial	Ribeiro <i>et al</i> , 2010 ⁽²⁰⁾ Brasil	Ensaio clínico controlado e randomizado
Conservative treatment for urinary incontinence in Men After Prostate Surgery (MAPS): two parallel randomised controlled trials	Glazener <i>et al</i> , 2011 ⁽²¹⁾ Canadá	Ensaio clínico controlado e randomizado
Effect of Pelvic Floor Electrical Stimulation and Biofeedback on the Recovery of Urinary Continence after Radical Prostatectomy	Ahmed <i>et al</i> , 2012 ⁽²²⁾ Egito	Ensaio clínico controlado e randomizado

Fonte: Elaboração dos autores

O quadro 2 explana sobre as intervenções realizadas assim como o tamanho da amostra e tempo de seguimento de cada estudo.

O quadro 3 apresenta os principais resultados apontados nos estudos analisados assim como suas conclusões.

Quadro 2: Intervenções, tamanho da amostra e tempo de seguimento, Rio de Janeiro, 2017

Artigo	Intervenção	N - Tempo de seguimento
Filocamo <i>et al</i> , 2005 ⁽¹⁵⁾	Todos os participantes foram avaliados em 4 encontros, 1, 3, 6 e 12 meses. <u>Grupo teste:</u> Preenchimento de um diário miccional e instruções para aumentar a frequência miccional. <u>1º encontro:</u> Treinamento do MAP na posição supina. Em casa: 3 séries de 10 contrações durando 5 segundos e relaxando por 10 segundos por 10 dias. Utilizou-se explicação verbal, palpação e visualização (pelo paciente) da contração na base do pênis através de um espelho. <u>2º encontro:</u> Treinamento do MAP em todas as posições (sentado, agachado, usando escada etc). Repetição da série anterior por 7 dias. <u>3º encontro:</u> Realizar a contração do MAP somente antes de alguma atividade de possa induzir a incontinência (espirrar, tossir, levantar peso). <u>4º encontro:</u> avaliação <u>Grupo controle:</u> Nenhuma orientação	300 pacientes (150 em cada grupo) 12 meses
Manassero <i>et al</i> , 2007 ⁽¹⁶⁾	Todos os participantes foram avaliados em 4 encontros, 1, 3, 6 e 12 meses e preencheram um diário miccional. 13 participantes saíram do estudo no grupo controle e zero no grupo teste. <u>Grupo teste:</u> Instrução e treinamento supervisionado do MAP durante 4 encontros. Realizar em casa 3 séries de 15 contrações diárias; aumentando progressivamente para 3 series de 30 contrações. Primeiramente a serie deveria ser realizada na posição supina, depois sentando e levantando. Depois do 1º mês deveriam incorporar os exercícios nas suas atividades diárias. <u>Grupo controle:</u> Nos encontros somente era avaliado a incontinência residual.	107 pacientes (54 no grupo teste e 53 no controle) 12 meses
Moore <i>et al</i> , 2007 ⁽¹⁷⁾	4 semanas após a prostatectomia radical, todos os participantes receberam instruções verbais e escritas para a realização de 3 séries de 10 a 12 contrações do MAP diariamente em casa. <u>Grupo teste:</u> Visitas semanais com o terapeuta e 30 minutos de biofeedback durante a realização dos exercícios do MAP por no máximo 24 semanas. <u>Grupo controle:</u> realização dos exercícios do MAP em casa sem contato com o terapeuta.	205 pacientes (106 para grupo teste e 99 para controle) 52 semanas
Overgård <i>et al</i> , 2008 ⁽¹⁸⁾	Ambos os grupos receberam Instruções verbais e escritas sobre as corretas contrações musculares do assoalho pélvico e foram encorajados a realizar os exercícios assim que fosse removido o cateter. <u>Grupo teste:</u> Treinamento do MAP guiado pelo fisioterapeuta por 45 minutos 1 vez por semana, pelo tempo em que o paciente ainda usasse o absorvente ou até quando o paciente desejasse. Em casa: 3 séries diárias de 10 contrações mais intensas possíveis com duração de 6-8 segundos, ao final de cada	85 pacientes (42 no grupo teste e 43 no grupo controle) 12 meses

	contração realizar 3-4 contrações rápidas. Dos 38 pacientes do grupo teste, 20 estavam impossibilitados de atender pessoalmente aos encontros com o fisioterapeuta. A estes pacientes foi oferecido um DVD com as instruções do fisioterapeuta para realização semanal da intervenção proposta. <u>Grupo controle:</u> 3 séries de 10 contrações diariamente.	
Dubbelman <i>et al</i> , 2009 ⁽³⁾	<u>Grupo teste:</u> 9 sessões de 30 minutos de exercícios de fortalecimento do MAP guiadas pelo fisioterapeuta mais 150 contrações diárias realizadas em casa. <u>Grupo controle:</u> 15 séries de 10 contrações, cada série deve ser completada dentro de 1-3 minutos. As séries devem ser realizadas num período de 24h.	79 pacientes* (35 no grupo teste e 44 no grupo controle) 26 semanas
Mariotti <i>et al</i> , 2009 ⁽¹⁹⁾	Ambos os grupos preencheram um diário miccional. <u>Grupo teste: Biofeedback + Eletroestimulação (BF+EE):</u> 2 sessões semanais por 6 semanas. Protocolo: 15 minutos de BF e 20 minutos de EE (30 Hz por 10 minutos e 50Hz por 10 minutos – intensidade ajustada considerando a elevação do músculo elevador do anus e pubococcígeo e tolerância do paciente). Instrução verbal para correta realização dos exercícios em casa (exercícios de Kegel). <u>Grupo controle:</u> Instrução verbal de como identificar corretamente os músculos do assoalho pélvico mais folder explicativo sobre realização de exercícios de fortalecimento do MAP – exercícios de Kegel.	60 pacientes. (30 em cada grupo) 6 meses
Ribeiro <i>et al</i> , 2010 ⁽²⁰⁾	<u>Grupo teste Treinamento do MAP + Biofeedback (BF):</u> Sessões de 30 minutos semanais de treinamento do MAP +BF até alcançar a continência ou até 12 semanas. Em cada sessão de BF o paciente realizava 3 series de 10 contrações rápidas e 3 contrações sustentadas (5,7 ou 10 segundos). Em casa: instruções escritas para continuar a realização dos exercícios nas posições deitado, sentado e em pé. <u>Grupo controle:</u> não recebeu instruções escritas sobre os exercícios. O urologista somente recomendava que se contraísse o MAP em casa.	73 pacientes (36 para o grupo teste e 37 para controle) 12 meses

Legenda: *Houve 2 perdas no grupo teste e 11 no grupo controle. Para se obter 80% de poder de estudo, cada braço do estudo deveria haver 96 participantes. Entretanto, em 2 anos de recrutamento só foi possível recrutar 79 pacientes no total.

Fonte: Elaboração dos autores

Quadro 3: Principais resultados e conclusões dos autores, Rio de Janeiro, 2017

Artigo	Principais Resultados			Conclusões	
Filocamo <i>et al</i> , 2005 ⁽¹⁵⁾	<u>Continentes</u>			A continência urinária pode ser obtida precocemente com a implementação do TMAP, reservando os testes urodinâmicos somente para os casos onde houver falha da terapia.	
		<u>Grupo Teste</u>	<u>Grupo Controle</u>		<u>P-valor</u>
	<u>1 mês</u>	29 (19,3%)	12 (8%)		p = 0,006
	<u>3 meses</u>	111 (74%)	45 (30%)		p<0,00001
	<u>6 meses</u>	144 (96%)	97 (64,6%)		p<0,00001
	<u>12 meses</u>	93.3%	93.3%		
Manassero <i>et al</i> , 2007 ⁽¹⁶⁾	<u>Continentes</u>			O TMAP precoce e intensivo pode melhorar a continência e é recomendada a todos os pacientes com IUPP	
		<u>Grupo Teste</u>	<u>Grupo Controle</u>		
	<u>1 mês</u>	16,7%	2,5%		
	<u>3 meses</u>	46,3%	22,5%		
	<u>6 meses</u>	66,7%	40%		
	<u>12 meses</u>	83,4%	47,5%		
Moore <i>et al</i> , 2007 ⁽¹⁷⁾	<u>Continentes</u>			Instruções verbais e escritas mostraram-se tão eficazes quanto TMAP supervisionado utilizando-se biofeedback.	
		<u>Grupo teste</u>	<u>Grupo Controle</u>		
	<u>2 meses</u>	23%	20%		
	<u>3 meses</u>	28%	32%		
	<u>4 meses</u>	40%	44%;		
	<u>7 meses</u>	50%	47%;		
	<u>13 meses</u>	64%	60%		

Overgård <i>et al</i> , 2008 ⁽¹⁸⁾	<u>Continentes</u>			<u>P-valor</u>	Taxas de continência foram semelhantes em ambos os grupos aos 3 meses após a prostatectomia. Entretanto, resultados positivos com TMAP intensivo supervisionado mostrou-se mais eficaz comparado com a realização dos exercícios sem supervisão.		
	<u>Grupo Teste</u>	<u>Grupo Controle</u>					
	<u>Dia 0</u>	4(42)	1(43)			-	
	<u>3 meses</u>	46%	43%			p=0,73	
	<u>6 meses</u>	79%	58%			p=0,061	
	<u>12 meses</u>	92%	72%	p=0,028			
Dubbelman <i>et al</i> , 2009 ⁽³⁾	<u>Continentes</u>			<u>P-valor</u>	O TMAP supervisionado não apresentou benefício comparado com a instrução escrita da realização dos exercícios em casa, além de onerar consideravelmente o tratamento. A quantidade de perda de urina após a cirurgia influencia no prognóstico do paciente.		
	<u>Grupo Teste</u>	<u>Grupo Controle</u>					
	<u>6 meses</u>	49%	39%				
Não houve diferença estatística entre os grupos.							
Mariotti <i>et al</i> , 2009 ⁽¹⁹⁾	<u>Continentes</u>			<u>P-valor</u>	TMAP associado a biofeedback e eletroestimulação têm impacto positivo sobre a recuperação precoce da continência urinária após prostatectomia radical.		
	<u>Grupo Teste</u>	<u>Grupo Controle</u>					
	<u>1 mês</u>	19 (63,3%)	9 (30%)			p<0,05	
	<u>2 meses</u>	20 (66,7%)	8 (26,7%)			p<0,05	
	<u>3 meses</u>	24 (80%)	10 (33,3%)			p<0,05	
	<u>6 meses</u>	29 (96,7%)	20 (66,7%)	p>0,05			
<u>Perda de urina durante o teste do absorvente por 24h:</u> Resultados com significância estatística (p<0,0004) a partir da 4 semana de terapia em favor do grupo teste.							
Ribeiro <i>et al</i> , 2010 ⁽²⁰⁾	<u>Continentes</u>			<u>P-valor</u>	TMAP associado a Biofeedback mostrou resultados melhores em relação a continência e severidade da incontinência nos primeiros 6 meses após a prostatectomia radical.		
	<u>Grupo Teste</u>	<u>Grupo Controle</u>					
	<u>1 mês</u>	53,52%	17,86%				
	<u>3 meses</u>	65,38%	28,57%				
	<u>6 meses</u>	80,77%	64,29%				
	<u>12 meses</u>	88,46%	67,86%				
Glazener <i>et al</i> , 2011 ⁽²¹⁾	<u>Continentes</u>			<u>P-valor</u>	É improvável que seja eficaz ou rentável a proporção de um terapeuta para um homem com IUPP em comparação com o tratamento padrão, visto que após 1 ano ambos grupos apresentam taxas de continências semelhantes.		
	<u>Grupo Teste</u>	<u>Grupo Controle</u>					
	<u>3 meses</u>	172/200 (86%)	176/198 (89%)			p=0,366	
	<u>6 meses</u>	158/197 (80%)	158/197 (80%)			p=0,990	
	<u>9 meses</u>	144/191 (75%)	157/194 (81%)			p=0,174	
	<u>12 meses</u>	148/196 (75,5%)	151/195 (77,4)	p= 0,637			
Ahmed <i>et al</i> , 2012 ⁽²²⁾	<u>Continentes</u>			<u>P-valor</u>	O tratamento conservador utilizando EE e BF combinados promove um efeito positivo na recuperação da continência precoce e redução da severidade da incontinência. Trata-se de um método não invasivo aplicável a todos os pacientes pós-prostatectomizados.		
	<u>EE+BF</u>	<u>EE</u>	<u>Controle</u>				
	<u>6 semanas</u>	37,71%	34,62%			19,23%	p<0,05
	<u>12 semanas</u>	71,42%	53,85%			26,9%	p<0,05
	<u>24 semanas</u>	96,43%	76,92%	65,38%	p>0,05		
Houve uma diferença significativa entre o grupo EE + BF comparado com os outros 2 grupos (p<0,05). Entre os grupos EE e controle não houve diferença (p>0,05).							

Fonte: Elaboração dos autores

O quarto quadro refere-se a análise da qualidade dos estudos que foram classificados quanto ao nível da evidência, grau de recomendação, pontuação pela escala de Jadad e conflitos de interesses.

Quadro 4: Nível da evidência, grau de recomendação, pontuação pela escala de Jadad e conflito de interesses, Rio de Janeiro, 2017.

Estudo	Nível de evidência	Grau de recomendação	Escala Jadad	Conflitos de interesses
Filocamo <i>et al</i> , 2005 ⁽¹⁵⁾	1b	A	2	Não relatado
Manassero <i>et al</i> , 2007 ⁽¹⁶⁾	1b	A	3	Não há
Moore <i>et al</i> , 2007 ⁽¹⁷⁾	1b	A	3	Não relatado
Overgård <i>et al</i> , 2008 ⁽¹⁸⁾	1b	A	2	Não relatado
Dubbelman <i>et al</i> , 2009 ⁽³⁾	1b	A	4	Não relatado
Mariotti <i>et al</i> , 2009 ⁽¹⁹⁾	1b	A	1	Não relatado
Ribeiro <i>et al</i> , 2010 ⁽²⁰⁾	1b	A	2	Não relatado
Glazener <i>et al</i> , 2011 ⁽²¹⁾	1b	A	5	Não há
Ahmed <i>et al</i> , 2012 ⁽²²⁾	1b	A	3	Não há

Fonte: Elaboração dos autores

DISCUSSÃO

Dois estudos avaliaram a influência do acompanhamento periódico de um especialista durante o período da realização do TMAP *versus* a realização dos exercícios somente em casa sem acompanhamento profissional (Overgård⁽¹⁸⁾ e Dubbelman⁽³⁾). Dubbelman analisou 79 pacientes e concluíram que a o TMAP supervisionado pelo terapeuta não interfere no tempo de retorno da continência, além de onerar consideravelmente o tratamento⁽³⁾. Já Overgård analisou 85 pacientes e obteve um resultado significativo 12 meses após a cirurgia no grupo que realizou o TMAP supervisionado ($p=0,028$)⁽¹⁸⁾.

Filocamo⁽¹⁵⁾, Manassero⁽¹⁶⁾ e Glazener⁽²¹⁾ avaliaram a efetividade do TMAP supervisionado pelo terapeuta comparado com nenhuma orientação, foram analisados 300, 107 e 411 pacientes, respectivamente, ao longo de 12 meses. Dois deles concluíram que o TMAP é capaz de reduzir o tempo de recuperação da continência com resultados positivos já nos primeiros meses de terapia^(15,16). Filocamo e cols. obtiveram resultados estatisticamente significativos em seus resultados no 1º ($p=0,006$), 3º mês ($p<0,00001$) e 6º mês ($0<0,00001$) após a prostatectomia⁽¹⁵⁾. Manassero e cols. observaram uma melhora considerável a partir do 3º mês (53,7% incontinentes no grupo e 77,5% no controle), a diferença aumenta ao final do estudo, com 12 meses, onde somente 16,6% ainda permaneciam incontinentes no grupo teste e 60% no grupo controle⁽¹⁶⁾.

Glazener e cols.⁽²¹⁾, no entanto não encontraram diferenças significativas entre os dois grupos estudados, além de também concluir que o TMAP supervisionado onera muito o custo sem trazer o retorno esperado. Entretanto, vale ressaltar que, apesar da proposta inicial do estudo de Glazener ter sido comparar a efetividade do TMAP supervisionado com nenhum exercício, 170 pacientes dos 206 alocados no grupo controle procuraram ajuda no seu respectivo centro de pesquisa e passaram a realizar o TMAP já no início do estudo. Além disso a aderência dos participantes à terapia proposta foi se reduzindo igualmente em ambos os grupos até o final dos 12

meses (número de pacientes que realizaram periodicamente os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico após 6 e 12 meses: 96/188 no grupo teste e 64/190 no controle e 67/192 no grupo teste e 51/190 no controle, respectivamente). Considerando a baixa aderência do grupo teste e controle ao TMAP, é esperado uma taxa de incontinentes alta semelhantes nos dois grupos ao final do estudo (148/196 (75,5%) grupo teste e 151/195 (77,4) no grupo controle estavam incontinentes ao final de 12 meses – $p=0,637$).

Um estudo acompanhou 114 homens com IUPP por um período de 12 meses, todos foram instruídos a seguir um protocolo diário de TMAP. A qualidade de vida foi avaliada no início e ao final do acompanhamento⁽²³⁾. Os autores concluíram que os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico promovem a reabilitação precoce tendo um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes e convívio social⁽²³⁾.

Nesta revisão, quatro estudos avaliaram a efetividade do TMAP associado ao biofeedback (BF) e/ou eletroestimulação (EE)^(17,19,20,22). Dois estudos avaliaram a utilização do biofeedback para melhor identificação dos músculos a serem trabalhados durante o treinamento do MAP mais realização de exercícios em casa comparando com o grupo controle que não recebeu um programa estruturado de TMAP^(17,20).

Moore e cols.⁽¹⁷⁾ analisaram 205 pacientes e obtiveram resultados semelhantes entre os grupos, concluindo que sessões semanais com biofeedback são tão eficazes quanto a realização do TMAP em casa. Já Ribeiro e cols.⁽²⁰⁾ analisaram 73 pacientes e encontraram resultados positivos na utilização do biofeedback, observando-se uma melhora significativa na redução da severidade da incontinência no grupo teste ($p=0,017$).

Os outros dois estudos avaliaram a utilização do biofeedback e eletroestimulação.^{21,24} Mariotti e cols.⁽¹⁹⁾ analisaram os resultados de 60 pacientes onde 30 receberam sessões de BF e eletroestimulação, além de realização do TMAP em casa e 30 só realizavam os exercícios em casa. Houve uma melhora significativa na continência dos pacientes no grupo teste nos primeiros 3 meses ($p<0,05$), além de melhores índices de perda urinária a partir da 4ª semana de terapia ($p<0,05$)⁽¹⁹⁾.

Ahmed e cols.⁽²²⁾ compararam os resultados de 90 pacientes divididos em 3 grupos, um que recebeu somente eletroestimulação (EE); outro Eletroestimulação (EE) + Biofeedback (BF) e o terceiro que só realizou os TMAP em casa. Os autores observaram que os pacientes que receberam a terapia combinada (EE + BF) obtiveram resultados estatisticamente melhores comparando com os outros grupos ($P<0,05$).

A estimulação elétrica é um método que pode aumentar o sucesso de exercício muscular pélvico em pacientes com incontinência após prostatectomia radical⁽¹⁹⁻²²⁾. A combinação de EE com BF pode ajudar os pacientes a executarem melhor e a continuarem os exercícios em casa, melhorando, assim, o controle voluntário do assoalho pélvico⁽¹⁹⁾.

As evidências sobre a realização do TMAP supervisionado por um terapeuta são contraditórias, na presente revisão, dois estudos similares obtiveram resultados opostos. Em uma metanálise publicada em 2015, os autores chegaram a conclusões

semelhantes, não sendo possível a recomendação do TMAP supervisionado com a finalidade de recuperação precoce da incontinência⁽²⁴⁾.

Alguns autores recomendam que o TMAP seja iniciado logo após a retirada da sonda vesical, que ocorre geralmente após dez a vinte dias da cirurgia, pois se acredita que os exercícios iniciados subitamente aceleram a recuperação da continência urinária^(15,16,19-24). Entretanto um estudo⁽²⁵⁾ realizado com 120 pacientes, 60 incontinentes 14 dias após a retirada do cateter e 60 incontinentes após 12 meses, ambos receberam o mesmo protocolo de BF+EE. Em 6 meses de tratamento, mais de 90% do total dos pacientes estavam continentemente, sugerindo que a realização de BF+EE pode ser uma alternativa não invasiva para tratamento da IUPP tanto logo após a retirada do cateter quanto após 12 meses da cirurgia⁽²⁵⁾. Na tentativa de restabelecer precocemente a continência desses pacientes, diversas abordagens terapêuticas conservadoras, como terapia comportamental e treinamento da musculatura do assoalho pélvico têm sido usados com diferentes protocolos⁽²⁰⁾, entretanto até o momento as evidências são frágeis fazendo com que seja quase impossível a recomendação de um programa de treinamento específico para IUPP.

Com relação a avaliação da qualidade dos estudos, todos se denominaram ensaios clínicos controlados e randomizados, todavia, alguns deles falharam ao não descrever o método utilizado para a randomização e cegamento^(15,18-20), o que acarretou em uma baixa pontuação na escala de Jadad, sendo parte deles considerados como estudos de má qualidade (pontuação total menor ou igual a 2). Entretanto, há de se considerar que em um estudo de intervenção onde o paciente precisa participar ativamente, realizando o TMAP ou recebendo auxílio do biofeedback ou eletroestimulação, o cegamento das partes envolvidas (paciente e terapeuta) é algo muito difícil. Para pontuação nesse quesito, foi considerado qualquer tipo de cegamento que houve no estudo (como cegamento da análise estatística). Avaliações mais detalhadas sobre qualidade metodológica desses estudos são necessárias para maiores conclusões.

Contudo, as evidências encontradas nessa revisão apontam que o TMAP associado ou não com BF e EE podem surtir um efeito positivo no tratamento da IUPP. Pacientes com dificuldade inicial de identificação dos músculos do assoalho pélvico podem se beneficiar de sessões de EE e BF seguidas de um treinamento estruturado dos músculos do assoalho pélvico. Entretanto, maiores estudos são necessários a fim de gerar melhores recomendações sobre as terapias.

Uma revisão sistemática Cochrane publicada em 2015 analisou 99 ensaios clínicos que avaliaram a efetividade do TMAP associados ou não a eletroestimulação e/ou biofeedback na prevenção ou tratamento da IUPP e concluiu que somente 10,2% dos pacientes que receberam a intervenção permaneceram incontinentes após 12 meses da cirurgia e 32,1% dos pacientes que não tiveram influência das terapias continuaram incontinentes⁽²⁶⁾. Entretanto, os autores afirmam que devido fragilidade e resultados contraditórios em alguns estudos não é possível uma recomendação oficial em relação a realização do TMAP tão logo se retire o cateter, assim como também foi considerado modesto os resultados positivos sobre a indicação do BF e EE⁽²⁶⁾. A sociedade europeia de urologia⁽²⁷⁾ corrobora com os resultados da revisão Cochrane e ambas concluem que ensaios clínicos mais robustos e com desenhos de estudo mais estruturados devem ser realizados a fim de se obter conclusões mais precisas em relação as terapias avaliadas^(26,27).

Contribuições para a Enfermagem

Apesar do tratamento da IUPP fazer parte do cuidado de enfermagem, pouco se tem descrito na literatura sobre as terapias possíveis de serem aplicadas pelo enfermeiro. Ao analisar os estudos incluídos nessa revisão não foi diferente, a maioria dos estudos tinham como seus pesquisadores responsáveis médicos ou fisioterapeutas que tratavam diretamente ou indiretamente da reabilitação dos pacientes.

Uma revisão integrativa reporta alguns cuidados de enfermagem para IUPP: orientação quanto aos a execução correta dos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico; a elaboração de um gráfico de controle urinário (diário miccional) para ser utilizado concomitantemente com a terapia comportamental; treinamento da musculatura do períneo por meio de estimulação elétrica ou biofeedback⁽²⁸⁾. Os autores ressaltam que o enfermeiro pode dar continuidade ao cuidado por meio do telemonitoramento, reforçando as series dos exercícios e estimulando a motivação para continuar o tratamento⁽²⁸⁾.

CONCLUSÃO

O TMAP associados ou não ao biofeedback e eletroestimulação para tratamento da IUPP talvez contribuam na recuperação precoce da continência. Pacientes com dificuldade inicial de identificação dos músculos do assoalho pélvico podem se beneficiar de sessões de EE e BF seguidas de um treinamento estruturado dos músculos do assoalho pélvico.

Entretanto, maiores estudos, com melhor qualidade metodológica são necessários afim de gerar recomendações mais consistentes.

É possível uma maior inserção do enfermeiro nos cuidados relacionados ao retorno precoce da continência em pacientes pós-prostatectomizados através da instituição dos exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico e terapia comportamental.

REFERÊNCIAS

1. Obrador AB, Ramos M, De La Iglesia MT, Zaforteza M. Treatment of prostate cancer according to life expectancy, comorbidity and clinical practice guidelines. *An Sist Sanit Navar*. 2014; 37(3):339-348.
2. Mata RF, Silva AC, Pereira MG, Carvalho EC. Acompanhamento telefônico de pacientes pós-prostatectomia radical: revisão sistemática. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(2):337-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3314.2421>
3. Dubbelman Y, Groen J, Wildhagen M, Rikken B, Bosch R. The recovery of urinary continence after radical retropubic prostatectomy: a randomized trial comparing the effect of physiotherapist- guided pelvic floor muscle exercises with guidance by an instruction folder only. *BJU Int*. 2010 Aug;106(4):515-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09159.x>
4. Barbalho EV, Chagas MIS, Pinto VPT, Dias MAS, Parente RF. Domiciliary survey on urinary incontinence in women. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2011; 1716-1722. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1709/pdf_625.

5. Abrams P, Cardozo, Khoury S, Wein A (editors). Incontinence. 4th edition. Paris: Health Publication Ltd. July; 2009. Disponível em: http://www.ics.org/Publications/ICI_4/book.pdf
6. Averbeck MA, Rios LAS .Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical: Técnica de Implante do Esfíncter Urinário Artificial. Urologia essencial. 2014;4(1):24-34. Disponível em: http://urologiaessencial.org.br/pdf/ed_1_2014/tecnica_cirurgica.pdf
7. Zaidan P, Silva EB. Electrostimulation, response of the pelvic floor muscles, and urinary incontinence in elderly patients post prostatectomy. Fisioter mov. [online]. 2014; 27(1):93-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v27n1/0103-5150-fm-27-01-0093.pdf>
8. Kubagawa LM, Pellegrini JRF, Lima VP, Moreno AL. A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. Revista Brasileira de Cancerologia. 2006; 52(2):179-83. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/revisao4.pdf
9. Goode PS, Burgio KL, Johnson TM 2nd, Clay OJ, Roth DL, Markland AD, Burkhardt JH, Issa MM, Lloyd LK. Behavioral therapy with or without biofeedback and pelvic floor electrical stimulation for persistent postprostatectomy incontinence: a randomized controlled trial. JAMA. 2011 Jan 12; 305(2): 151-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.1972>
10. MacDonald R, Fink HA, Huckabay C, Monga M, Wilt TJ. Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence after radical prostatectomy: a systematic review of effectiveness. BJU Int. 2007 Jul;100(1):76-81.
11. Tobía I, González MS, Martínez P, Tejerizo JC., Gueglio G, Damia O et al . Estudio randomizado sobre continencia urinaria postprostatectomía radical con rehabilitación perineal kiesica previa. Arch Esp Urol. 2008 Sep; 61(7):793-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S0004-06142008000700005>.
12. Galvão TF; Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. Epidemiol Serv Saude. 2014; 23(1):183-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>
13. University of Oxford. Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM). Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (March 2009) [Internet]. 2009 Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>
14. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Control Clin Trials. 1996 Feb;17(1):1-12.
15. Filocamo MT, Li Marzi V, Del Popolo G, Cecconi F, Marzocco M, Tosto A, Nicita G. Effectiveness of early pelvic floor rehabilitation treatment for post-prostatectomy incontinence. Eur Urol. 2005 Nov;48(5):734-8
16. Manassero F, Traversi C, Ales V, Pistolesi D, Panicucci E, Valent F, Selli C. Contribution of early intensive prolonged pelvic floor exercises on urinary continence recovery after bladder neck-sparing radical prostatectomy: results of a prospective controlled randomized trial. Neurourol Urodyn. 2007;26(7):985-9.
17. Moore KN, Valiquette L, Chetner MP, Byrniak S, Herbison GP. Return to continence after radical retropubic prostatectomy: a randomized trial of verbal and written instructions versus therapist-directed pelvic floor muscle therapy. Urology. 2008 Dec;72(6):1280-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2007.12.034>.
18. Overgård M, Angelsen A, Lydersen S, Mørkved S. Does physiotherapist-guided pelvic floor muscle training reduce urinary incontinence after radical prostatectomy?: a randomised controlled trial. Eur Urol. 2008 Aug; 54(2):438-48. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2008.04.021>.

19. Mariotti G, Sciarra A, Gentilucci A, Salciccia S, Alfarone A, Di Pierro G, Gentile V. Early recovery of urinary continence after radical prostatectomy using early pelvic floor electrical stimulation and biofeedback associated treatment. *J Urol.* 2009 Apr;181(4):1788-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2008.11.104>
20. Ribeiro LH, Prota C, Gomes CM, de Bessa J Jr, Boldarine MP, Dall'Oglio MF, Bruschini H, Srougi M. Long-term effect of early postoperative pelvic floor biofeedback on continence in men undergoing radical prostatectomy: a prospective, randomized, controlled trial. *J Urol.* 2010 Sep;184(3):1034-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2010.05.040>.
21. Glazener C, Boachie C, Buckley B, Cochran C, Dorey G, Grant A, Hagen S, Kilonzo M, McDonald A, McPherson G, Moore K, N'Dow J, Norrie J, Ramsay C, Vale L. Conservative treatment for urinary incontinence in Men After Prostate Surgery (MAPS): two parallel randomised controlled trials. *Health Technol Assess.* 2011 Jun;15(24):1-290, iii-iv. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3310/hta15240>.
22. Ahmed MT, Mohammed AH, Amansour A. Effect of pelvic floor electrical stimulation and biofeedback on the recovery of urinary continence after radical prostatectomy. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation.* 2012; 58(3):171-7.
23. Lombrana M, Izquierdo L, Gómez A, Alcaraz A. Impact of a nurse-run clinic on prevalence of urinary incontinence and everyday life in men undergoing radical prostatectomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40(3):309-312. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0b013e31828f5e22>
24. Fernández RA, García-Hermoso A, Solera-Martínez M, Correa MT, Morales AF, Martínez-Vizcaíno V. Improvement of continence rate with pelvic floor muscle training post-prostatectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Urol Int.* 2015;94(2):125-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1159/000368618>
25. Mariotti G, Salciccia S, Innocenzi M, Gentilucci A, Fasulo A, Gentile V, Sciarra A. Recovery of Urinary Continence After Radical Prostatectomy Using Early vs Late Pelvic Floor Electrical Stimulation and Biofeedback-associated Treatment. *Urology.* 2015 Jul;86(1):115-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2015.02.064>.
26. Anderson CA, Omar M, Campbell SE, Hunter KF, Cody JD, Glazener CMA. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 1. Art. No.: CD001843. DOI: 10.1002/14651858.CD001843.pub5
27. Lucas MG; Bedretdinova D.; Berghmans LC; Bosch JLHR; Burkhard FC; Cruz F; Nambiar AK; Nilsson CG; Tubaro A; . Pickard RS. Guidelines on Urinary Incontinence. *European Association of Urology* 2015. Disponível em: http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf
28. Santos D, Silva F, Saldanha E, Lira A, Vitor A. Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet].* 2012 Set 30; 14(3): 690-701. Disponível em: <http://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/14980>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia