

Eficácia fisioterapêutica em pacientes com incontinência urinária pós prostatectomia radical: Revisão de literatura

Physical therapy effectiveness in patients with urinary incontinence after radical prostatectomy: A literature review

Eficacia de la fisioterapia en pacientes con incontinencia urinaria tras prostatectomía radical: Revisión bibliográfica

Recebido: 06/04/2022 | Revisado: 14/05/2022 | Aceitado: 31/12/2022 | Publicado: 03/01/2023

Adriana Pereira de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1889-6146>

Hospital Norte Dor, Brasil

E-mail: souza.1993adri@gmail.com

Resumo

A incidência do câncer de próstata (CaP) tem aumentado no mundo e nacionalmente. O cenário do crescente número de casos tem resultado em uma expansão dos meios de diagnósticos precoce utilizados para a detecção da patologia. A detecção precoce é responsável pela redução dos índices de óbito causados pela doença. O CaP tem como tratamento padrão ouro a Prostatectomia Radical (PR) que é a abordagem cirúrgica para a remoção completa da próstata e entre seus efeitos colaterais está a Incontinência Urinária (IU). Essa disfunção ocorre principalmente devido à remoção de parte do esfíncter uretral como consequência do procedimento. O objetivo do trabalho foi analisar por meio de revisão bibliográfica a eficácia da Fisioterapia em pacientes com Incontinência Urinária pós Prostatectomia Radical. O método utilizado foi pesquisa bibliográfica em artigos nacionais e internacionais em bases de dados como Pubmed, Scielo, BIREME e LILACS. Foram recuperados 67 trabalhos e desses, 9 selecionados. Os artigos selecionados apresentaram avaliação do efeito do tratamento fisioterapêutico em pacientes com IU após a PR. Foi possível encontrar evidências sobre a redução da IU independentemente da técnica utilizada. No entanto, mesmo com evidências de aquisição da continência após a cirurgia de PR, não foi encontrada uma padronização dos métodos e dos protocolos utilizados. Portanto, fica sugerido que mais estudos sejam realizados na área.

Palavras-chave: Câncer de próstata; Incontinência urinária; Prostatectomia radical; Fisioterapia.

Abstract

The incidence of prostate cancer (PCa) has increased worldwide and nationally. The scenario of the growing number of cases has resulted in an expansion of the means of early diagnosis used to detect the pathology. Early detection is responsible for reducing the death rates caused by the disease. The gold standard treatment for PCa is Radical Prostatectomy (RP), which is the surgical approach for the complete removal of the prostate, and among its side effects is Urinary Incontinence (UI). This dysfunction occurs mainly due to the removal of part of the urethral sphincter as a consequence of the procedure. The objective of this work was to analyze by means of a bibliographic review the efficiency of Physical Therapy in patients with Urinary Incontinence after Radical Prostatectomy. The method used was bibliographic research in national and international articles in databases such as Pubmed, Scielo, BIREME and LILACS. 67 works were found, from which 9 were selected. The selected articles presented evaluation of the effect of physical therapy treatment in patients with UI after RP. It was possible to find evidence of UI reduction regardless of the technique used. However, even with evidence of acquisition of continence after RP, a standardization of methods and protocols used was not found. Therefore, it is suggested that more studies be conducted in the area.

Keywords: Prostate cancer; Urinary incontinence; Radical prostatectomy; Physical therapy.

Resumen

La incidencia del cáncer de próstata (CaP) ha aumentado a nivel mundial y nacional. El escenario del creciente número de casos se ha traducido en una ampliación de los medios de diagnóstico precoz utilizados para detectar la patología. La detección precoz es responsable de la reducción de las tasas de mortalidad causadas por la enfermedad. El tratamiento de referencia para el CaP es la prostatectomía radical (PR), que es el abordaje quirúrgico para la extirpación completa de la próstata, y entre sus efectos secundarios se encuentra la incontinencia urinaria (IU). Esta disfunción se debe principalmente a la eliminación de parte del esfínter uretral como consecuencia del procedimiento. El objetivo del trabajo fue analizar mediante revisión bibliográfica la efectividad de la Fisioterapia en pacientes con Incontinencia Urinaria tras Prostatectomía Radical. El método utilizado fue la pesquisa bibliográfica en artículos

nacionais e internacionais em bases de dados como Pubmed, Scielo, BIREME y LILACS. Fueron encontrados 67 trabajos, de los cuales fueron seleccionados 9. Los artículos seleccionados presentaron evaluación del efecto del tratamiento fisioterápico en pacientes con IU después de la PR. Fue posible encontrar pruebas sobre la reducción de la IU independientemente de la técnica utilizada. Sin embargo, incluso con pruebas de adquisición de continencia tras la PR, no se encontró una estandarización de los métodos y protocolos utilizados. Por lo tanto, se sugiere que se realicen más estudios en la zona.

Palabras clave: Cáncer de próstata; Incontinencia urinaria; Prostatectomía radical; Fisioterapia.

1. Introdução

A próstata é o único órgão do corpo humano que tende a crescer com o envelhecimento, ao seu crescimento de forma benigna, chama-se Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). Quando o crescimento ocorre devido à proliferação de células neoplásicas é denominado câncer de próstata (CaP) (Nardoza Júnior et al., 2010).

O CaP é o segundo mais comum e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2014). Enquanto no Brasil, esse tipo está como o segundo mais comum entre os homens, depois do câncer de pele não-melanoma. O tratamento padrão para a abordagem do câncer de próstata localizado é denominado Prostatectomia Radical (PR). Existindo vários tipos de abordagens cirúrgicas, com diferentes repercussões em relação à interferência no mecanismo da continência urinária (Branco et al., 2006).

Devido à proximidade da próstata com os órgãos bexiga, uretra, e esfíncteres, o mecanismo da micção é muito comprometido nas abordagens cirúrgicas de PR. Devido a retirada da próstata, também é segregada parte da uretra e dos esfíncteres, podendo ocorrer lesões nas estruturas nervosas responsáveis pelo suprimento motor ou sensitivo do sistema urinário. Dessa maneira, resultando em uma situação de incontinência urinária que, na maioria dos casos em homens, ocorre devido à cirurgia de PR (Nardoza Júnior et al., 2010; Vieira et al., 2022).

A incontinência urinária pós prostatectomia (IUPP) é relativa para cada homem, com o tempo de recuperação variável, podendo ocorrer em dias ou seguir com sequelas definitivas. Sendo assim, a intervenção fisioterapêutica é fundamental para a recuperação funcional esfínteriana destes pacientes (Freitas et al., 2014). Entre os estudos disponíveis na literatura, existe a abordagem de diversas metodologias, entre elas estão o EE, a cinesioterapia, entre outros meios de reabilitação da musculatura do AP (Vieira et al., 2022).

O tratamento recomendado para a IUPP é fisioterapêutico e inclui a cinesioterapia; o uso do Biofeedback (BF); a Eletroestimulação (EE) funcional dos músculos do Assoalho Pélvico (AP) com eletrodo endo-anal; a estimulação elétrica transcutânea; ou uma associação desses métodos. Quando é realizado o tratamento conservador, esse deve estar unido às alterações do estilo de vida, envolvendo hábitos como a diminuição ou eliminação da cafeína e do tabagismo, exercícios físicos, e treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP) (Kakihara et al., 2007).

A importância dos exercícios para a musculatura do AP foi dada primeiramente em 1948 por Kegel, visando o aumento da resistência uretral e a promoção do controle urinário. Os exercícios de Kegel têm sido amplamente difundidos sob diversas formas de aplicações, com indicação primordial para a incontinência secundária à deficiência do esfíncter. A evolução desse tratamento foi marcada pelo aumento da força de contração perineal e melhora na consciência da contração (Parekh et al., 2003).

Posteriormente, foi implementada a cinesioterapia para o assoalho pélvico que é o tratamento pautado pela ideia de que contrações voluntárias feitas repetidamente agregam força muscular, e por consequência, recuperam a continência pelo estímulo da atividade esfínteriana e uretral, proporcionando um melhor suporte para o colo vesical. A frequência do tratamento varia de 2 a 3 vezes por semana, por no mínimo 3 meses, tempo necessário para obter a hipertrofia muscular (Moreno, 2004).

A EE trata-se de uma forma de ganho muscular que pode ser feita por meio da estimulação elétrica utilizando

dispositivos cutâneos endo-anais. Em casos de IU, essa técnica tem sido realizada através de eletrodos intracavitários em forma de sonda, para a estimulação do nervo pudendo. Por ser um eletrodo intracavitários de uso pessoal, essa é um tratamento pouco acessível à serviços públicos. A questão de um novo posicionamento dos eletrodos por diferentes vias de administração, que não intracavitários tem sido objetivo de inúmeros estudos (Kubagawa et al., 2006; Freitas et al., 2014)

O BF é um método utilizado para mensurar efeitos fisiológicos internos ou condições físicas das quais o indivíduo não tem conhecimento, o qual fornece uma informação instantânea ao paciente, para mais tarde levá-lo a um controle voluntário dessas funções (Moreno, 2004). A utilização do BF possibilita captar o funcionamento dos esfíncteres, do assoalho pélvico e/ou da bexiga e torná-la explícita ao paciente, até que obtenha consciência da sua disfunção e seja capaz de corrigi-la. A EE com BF também é indicada para melhorar a consciência corporal e demonstrar a maneira exata de se contrair o assoalho pélvico, para os pacientes que têm dificuldade de realizar a contração de forma correta (Pereira et al., 2009).

O treinamento comportamental (TC) é indicado principalmente para os pacientes com IU que fazem o treinamento vesical. É um tratamento alternativo e conservador, usando exercícios para a musculatura do AP, com a finalidade de ganho de força e resistência desta musculatura. O tratamento envolve a junção de técnicas cujo propósito é que pacientes com IU possam ser educados sobre a patologia, e assim, desenvolvam estratégias com o intuito de minimizar ou eliminar a incontinência (Moreno, 2004). Além disso, as orientações quanto à ingestão de líquidos são disponibilizadas e a educação sobre o trato urinário inferior e a cinesioterapia é oferecida ao paciente (Kubagawa, 2006).

Os meios de reabilitação da musculatura do AP consideram a frequência das sessões, duração e início do tratamento (sendo pré ou pós-operatório). E devido essa complexidade acredita-se que alguns estudos não atinjam evidências suficientes para afirmar a melhora da IU nos pós prostatectomia radical (PR) com a reabilitação (Ribeiro, 2010).

No Brasil e no mundo, os casos de CaP vêm aumentando a cada ano e com isso, as campanhas para o diagnóstico precoce vêm ganhando seu espaço. Os benefícios do diagnóstico precoce estão relacionados com o aumento da sobrevivência e a cura destes pacientes. Após Young, em 1905, estipular a PR como a primeira modalidade terapêutica cirúrgica a ser utilizada no tratamento do CaP, mais tarde foram descritas as bases anatômicas da vascularização e inervação da pelve masculina desenvolvidas com a PR (Walsh & Jewett, 1980).

Posteriormente ao estudo de Walsh e Jewett (1980), a PR se tornou eficaz no tratamento do CaP clinicamente localizado. Os meios de reabilitação da musculatura do AP consideram a frequência das sessões, duração e início do tratamento (sendo pré ou pós-operatório). E devido essa complexidade acredita-se que alguns estudos não atinjam evidências suficientes para afirmar a melhora da IU nos pós prostatectomia radical (PR) com a reabilitação (Ribeiro, 2010).

O objetivo geral do trabalho foi analisar a literatura já publicada para verificar a eficácia do tratamento fisioterapêutico nos cuidados do paciente com IUPP. Este trabalho visou a fisioterapia como recurso para recuperar a continência e melhorar a qualidade de vida de pacientes com IUPP.

2. Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica para investigar a cirurgia de prostatectomia radical por câncer de próstata. Foram recuperados 66 artigos, sendo estes nacionais e internacionais datados entre 1980 e 2015. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram artigos e revisões envolvendo pacientes submetidos à cirurgia de prostatectomia radical por câncer de próstata e que apresentaram sintomas de incontinência urinária.

Os critérios de exclusão foram: pacientes que não foram submetidos a prostatectomia radical e que não apresentaram sintomas de incontinência urinária. Dos artigos elegíveis, apenas 9 foram selecionados para a análise. Para a execução dessa pesquisa, foram utilizadas as bases de dados: SCIELO, BIREME, LILACS, PUBMED, e adicionalmente, para o aprimoramento da pesquisa, foram realizadas buscas manuais através dos descritores.

Os descritores utilizados foram fisioterapia; câncer de próstata; incontinência urinária; prostatectomia radical; filtrados nos idiomas inglês, português e espanhol. o período da coleta de artigos foi de agosto de 2014 a novembro de 2015.

3. Revisão de Literatura

A PR é viável por meio de diversas técnicas, entre elas está a prostatectomia radical laparoscópica, que se trata de um procedimento cirúrgico minimamente invasivo com o paciente sob anestesia geral. Na prostatectomia radical laparoscópica, os instrumentos especiais (laparoscópios) são introduzidos através de pequenas incisões no abdome e utiliza-se de um robô controlado por voz usado para manejar o laparoscópio. É uma técnica realizada em posição supina utilizando um dispositivo chamado estribo de Allen (Branco et al., 2006). Já na PR retropúbica, ocorre a remoção da próstata e após a cirurgia é colocado um cateter no pênis para drenar a urina da bexiga, sendo retirado após duas semanas da cirurgia. Em um estudo com 1213 cirurgias de PR retropúbica realizadas em diferentes serviços a taxa de continência foi de 89% em 2 anos (Penson et al., 2008).

A PR perineal é realizada com uma incisão semicircular, anterior ao ânus, com as extremidades de cada lado distantes 1,5 cm das tuberosidades isquiáticas (Amorim et al., 2010). Esse método usa-se da secção do centro tendíneo do períneo até a secção da uretra bulbar para tração da próstata. Em seguida, são dissecados os ductos deferentes e as vesículas seminais. A uretra é isolada e seccionada, bem como o colo vesical, para a extração em bloco da próstata e das vesículas seminais. Pacientes submetidos à prostatectomia radical perineal tiveram uma menor taxa de IUPP em comparação com a prostatectomia retropúbica (Bishoff et al., 1998).

A avaliação Fisioterapêutica na IUPP deve considerar critérios como história clínica; diário miccional; exame físico e neurológico; teste de força muscular e pad test (Pereira et al., 2009). A literatura registra como base para a eficácia do tratamento fisioterapêutico a cinesioterapia, uma vez que a técnica é a principal responsável pelo retorno rápido da continência (Bø & Finckenhagen, 2003). Um estudo realizado por Rajkowska-Labon e colaboradores (2004), analisou 81 pacientes na faixa etária de em média 60 a 80 anos pós PR e foram acompanhados por 12 meses. Esses pacientes foram divididos em dois grupos, onde o Grupo I realizou tratamento fisioterapêutico com técnicas distintas (Grupo IA realizou TMAP e o BioFeedback e o Grupo IB apenas o TMAP); e o Grupo II não realizou tratamento fisioterapêutico. Os pacientes do Grupo IA realizaram o TMAP uma vez por semana de 20 a 30 minutos com orientação de realizar os exercícios em casa (3 vezes por semana 20 a 30 minutos) com o BF.

No estudo de Rajkowska-Labon et al (2024), os protocolos de TMAP foram iguais para ambos os subgrupos do Grupo I (TMAP uma vez por semana durante 20 a 30 minutos, com orientação de realizar os exercícios em casa 3 vezes por semana em 20 a 30 minutos). Contudo, ao Grupo IA foi orientado a adicionalmente fazer o BF. Foram registrados 39% dos pacientes do Grupo AI obtiveram retorno da continência; enquanto no no grupo IB 92% alcançaram a completa continência. O Grupo II registrou 11% de pacientes que alcançaram a continência mesmo sem a realização do tratamento fisioterapêutico.

O estudo de Kakihara, Sens & Ferreira (2007) utilizou dois grupos de tratamento, onde o grupo 1 realizou cinesioterapia para o TMAP e o grupo 2 realizou o TMAP associada ao EE. Houve a melhora da continência nos dois grupos, mas não houve evidência para afirmar benefícios no tratamento recebido pelo grupo 2 em relação ao recebido pelo grupo 1. De igual modo, o estudo de Goode e colaboradores (2011) apresentou melhores respostas nos grupos que tiveram a cinesioterapia e terapia comportamental, mas os resultados não apresentaram melhoria quando a cinesioterapia foi realizada junto ao EE. Wille e colaboradores (2003) demonstraram que o TMAP em três meses obteve uma frequência de 85.9% dos 139 pacientes. Entretanto, não houve resultados estatisticamente significativos nos grupos que tiveram o tratamento adicional com EE e BF. Ou seja, o tratamento TMAP é relevante à aceleração do retorno à continência na presença ou ausência das técnicas de EE ou BF.

Em relação à Eletroestimulação, Vandoninck e colaboradores (2003) realizaram um estudo com 35 pacientes com o

objetivo de avaliar a eficácia da EE do nervo Tibial em pacientes com Incontinência Urinária de Urgência na Holanda e na Itália, sendo avaliados critérios subjetivos como o sucesso global que ficou definido como o desejo de continuar o tratamento e objetivas como a diminuição significativa em <50% no número total de episódios de perda urinária. Vinte e dois pacientes (63%) relataram um sucesso subjetivo e vinte e quatro pacientes (70%) apresentaram uma redução de 50% ou mais no número total de episódios de perda urinária. Dezesesseis (46%) destes pacientes foram completamente curados (ou seja, sem episódios de perda urinária) após 12 sessões. Supõe-se que o EE seja capaz de aumentar a pressão intrauretral através da estimulação direta dos nervos eferentes para a musculatura periuretral (Moreno, 2004; Guirro, 2009).

O TC envolve exercícios para a musculatura do Assoalho Pélvico com a finalidade de ganho de força e resistência desta musculatura. Para realizar a contração de forma correta e isolada desses músculos, o paciente pode aprender a técnica através de alguns métodos, que incluem métodos comportamentais, com exercícios sob instruções verbais ou usando Biofeedback (Bø et al., 1999).

Esse tipo de tratamento é uma junção de técnicas cuja base é a ideia de que pacientes com Incontinência Urinária podem ser educados sobre a patologia e podem desenvolver estratégias com o intuito de minimizar ou eliminar a incontinência. É indicado principalmente para pacientes com incontinência de urgência, no qual é feito o treinamento vesical, além de orientações quanto a ingestão de líquidos e educação sobre trato urinário inferior e suas disfunções e a cinesioterapia (Moreno, 2004).

Goode e colaboradores (2011) realizaram um estudo randomizado com 208 pacientes que apresentaram Incontinência Urinária Pós Prostatectomia. Os pacientes foram divididos em 3 grupos. Grupo 1 realizou o treinamento comportamental com Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (TMAP), o grupo 2 realizou o treinamento comportamental com TMAP e a Eletroestimulação, e o grupo 3 (controle) não realizou tratamento. Conclui-se após a pesquisa que os resultados mais relevantes foram em relação ao grupo que não realizou o tratamento (redução de Incontinência Urinária em 24%), já os grupos 1 e 2 que realizaram o tratamento apenas com técnicas distintas não apresentaram resultados estatisticamente significativos (grupo 1: 50 % de retorno de continência e grupo 2: 59%). O acompanhamento destes pacientes teve duração de um ano.

4. Resultados e Discussão

Os artigos recuperados abordavam pesquisas experimentais com as técnicas fisioterapêuticas em pacientes IUPP, entre os selecionados, a minoria correspondia correspondiam Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (0,27%), seguidos de 0,9% que citava somente o Biofeedback. Além disso, quando foram combinadas as técnicas, os estudos apresentaram a frequência de 0,9% para cada combinação: o TMAP associado ao BF; o TMAP com o treinamento comportamental e a EE; o TMAP e a EE; assim como para o TMAP associado a EE e o BF. Entre as combinações investigadas, foi verificada a eficácia da EE associada ao BF em 0,9% dos estudos. Os estudos selecionados estão listados na tabela 1.

Tabela 1 - Comparação da eficácia das técnicas fisioterapêuticas por meio de pesquisas experimentais e estudos randomizados.

Autor	Objetivos	N	Resultados	Observações
Van Kampen et al., 2000.	Investigar os benefícios da reeducação da musculatura do assoalho pélvico pós PR, utilizando EE, associado ou não ao BF.	102	No grupo de tratamento ativo por continência, o resultado foi alcançado depois de 3 meses em 88% dos casos. No grupo controle, a continência retornou após 3 meses em 56% dos casos.	Houve distribuição dos pacientes em dois grupos: grupo 1 (controle) utilizou somente o BF; e grupo2 (tratamento ativo) utilizou BF+ EE.
Wille et al., 2003.	Avaliar o efeito do TMAP, da EE e do BF, na IUUP.	139	A taxa de continência aumentou no intervalo de 3 a 12 meses em 85,9% sem diferença significativa entre os grupos.	O estudo foi realizado imediatamente após a cirurgia e com distribuição em 3 braços. Pacientes que realizaram o TMAP (grupo 1), pacientes que realizaram TMAP+EE (grupo 2) e os quais realizaram TMAP + BF+ EE (grupo 3).
Kakihara, Sens & Ferreira, 2007.	Avaliar o efeito do tratamento fisioterapêutico em pacientes com IUUP, utilizando TMAP, associado ou não a EE.	20	Ocorreu redução da IU em todos os pacientes independente da técnica utilizada A EE não potencializou os efeitos da TMAP.	Estudo realizado 6 meses após a cirurgia. Os pacientes foram distribuídos em grupo controle (TMAP) e grupo de investigação (TMAP +EE).
MacDonald et al., 2007.	Avaliar a eficácia do TMAP no tratamento da IUUP. Revendo as evidências de estudos randomizados.	1028	O TMAP com ou sem o BF acelera o retorno a continência mais rapidamente.	Um total de 11 estudos compuseram a avaliação sistemática, porém houve limitação devido a qualidade dos estudos. Foi observado falta de detalhes sobre a randomização e outras técnicas do procedimento.
Ribeiro, 2010.	Investigar o efeito da reabilitação precoce do assoalho pélvico com BF sobre gravidade e duração da IU de pacientes submetidos a PR.	73	A reabilitação precoce do assoalho pélvico com BF diminui a gravidade da IU e acelera a recuperação da continência em pacientes após PR.	Estudo realizado durante 12 semanas em pacientes submetidos a PR.
Goode, Burgio & Johnson, 2011.	Avaliar a eficácia da Terapia Comportamental e do TMAP para reduzir a IUUP resistente e para determinar se a EE do assoalho pélvico melhora a eficácia da Terapia comportamental.	208	Os grupos de tratamento obtiveram uma resposta significativa do retorno da continência em relação ao grupo controle, porém os resultados dos grupos 1 e 2 não foram estatisticamente significativos. O grupo que recebeu a EE não apresentou maior eficácia do que o grupo que não fez EE.	EE com pacientes divididos em 3 braços: Treinamento Comportamental+ TMAP (Grupo 1), Treinamento Comportamental+ TMAP+ EE (Grupo 2) e os que não foram tratados (Grupo 3 – controle).
Geraerts et al., 2013.	Avaliar a eficácia do TMAP no pré e pós cirúrgico da PR.	180	Não foram observadas diferenças relevantes em relação a IUUP em pacientes que realizaram o TMAP antes ou após a cirurgia.	ER com pacientes divididos em 2 braços: pacientes com início de TMAP em 3 semanas antes da PR com continuação após a cirurgia (Grupo 1) e pacientes que receberam o TMAP após a cirurgia (Grupo 2).
Patel et al., 2013.	Avaliar o efeito de um programa de TMAP, guiada por fisioterapeuta no pré-operatório da PR.	132	O grupo de intervenção mostrou IU menos severa em relação ao grupo controle, havendo redução no tempo de retorno da continência em 28% relacionada ao grupo controle.	Os pacientes foram divididos nos grupos controle experimental. O grupo de intervenção recebeu TMAP, guiados por Fisioterapeuta 4 semanas antes da cirurgia de PR; e o grupo controle recebeu orientações verbais de exercícios dos músculos do assoalho pélvico pelo cirurgião. Em relação ao pós-operatório, todos os pacientes receberam TMAP guiados por Fisioterapeuta.

<u>Rajkowska-Labon</u> et al., 2014.	Avaliar a eficácia da Fisioterapia em pacientes com IUPP.	81	O grupo IA obteve retorno da continência em 32% dos casos, enquanto no grupo IB, 92% dos pacientes retornaram à continência. No grupo II, 11% dos pacientes recuperaram a continência.	Os pacientes foram divididos em: os quais realizaram Fisioterapia (grupo I) e os quais não realizaram (grupo II). O grupo I foi subdividido em 2 grupos (IA e IB). O Grupo IA realizou o TMAP+ BF, enquanto o grupo IB realizou apenas o TMAP.
--------------------------------------	---	----	--	--

Fonte: Autoria própria.

4. Conclusão

Os casos de CaP no Brasil e no mundo vêm em crescente a cada ano, devido a isto as campanhas para o diagnóstico precoce da patologia também vêm ganhando seu espaço, em virtude da importância deste diagnóstico prévio para o aumento da sobrevida e a cura do CaP. A cirurgia de PR, é o padrão ouro para tratamento do CaP, sendo a IU um dos efeitos colaterais indesejados que ocorre após a cirurgia, impactando negativamente a qualidade de vida do homem, pela sensação de impotência e fragilidade. A fisioterapia vem se mostrando de fundamental importância para a recuperação da continência urinária após a PR, através de seus recursos, que de forma global tem como objetivo fortalecer e reeducar os músculos do AP. Sendo de relevante importância a orientação quanto a realização dos exercícios antes da cirurgia, para que o paciente tenha desta forma um conhecimento e possibilidades de usá-los logo após a cirurgia diminuindo a incontinência urinária e melhorando a sua qualidade de vida. As pesquisas mostram resultados relevantes em relação a fisioterapia na IUPP, com importantes melhoras clínicas objetivas e subjetivas, faltando, porém, ainda estudos mais controlados, com protocolos de tratamento padronizados, e maior esclarecimento sobre a classificação da incontinência tratada, o tempo de pós-operatório (somente relatada em poucas pesquisas). No Brasil de forma geral o tema saúde homem ainda é muito pouco discutido, devido a isto a maior parte das pesquisas de campo foram encontradas em artigos internacionais, portanto sugere-se a realização de mais pesquisas nacionais voltadas para o tema IUPP.

Referências

- Amorim, G., Cruz, G., Veloso, D., Kartabil, J., Vieira, J., & Alves, P. (2010). Análise comparativa das técnicas de prostatectomia radical perineal e suprapúbica na abordagem do câncer de próstata localizado. *Einstein (São Paulo)*, 8, 200-204.
- Bishoff, J., Motley, G., Optenberg, S., Stein, C., Moon, K., Browning, S., ... & Thompson, I. (1998). Incidence of fecal and urinary incontinence following radical perineal and retropubic prostatectomy in a national population. *The Journal of urology*, 160(2), 454-458.
- Bø, K., & Finckenhagen, H. B. (2003). Is there any difference in measurement of pelvic floor muscle strength in supine and standing position?. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 82(12), 1120-1124.
- Bø, K., Talseth, T., & Holme, I. (1999). Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *Bmj*, 318(7182), 487-493.
- Branco, A., Kondo, W., Filho, A., de George, M., Rangel, M., Noda, R., & Garcia, M. (2006). *Prostatectomia Radical Laparoscópica – Experiência Inicial* –. 4(2).
- Freitas, A., Silva, G., Scarpelini, P., & Haddad, C. (2014). *Cinesioterapia e eletroestimulação sacral no tratamento de incontinência urinária masculina pós prostatectomia—relato de caso*. UNILUS Ensino e Pesquisa, 11(23), 53-58.
- Geraerts, I., Van Poppel, H., Devoogdt, N., Joniau, S., Van Cleynenbreugel, B., De Groef, A., & Van Kampen, M. (2013). Influence of preoperative and postoperative pelvic floor muscle training (PFMT) compared with postoperative PFMT on urinary incontinence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *European urology*, 64(5), 766-772.
- Goode, P., Burgio, K., Johnson, T., Clay, O., Roth, D., Markland, A., ... & Lloyd, L. (2011). Behavioral therapy with or without biofeedback and pelvic floor electrical stimulation for persistent postprostatectomy incontinence: a randomized controlled trial. *Jama*, 305(2), 151-159.
- Guirro, E (2009). Eletroterapia no tratamento da incontinência urinária de esforço. In Pereira, S., Silva, J., Pereira, L., & Palma, P. *Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico*. Campinas: Paulo Palma, 349.

- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2014). *Monitoramento Das Ações De Controle Do Câncer De Próstata* (Boletim ano 5, n. 2 maio/ agosto 2014). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//informativo-deteccao-precoce-2-2014.pdf>
- Kakihara, C., Sens, Y., & Ferreira, U. (2007). Efeito do treinamento funcional do assoalho pélvico associado ou não à eletroestimulação na incontinência urinária após prostatectomia radical. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(6). <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000600010>
- Kubagawa, L., Pellegrini, J., de Lima, V., & Moreno, A. (2006). A eficácia do tratamento fisioterapêutico da incontinência urinária masculina após prostatectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(2), 179-183.
- MacDonald, R., Fink, H., Huckabay, C., Monga, M., & Wilt, T. (2007). Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence after radical prostatectomy: a systematic review of effectiveness. *BJU international*, 100(1), 76-81.
- Moreno, A. (2004). *Fisioterapia em Uroginecologia*. São Paulo: Manole, 2004.
- Nardoza Júnior, A., Zeratti Filho, A., & Reis, B. (2010). Urologia fundamental. São Paulo: Planmark Editora Ltda. Retrieved from <http://www.sbu-sp.org.br/admin/upload/os1688-completo-urologiafundamental-09-09-10.pdf>
- Parekh, A., Feng, M., Kirages, D., Bremner, H., Kaswick, J., & Aboseif, S. (2003). The role of pelvic floor exercises on post-prostatectomy incontinence. *The Journal of urology*, 170(1), 130-133.
- Patel, M., Yao, J., Hirschhorn, A., & Mungovan, S. (2013). Preoperative pelvic floor physiotherapy improves continence after radical retropubic prostatectomy. *International Journal of Urology*, 20(10), 986-992.
- Penson, D., McLerran, D., Feng, Z., Li, L., Albertsen, P., Gilliland, F., Hamilton, A., Hoffman, R., Stephenson, R., Potosky, A., & Stanford, J. (2008). 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the Prostate Cancer Outcomes Study. *The Journal of urology*, 179 (5 Suppl), S40-S44. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2008.03.136>
- Pereira, S., Silva, J., Pereira, L., & Palma, P. (2009). *Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico*. Campinas: Paulo Palma, 349.
- Rajkowska-Labon, E., Bakula, S., Kucharzewski, M., & Śliwiński, Z. (2014). Efficacy of physiotherapy for urinary incontinence following prostate cancer surgery. *BioMed research international*, 2014.
- Ribeiro, L. (2010). *Efeito da reabilitação precoce do assoalho pélvico com biofeedback sobre a continência urinária de pacientes submetidos à prostatectomia radical: estudo prospectivo, controlado e randomizado* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Sand, P., Richardson, D., Staskin, D., Swift, S., Appel, R., Whitmore, K., & Ostergard, D. (1995). Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of genuine stress incontinence: a multicenter, placebo-controlled trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, 173(1), 72-79.
- Vandoninck, V., Van Balken, M. R., Agró, E. F., Petta, F., Caltagirone, C., Heesakkers, J. P., ... & Bemelmans, B. L. (2003). Posterior tibial nerve stimulation in the treatment of urge incontinence. *Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society*, 22(1), 17-23.
- Van Kampen, M., De Weerd, W., Van Poppel, H., De Ridder, D., Feys, H., & Baert, L. (2000). Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 355(9198), 98-102.
- Vieira, S., Lustosa, A., Barbosa, C., Teixeira, J., Brito, L., Soares, L., & Ferreira, M. (2012). *Oncologia básica*. Teresina, MA Fundação Quixote.
- Walsh, P., & Jewett, H. (1980). Radical surgery for prostatic cancer. *Cancer*, 45, 1906-1911.
- Wille, S., Sobottka, A., Heidenreich, A., & Hofmann, R. (2003). Pelvic floor exercises, electrical stimulation and biofeedback after radical prostatectomy: results of a prospective randomized trial. *The Journal of urology*, 170(2), 490-493.