



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho de Projeto

**Programa de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa
com Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical**

Ana Cláudia Miragaia Bonifácio

Outubro, 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho de Projeto

Programa de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical

Ana Cláudia Miragaia Bonifácio

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Doutor Carlos Albuquerque

Outubro, 2025

Dedicatória

Dedico este trabalho a quem permaneceu ao meu lado, sem reservas, ao longo de um percurso exigente, feito de esforço e aprendizagens.

Ao meu marido, Igor, pela paciência, pela compreensão e pela presença em todos os momentos.

À minha filha, que cresceu em mim enquanto este trabalho tomava forma, companheira silenciosa de cada página.

À Cristina, amiga leal e apoio seguro, pelas palavras certas nos momentos certos, pelo ânimo nos bastidores e pela capacidade de me fazer acreditar quando eu própria duvidava.

À minha irmã, pelo apoio constante e pelo amparo nos dias difíceis.

Aos meus pais, pelo amor de sempre e por estarem sempre lá.

A todos os homens que enfrentam, com coragem, a incontinência urinária pós-prostatectomia radical, este trabalho é também por e para vós. Que contribua para cuidados mais humanos, eficazes e dignos.

Agradecimento

Deixo expresso o meu reconhecimento a quem acompanhou e sustentou este trabalho de projeto nas suas diferentes etapas.

Ao Professor Doutor Carlos Albuquerque, meu orientador, pelo rigor científico, pela orientação segura e pelo contributo determinante ao longo de todo o processo.

Às Professoras Susana Batista e Paula Rocha, pelo apoio académico, pela partilha generosa de conhecimentos e pelo incentivo constante à excelência.

Aos colegas Isabel e Daniel, pela entreaajuda, pelas reflexões produtivas e pela partilha neste percurso exigente.

A todos os que, de forma discreta, estiveram presentes, deixo o meu agradecimento. Este caminho fez-se também convosco.

Resumo

Enquadramento: A incontinência urinária (IU) é uma das complicações mais frequentes após a prostatectomia radical, com impacto significativo na qualidade de vida (QV) dos homens. A Enfermagem de Reabilitação assume um papel central na recuperação funcional da continência urinária, justificando a construção de um programa estruturado, fundamentado em evidência científica e dirigido a esta população.

Objetivos: Desenvolver um programa de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa com IU pós-prostatectomia radical.

Metodologia: Adotou-se a metodologia de projeto. Numa primeira fase, realizou-se o diagnóstico de situação de natureza qualitativa, recorrendo à observação direta e a entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e homens submetidos ou candidatos a prostatectomia radical, seguido da análise temática das narrativas. Numa segunda fase, efetuou-se uma *scoping review* desenvolvida segundo as recomendações da *Joanna Briggs Institute* (JBI) e reportada de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses – extension for Scoping Review* (PRISMA-ScR), com o objetivo de mapear a evidência sobre programas de reabilitação dirigidos à IU pós-prostatectomia radical. A triangulação dos resultados de ambas as fases sustentou a construção da proposta de um programa de Enfermagem de Reabilitação.

Resultados: O diagnóstico de situação evidenciou a pertinência e a viabilidade de um programa de Enfermagem de Reabilitação estruturado e individualizado, orientado para a recuperação da continência urinária e para ganhos em QV. A *scoping review* confirmou o treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP) como eixo central dos programas, frequentemente potenciado por estratégias complementares (por exemplo, manobra de *Knack*, educação comportamental, *biofeedback*, eletroestimulação (EE) e apoio digital. A evidência favorece o início precoce e o acompanhamento supervisionado, acelerando a recuperação da continência nos primeiros 3 meses. Com base nestes dados, propõe-se um programa em três fases (pré-operatória, internamento e pós-remoção do cateter vesical com sessões, conteúdos e dosagem definidos, materiais de apoio e instrumentos de avaliação).

Conclusão: Acredita-se que a proposta do programa é exequível e potencialmente eficaz para reduzir a IU, promover o autocuidado e melhorar a QV dos homens submetidos a prostatectomia radical, reforçando o papel determinante do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) ao longo do percurso de reabilitação e tornando visível a sua intervenção na gestão da IU. Recomenda-se a implementação piloto e a avaliação do impacto clínico, em contexto real, para validação e otimização do programa.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Incontinência urinária; Prostatectomia radical.

Abstract

Background: Urinary incontinence (UI) is one of the most frequent complications following radical prostatectomy, with a significant impact on men's quality of life (QoL). Rehabilitation Nursing plays a central role in the functional recovery of urinary continence, justifying the development of a structured program, grounded in scientific evidence and directed at this population.

Objectives: To develop a Rehabilitation Nursing program for individuals with post-radical prostatectomy UI.

Methodology: A project methodology was adopted. In the first phase, a situational diagnosis of a qualitative nature was conducted, using direct observation and semi-structured interviews with health professionals and men who had undergone or were candidates for radical prostatectomy, followed by thematic analysis of the narratives. In the second phase, a scoping review was carried out according to the Joanna Briggs Institute (JBI) recommendations and reported in line with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), with the aim of mapping evidence on rehabilitation programs targeting post-radical prostatectomy UI. The triangulation of results from both phases supported the design of a proposed Rehabilitation Nursing program.

Results: The situational diagnosis highlighted the relevance and feasibility of a structured and individualized Rehabilitation Nursing program, aimed at the recovery of urinary continence and improvements in QoL. The scoping review confirmed pelvic floor muscle training (PFMT) as the central component of such programs, often enhanced by complementary strategies (e.g., the Knack maneuver, behavioral education, biofeedback, electrical stimulation, and digital support). Evidence supports early initiation and supervised follow-up, accelerating continence recovery in the first three months. Based on these findings, a three-phase program (preoperative, inpatient, and post-catheter removal) is proposed, with defined sessions, contents, dosage, supporting materials, and assessment tools.

Conclusion: The proposed program is considered feasible and potentially effective in reducing UI, promoting self-care, and improving QoL in men undergoing radical prostatectomy, while reinforcing the crucial role of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing throughout the rehabilitation process and highlighting their contribution to UI management. A pilot implementation and clinical impact evaluation in real-world settings are recommended for validation and optimization of the program.

Keywords: Rehabilitation Nursing; Urinary incontinence; Radical prostatectomy.

Sumário

Pág.

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de abreviaturas e siglas

Lista de símbolos

Introdução..... 21

Parte I – Enquadramento teórico

1 – Cancro da próstata: contextualização..... 27

2 – A incontinência urinária pós-prostatectomia radical..... 31

2.1 – Fatores etiológicos e mecanismos fisiopatológicos da incontinência urinária pós-prostatectomia radical..... 31

2.2 – Prevalência e impacto da incontinência urinária pós-prostatectomia radical na qualidade de vida..... 33

2.3 – Avaliação da incontinência urinária pós-prostatectomia radical..... 35

2.4 – Abordagens terapêuticas para o tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia radical..... 37

2.4.1 – Intervenções conservadoras..... 37

2.4.2 – Intervenções cirúrgicas..... 40

3 – A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa com incontinência urinária pós-prostatectomia radical..... 43

Parte II – Processo metodológico

4 – Metodologia de trabalho de projeto..... 51

4.1 – Diagnóstico de situação..... 51

4.1.1 – Identificação e justificação do problema..... 52

4.1.2 – Instrumentos de diagnóstico..... 53

4.1.3 – Recolha de dados..... 54

4.1.4 – Análise dos dados e discussão dos resultados..... 56

4.2 – Definição de objetivos..... 73

4.3 – Planeamento..... 74

4.4 – Execução e avaliação..... 75

4.5 – Divulgação de resultados..... 76

5 – Programas de reabilitação para homens com incontinência urinária pós-prostatectomia radical: *scoping review*..... 77

5.1 – Objetivo e finalidades do estudo..... 77

5.2 – Questão de investigação..... 77

5.3 – Estratégia de pesquisa.....	80
5.4 – Seleção dos estudos	84
5.5 – Extração de dados	85
5.6 – Resultados.....	86
5.7 – Conclusão	103
6 – Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com incontinência urinária pós-prostatectomia radical.....	105
Conclusão	130
Referências Bibliográficas	133
Apêndices	
Apêndice I – Matriz de trabalho de campo	148
Apêndice II – Cronograma de Atividades	149
Apêndice III – Registo de observação.....	150
Apêndice IV – Guião e registo de entrevista aos profissionais de saúde	152
Apêndice V – Guião e registo de entrevista aos doentes.....	169
Apêndice VI – Termo de consentimento informado	177
Apêndice VII – Documento de suporte à apresentação e discussão em sede de seminário ...	178
Apêndice VIII – Poster apresentado no II Congresso Internacional: “A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar”.....	186
Apêndice IX – Protocolo <i>scoping review</i>	187
Apêndice X – Extração de dados dos estudos incluídos	189
Apêndice XI – Detalhes das intervenções	200
Apêndice XII – Detalhes das contrações	210
Apêndice XIII – Diário miccional – 3 dias.....	215
Apêndice XIV – <i>Pad Test</i> 24 horas	218
Apêndice XV – Guia do doente.....	219
Apêndice XVI – <i>Template</i> de Registo da Sessão de Enfermagem de Reabilitação	224
Anexos	
Anexo I – Escala de Oxford Modificada	227
Anexo II – Versão em português do ICIQ-SF.....	228
Anexo III – Versão em português do KHQ.....	229

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Análise de dados das entrevistas aos profissionais de saúde	58
Tabela 2 – Análise de dados das entrevistas aos doentes	67
Tabela 3 – Estrutura da pergunta de pesquisa segundo a mnemónica PCC	78
Tabela 4 – Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos	79
Tabela 5 – Estratégia de pesquisa nas bases de dados	81
Tabela 6 – Componentes do programa	107
Tabela 7 – Fase pré-operatória: plano das Sessões 1 e 2	117
Tabela 8 – Estrutura semanal do programa de reabilitação (12 semanas)	124
Tabela 9 – Progressão técnica do TMPP (posições, repetições, séries e <i>Knack</i>).....	125
Tabela 10 – Estrutura do plano domiciliário de TMPP (pós-operatório)	126
Tabela 11 – Programa de exercícios de manutenção	128

Lista de figuras

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos, segundo diagrama PRISMA SCR 85

Lista de abreviaturas e siglas

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

ASAS – *The Appraisal of Self-Care Agency Scale*

AUA – *American Urological Association*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPP – Disfunções do Pavimento Pélvico

EAU – *European Association of Urology*

EE – Estimulação Elétrica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ePATH – *Electronic Patient Activation in Treatment at Home*

GC – Grupo Controlo

GI – Grupo Intervenção

h – Horas

ICI – *International Consultation on Incontinence*

ICIQ-LUTSqol – *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Lower Urinary Tract Symptoms Quality of Life*

ICIQ-MLUTS – *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Male Lower Urinary Tract Symptoms*

I-QOL – *Incontinence Quality of Life questionnaire*

ICIQ-UI SF – *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form*

ICIQ-UI – *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence*

IIEF-5 – *International Index of Erectile Function (five-item version)*

IPSS – *International Prostate Symptom Score*

IIQ-7 – *Incontinence Impact Questionnaire – 7 (items)*

IU – Incontinência Urinária

JBI – *Joanna Briggs Institute*

KHQ – *King's Health Questionnaire*

MPP – Músculos do Pavimento Pélvico

n – Tamanho da amostra

NER – Núcleo de Enfermagem de Reabilitação

PRISMA-ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses – extension for Scoping Review*

ng/ml – Nanogramas por mililitro

p – Probabilidade de significância

p. – Página

PSA – Antígeno Específico da Próstata

QOL – *Quality of Life*

QV – Qualidade de Vida

RCT – Ensaio Clínico Randomizado

Rho – Coeficiente de Correlação de Spearman

s – Segundos

SF-36 – *Short Form Health Survey (36 itens)*

SHIM – *Sexual Health Inventory for Men*

TMPP – Treino dos Músculos do Pavimento Pélvico

ULS – Unidade Local de Saúde

UISRP – *Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy*

vs – Versus

Lista de símbolos

± – Com ou sem

< – Menor

> – Maior

≥ – Maior ou igual

≤ – Menor ou igual

Introdução

O presente trabalho de projeto surge no âmbito do plano de estudos do 7.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viseu, integrado na unidade curricular Opção 4: Trabalho de Projeto. Os objetivos de aprendizagem centram-se na implementação de um projeto de intervenção orientado para um problema do contexto profissional, identificado através da prática reflexiva, no domínio específico da Enfermagem de Reabilitação. Pretende-se que os estudantes mobilizem recursos em articulação com a equipa multiprofissional, evidenciando capacidade para diagnosticar, planear e priorizar intervenções sensíveis às ações de Enfermagem de Reabilitação. Adicionalmente, este trabalho visa o desenvolvimento de competências de autoaprendizagem e de aprendizagem ao longo da vida, sustentadas numa postura autónoma e crítica, potenciando a resolução de problemas e a valorização profissional. Por fim, espera-se que os resultados obtidos sejam comunicados e discutidos em prova pública, através da apresentação fundamentada do relatório produzido.

Enquanto profissão centrada no cuidado, a Enfermagem tem como foco a pessoa, seja individualmente, na família ou na comunidade, adotando uma abordagem integral e holística. A evolução científica e tecnológica em saúde, coloca desafios crescentes à prática, tornando insuficiente a formação inicial para sustentar uma atuação de excelência. Impõe-se, por isso, investir na formação contínua, como forma de adaptação e aquisição de novas competências que possam ser aplicadas na prática diária, com vista à excelência dos cuidados e como dever ético e profissional. De acordo com a alínea c) do artigo 88.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Portugal, Decreto-Lei n.º 104/1998), o enfermeiro deve procurar a excelência do exercício profissional e assumir o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Assim, consciente desta responsabilidade, e com o objetivo de responder aos desafios da prática clínica, investi na formação especializada em enfermagem de reabilitação, com o propósito de consolidar conhecimentos e desenvolver competências que elevem a qualidade e a eficácia da intervenção realizada. Recorde-se que o enfermeiro especialista “é

aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Portugal, Regulamento nº 140/2019, p. 4744) orientando a sua intervenção para a resolução de problemas do contexto profissional, com ênfase no autocuidado e na capacitação da pessoa e do seu cuidador.

A prostatectomia radical constitui uma opção terapêutica central no cancro da próstata, sendo considerada uma abordagem terapêutica essencial para doentes com doença localizada (Souza et al., 2023). Apesar da sua eficácia no controlo tumoral, o procedimento associa-se frequentemente a complicações pós-operatórias, destacando-se a incontinência urinária (IU), com impacto marcado na qualidade de vida (QV) (Anguas-Gracia et al., 2023). Num estudo prospetivo recente, a taxa de IU imediatamente após a remoção do cateter vesical foi de 88,9%, diminuindo para 55,6% após 2 semanas e 44,4% ao primeiro mês de pós-operatório (Chen et al., 2023), podendo, em muitos casos, persistir durante m ou anos. No estudo *Prostate Testing for Cancer and Treatment*, no primeiro ano após prostatectomia radical 36% dos homens reportaram perdas urinárias que exigiam a utilização de pelo menos 1 absorvente/dia (avaliadas pelo *Expanded Prostate Cancer Index Composite*), e 17% referiram interferência da IU na vida diária; aos 6 anos, 20% mantinham o uso diário de penso (Lane et al., 2022). Estes dados confirmam que a IU pode persistir para além dos 12 meses numa proporção relevante de doentes.

Perante este cenário, torna-se indispensável implementar intervenções eficazes que promovam a recuperação da função urinária, favorecendo bem-estar e a reintegração funcional dos doentes. A Enfermagem de Reabilitação assume aqui um papel determinante, ao proporcionar intervenções baseadas na evidência científica orientadas para a recuperação da continência urinária e para a melhoria da QV. Entre as estratégias com melhor plausibilidade fisiológica e aplicabilidade clínica destacam-se o treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP), o ensino estruturado e, quando indicado, o recurso a *biofeedback* e/ou eletroestimulação (EE) como facilitadores do controlo motor. Estas intervenções permitem responder às necessidades individuais, promovendo autonomia, autocuidado e reabilitação física e emocional. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), pelo seu perfil de competências, encontra-se particularmente habilitado para avaliar, planear, implementar e monitorizar estas intervenções, articulando-as com a equipa de saúde e com os objetivos da pessoa.

O presente trabalho de projeto tem como objetivo desenvolver um programa de

Enfermagem de Reabilitação na pessoa com IU pós-prostatectomia radical.

A relevância pelo tema decorre, por um lado, da necessidade de aprimorar cuidados especializados que minimizem os efeitos adversos da cirurgia e promovam a autonomia e o bem-estar; por outro, das lacunas identificadas constatou-se a ausência de um programa de enfermagem de reabilitação estruturado dirigido à pessoa com IU pós-prostatectomia radical, o que motivou a conceção de uma proposta sistematizada e exequível dirigida a esta problemática.

Neste quadro, o desenvolvimento de um programa estruturado, claro nos seus fundamentos e operativo nas suas etapas, representa um contributo pertinente para a melhoria e segurança dos cuidados e para a coerência das intervenções no terreno.

A conceção do programa proposto neste trabalho assenta em dois eixos complementares: o diagnóstico da situação no contexto de prática, para reconhecer necessidades, barreiras e oportunidades locais, e o mapeamento da evidência através de uma *scoping review*, para identificar programas e componentes de intervenção relevantes. A integração crítica destes eixos informa o desenho final do programa, procurando maximizar relevância, exequibilidade e transferibilidade.

Este trabalho de projeto organiza-se em duas partes interligadas. A Parte I – Enquadramento teórico, contextualiza o cancro da próstata, caracteriza a IU pós-prostatectomia radical e o seu impacto na QV, aprofunda a fisiopatologia, a avaliação clínica e as abordagens terapêuticas, e enquadra a intervenção do EEER, culminando com o referencial teórico da Teoria da Transição de Meleis e da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e os seus contributos para a prática em Enfermagem de Reabilitação. A Parte II – Processo metodológico, descreve o percurso de trabalho de projeto: diagnóstico de situação, objetivos, planeamento, execução e avaliação/divulgação. Integra ainda o Capítulo 5, que descreve a *scoping review* sobre programas de reabilitação dirigidos para a recuperação da continência urinária na pessoa com IU pós-prostatectomia radical. Com base nessa evidência, o Capítulo 6 apresenta a proposta do programa de Enfermagem de Reabilitação. O documento encerra com as conclusões, destacando os resultados mais pertinentes, limitações e implicações para a prática e para trabalhos futuros.

1 – Cancro da próstata: contextualização

A próstata é uma glândula exócrina do sistema reprodutor masculino, do tamanho de uma noz, localizada entre a bexiga e a pélvis e em frente ao reto, dividida anatomicamente em dois lobos (direito e esquerdo), unidos por um istmo. Em cada um dos dois lobos, podem ser distinguidas as seguintes zonas: a porção uretral que circunda a parte prostática da uretra, a zona periarticular, a zona de transição posterior, a zona central e a zona periférica (Pyda-Karwica et al., 2018).

Histologicamente, a próstata é um conglomerado de 30-50 glândulas exócrinas tubuloalveolares complexas dispostas em três camadas: uma camada peri-uretral de glândulas mucosas, uma camada submucosa e uma camada das glândulas principais que formam uma haste. As principais glândulas, as maiores e mais numerosas na próstata, produzem a secreção prostática, um dos principais componentes do esperma (30% do volume total), composto de açúcares simples, lipídios, fosfatos ácidos, enzimas proteolíticas, fibrinolizina e ácido cítrico, ligeiramente alcalino. A síntese e libertação da secreção prostática são reguladas hormonalmente, principalmente pela forma ativa de testosterona e di-hidrotestosterona, com a função de alimentar e proteger os espermatozoides (Pyda-Karwica et al., 2018).

Entre as principais patologias prostáticas destacam-se a hiperplasia benigna, a prostatite e o cancro da próstata, que podem ser causadas por fatores como a predisposição genética, alterações hormonais ou infeções bacterianas ou víricas (Sarris et al., 2018). Devido à sua localização anatómica, o aumento da próstata, provocado por patologia benigna ou maligna, pode levar à redução gradual do diâmetro da uretra, causando obstrução parcial ou total do fluxo de urina (Morote, Maldonado, & Morales-Bárrera, 2016).

A nível mundial, o cancro da próstata é o segundo tipo de cancro com maior incidência nos homens e o quinto em mortalidade masculina. De acordo com os dados disponibilizados pelo *Global Cancer Observatory* em 2022 foram estimados 1 467 854 novos casos de cancro da próstata em todo o mundo e 7 529 novos casos em Portugal, sendo a neoplasia maligna mais frequente nos homens e a terceira principal causa de mortalidade masculina no país (Ferlay, et al., 2024).

A taxa de incidência do cancro da próstata tem vindo a aumentar nas últimas décadas

com variações significativas entre diferentes áreas geográficas. Esses índices são fortemente influenciados pela taxa de exames de Antígeno Específico da Próstata (PSA) e pelas diretrizes de rastreio das recomendadas pelas organizações nacionais e internacionais (EAU Guidelines, 2024). A incidência do cancro da próstata varia, significativamente, entre diferentes regiões do mundo e é mais alta em países ocidentais. Em contraste, a incidência do cancro da próstata é significativamente mais baixa na Ásia Oriental e Centro-Sul. A baixa incidência pode ser influenciada por fatores genéticos, hábitos culturais e dietéticos, bem como diferenças no acesso a cuidados médicos e testes de rastreamento. Já os elevados números podem ser atribuídos a fatores como uma maior taxa de rastreamento, com a realização dos testes de PSA, e um maior nível de conscientização sobre o cancro da próstata nessas regiões (EAU Guidelines, 2024).

O cancro da próstata encontra-se associados a fatores de riscos que aumentam a probabilidade de desenvolver cancro da próstata, como (EAU Guidelines, 2024):

- Idade: indivíduos mais velhos têm maiores probabilidades de desenvolver cancro da próstata, especialmente acima dos 50 anos;
- Etnia: indivíduos de raça negra são grupo de risco para o desenvolvimento deste tipo de tumor, devido a uma combinação de fatores biológicos, ambientais, sociais e acesso cuidados de saúde;
- Histórico familiar: pessoas com histórico familiar de cancro da próstata têm grandes probabilidades de vir a desenvolver cancro da próstata;
- Fatores genéticos: estão associados ao risco de desenvolver cancro da próstata, nesses doentes a agressividade tumoral é superior;
- Tabagismo: foi associado a um risco aumentado de morte por cancro da próstata, bem como a características tumorais agressivas e pior prognóstico, mesmo após a cessação tabágica;
- Síndrome metabólica: hipertensão, aumento do perímetro abdominal e obesidade estão associados a um aumento de risco de cancro da próstata;
- Fatores dietéticos: consumo de álcool, carne vermelha e carne processada sugerem um aumento do risco de cancro da próstata, tanto baixas como altas concentrações de vitamina D foram associadas a um aumento do risco de cancro da próstata.
- Outros: doença inflamatória intestinal, calvície, gonorreia, trabalho noturno, exposição ao papiloma vírus humano, exposição ocupacional ao Cádmio, exposição ao inseticida estrogénico chlordecone está associada a um aumento do risco de cancro da próstata.

O percurso diagnóstico do cancro da próstata pode iniciar-se de diferentes formas, sendo

as principais vias a presença de sintomas clínicos, a detecção precoce oportunista por decisão individual ou através da participação em programas de rastreio populacional (EAU Guidelines, 2024). A abordagem escolhida tem um impacto direto na identificação da doença, influenciando a taxa de detecção e a relevância clínica dos casos diagnosticados. Para garantir um diagnóstico mais preciso e adequado, é fundamental considerar fatores como a idade do doente, o histórico familiar, a existência de sintomas urinários e outras comorbidades (EAU Guidelines, 2024).

O cancro da próstata localizado é, geralmente, assintomático, por conta do crescimento lento do tumor. Contudo, com a progressão local da doença podem surgir sintomas do trato urinário inferior (polaquiúria, urgência urinária, nictúria, IU, sensação de esvaziamento incompleto bexiga), retenção urinária, hematúria, dor ou disfunção erétil (EAU Guidelines, 2024).

O diagnóstico inicial do cancro da próstata é feito com base na avaliação do nível sérico da PSA e através da realização do toque retal (EAU Guidelines, 2024). O primeiro corresponde a uma análise bioquímica que permite quantificar no sangue o nível desta glicoproteína, produzida pela próstata. Um valor de PSA abaixo de 4,0 ng/mL é aceite como normal. Entretanto, outros fatores podem causar elevação do PSA como: prostatites, isquemias e enfartes prostáticos, hiperplasia benigna da próstata, procedimentos relacionados, como biópsias prostáticas, ressecção transuretral da próstata, cistoscopias. Por outro lado, medicamentos como inibidores da 5 Alfa redutase e antiandrogênicos, podem causar redução dos níveis de PSA (EAU Guidelines, 2024). O diagnóstico definitivo é, na maioria dos casos, estabelecido através da verificação histopatológica de amostras obtidas por biópsia prostática, na qual se avaliam microscopicamente diferentes características histológicas (EAU Guidelines, 2024).

O resultado histopatológico irá identificar o grau de displasia e percentual de comprometimento das amostras, o que auxiliará no estadiamento do cancro da próstata. Quando o cancro é confirmado, utiliza-se a Escala de Gleason para classificar o tumor histologicamente. Esta escala é baseada na análise da morfologia e do padrão estrutural das células obtidas nas amostras de biópsia, tendo em conta o grau de diferenciação glandular e o padrão de crescimento no estroma (EAU Guidelines, 2024).

Existem várias modalidades para o tratamento do cancro da próstata, contudo, a prostatectomia radical é o tratamento de primeira linha para o cancro da próstata localizado (de Souza et al., 2023). Esta cirurgia consiste na remoção cirúrgica da próstata, da cápsula circundante e das vesículas seminais, seguida da anastomose vesico-uretral, com ou sem

linfadenectomia pélvica, preservando, sempre que possível, a função dos órgãos pélvicos (EAU Guidelines, 2024).

A prostatectomia radical pode ser realizada por diferentes abordagens: retro-púbica, perineal, laparoscópica e assistida por robótica (EAU Guidelines, 2024). Durante a prostatectomia radical é inserido um cateter vesical que permite o repouso da bexiga e garante a drenagem da urina enquanto a anastomose vesico-uretral cicatriza. Tradicionalmente, o cateter urinário permanece cerca de 1 semana., mas em alguns casos, a remoção do cateter é realizada de forma precoce (entre o 2.º e o 3.º dia de pós-operatório) (EAU Guidelines, 2024).

A prostatectomia radical perineal é realizada por meio de uma incisão na região perineal. Atualmente é menos utilizada do que as abordagens retropúbica e minimamente invasiva; historicamente, foi associada a maior risco de lesão retal, uma complicação rara mas relevante, o que contribuiu para a sua menor difusão (Mata et al., 2021). A prostatectomia radical laparoscópica é uma abordagem minimamente invasiva por via laparoscópica, contudo, apresenta uma curva de aprendizagem exigente e limitações técnicas, o que tem limitado a sua adoção a equipas com elevada experiência, dadas as exigências e limitações técnicas do procedimento face à via robótica (Ma et al., 2023). A prostatectomia radical assistida por robótica é igualmente minimamente invasiva e tem sido associada a menores perdas hemáticas, menor taxa de transfusão sanguínea e menor tempo de internamento, quando comparada à laparoscopia convencional (Ma et al., 2023). A decisão sobre a abordagem cirúrgica deve ser individualizada, considerando as características do doente, as condições clínicas, as preferências pessoais e os resultados desejados. Cada técnica cirúrgica tem os seus benefícios e limitações, e a escolha deve ser feita com base numa avaliação abrangente dos fatores clínicos e da QV (de Souza et al., 2023).

Contudo, como qualquer cirurgia, a prostatectomia radical não é isenta de complicações. A complicação pós-operatória mais comum é a disfunção erétil, mas podem surgir outros problemas associados, como a ejaculação seca, que ocorre devido à remoção da próstata, alterações na qualidade do orgasmo e, ocasionalmente dor durante o orgasmo. Alguns doentes também referem perda de comprimento peniano. A segunda complicação mais frequente é a IU, que pode comprometer significativamente a QV do doente. Porém, podem, também, ocorrer dificuldades na micção devido à contração do colo vesical (EAU Guidelines, 2024).

2 – A incontinência urinária pós-prostatectomia radical

O conceito de IU é definido pela *International Continence Society* como a queixa de qualquer perda involuntária de urina (Abrams et al., 2003). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define IU como a “passagem involuntária de urina; incapacidade de controlo voluntário dos esfíncteres vesical e uretral” (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Nos doentes submetidos a prostatectomia, são identificados dois tipos principais de IU: a IU de esforço (70%) e a IU de urgência (30%) (Sandhu et al, 2019, citado por Mata et al., 2021). A IU de esforço ocorre quando há perda involuntária de urina durante atividades físicas que aumentam a pressão intra-abdominal (tosse, espirros, gargalhadas), decorrente da disfunção do esfíncter. A IU de urgência, é definida pela perda involuntária de urina que sucede, imediatamente, após uma intensa sensação de urgência miccional, devido à denervação parcial da bexiga durante a cirurgia (Abrams et al., 2003).

A maioria dos doentes submetidos a prostatectomia radical apresenta IU imediatamente após a remoção do cateter vesical, o que geralmente acontece entre 4 e 20 dias após a cirurgia (Tilki et al, 2018, citado por Mata et al., 2021).

2.1 – Fatores etiológicos e mecanismos fisiopatológicos da incontinência urinária pós-prostatectomia radical

A fisiopatologia da IU é complexa e multifatorial, não estando ainda totalmente compreendida. Sabe-se que a continência urinária é controlada basicamente por cinco estruturas: o músculo detrusor, o esfíncter interno, os músculos ureterotrigonais, os músculos elevadores do ânus (que incluem o puborretal, pubococcígeo e ileococcígeo) e o esfíncter externo. Os esfíncteres interno e externo são formados por musculatura lisa, envolvem a uretra e localizam-se entre a mucosa e o músculo esquelético uretral (Hodges et al., 2020).

Os principais determinantes da continência pós-operatória incluem fatores relacionados

ao doente (idade, obesidade, índice de massa corporal), fatores biológicos (disfunção urinária pré-operatória, forma e tamanho prostático, complacência uretral) e fatores cirúrgicos (preservação do colo vesical, reconstrução das estruturas de suporte uretral) (Mungovan et al., 2021; Marino, Rossi, & Sacco, 2023; Rahnama'i et al., 2021). Entre os muitos fatores cirúrgicos e técnicos propostos na literatura como contribuintes para o desenvolvimento da IU pós-prostatectomia destacam-se a dissecação extensa durante a cirurgia, a lesão do feixe neurovascular e o desenvolvimento de fibrose pós-operatória, todos com impacto negativo substancial no estado de continência (Rahnama'i et al., 2021). A preservação do colo vesical e a fixação anterior e posterior da anastomose bexiga-uretra associam-se a melhores taxas de continência urinária (Rahnama'i et al., 2021).

Em condições normais, a continência é mantida, pela ação coordenada do músculo detrusor, do esfíncter intrínseco proximal, do rabdosfíncter e do mecanismo suspensor uretral composto pelos ligamentos pubouretrais. Após a prostatectomia radical, a manutenção da continência urinária depende principalmente do rabdosfíncter, uma vez que o esfíncter uretral proximal, os ligamentos suspensores e partes do esfíncter intrínseco proximal são removidos durante a cirurgia. Adicionalmente, fibras do nervo pudendo que inervam o rabdosfíncter podem ser danificadas durante a cirurgia, o que pode afetar a função urinária no pós-operatório. Desta forma, o rabdosfíncter desempenha, um papel essencial na manutenção da continência urinária após a prostatectomia (Rahnama'i et al., 2021)

A deficiência do esfíncter uretral externo, resultante da manipulação/lesão do rabdosfíncter durante a dissecação apical da próstata, é considerada o principal mecanismo para a IU pós-prostatectomia, com incidência reportada entre 67 a 92,4% (Gacci, et al., 2023). É evidente o efeito da preservação dos feixes neurovasculares durante a cirurgia na função erétil. O dano dos feixes neurovasculares afeta o mecanismo de continência e a sua preservação conduz a uma recuperação mais precoce da continência após a cirurgia (Marino, Rossi, & Sacco, 2023). A manutenção da integridade dos ligamentos puboprostático e pubovesical, favorece o adequado funcionamento esfinteriano (Marino, Rossi, & Sacco, 2023).

A disfunção da bexiga, como a hiperatividade e a hipoatividade do detrusor, assim como o comprometimento da complacência vesical, está presente em 33 a 61% dos doentes (Gacci, et al., 2023). As disfunções do detrusor têm sido associadas à descentralização vesical no pós-operatório, à inflamação e/ou infecção e a alterações geométricas da parede vesical por hipoxemia pré-existente, com ou sem fenómenos de neuroplasticidade. Estes fatores podem contribuir adicionalmente para o desenvolvimento da IU (Marino, Rossi, & Sacco, 2023;

Rahnama'i et al., 2021).

2.2 – Prevalência e impacto da incontinência urinária pós-prostatectomia radical na qualidade de vida

A prevalência da IU pós-prostatectomia varia amplamente em função dos métodos e critérios de avaliação utilizados. O estudo de Mata et al. (2021) indica que a prevalência da IU varia entre 41,4% até 80,3%, conforme o teste de avaliação aplicado. Silva et al. (2023) relatam uma prevalência entre 66,7% e 95,2% nos doentes que participaram no seu estudo. De forma convergente, Gacci et al. (2023) descrevem uma amplitude entre 1% a 87% da dependendo da definição adotada, do momento de avaliação, da abordagem cirúrgica e do avaliador.

Grande parte dos doentes apresenta IU transitória imediatamente, após a prostatectomia radical, com recuperação completa entre 2 a 3 meses. Contudo, estima-se que, dentro de um ano após a cirurgia, 57% dos homens possam apresentar IU (Cardozo et al., 2023). Paralelamente, diversos estudos descrevem uma recuperação progressiva da continência no primeiro ano após a prostatectomia radical, com taxas entre 68 a 97% aos 12 meses e melhorias contínuas observadas até 24 meses após a cirurgia (Gacci, et al., 2023).

As complicações associadas à prostatectomia, nomeadamente a IU e a disfunção erétil, causam um impacto negativo na QV, envolvendo dimensões físicas, emocionais e sociais. Estudos mostram que 26,31% dos homens submetidos a prostatectomia radical, desenvolvem IU, com agravamento dos sintomas urinários em doentes mais idosos e em casos em que não ocorreu a preservação dos feixes neurovasculares durante a cirurgia (Anguas-Gracia et al., 2023). Estes dados sublinham a necessidade de estratégias que visem não apenas mitigar os sintomas, mas também proporcionar suporte emocional e funcional aos doentes. Para além dos efeitos físicos, a IU associa-se a desafios emocionais, menor capacidade para a realização das atividades de vida diária e isolamento social, exigindo intervenções promotoras de autonomia (Anguas-Gracia et al., 2023; Rodrigues et al., 2020). Tais repercussões estendem-se à autoestima e às relações interpessoais, familiares e conjugais, reforçando a importância de abordagens que integrem apoio psicológico e físico (Izidoro et al., 2024). Adicionalmente, a IU pode causar efeitos adversos expressivos na perceção geral da saúde, no sono e no humor, como foi demonstrado em estudos que apontam para a eficácia de programas cognitivo-comportamentais na redução deste impacto emocional e físico (Izidoro et al., 2024).

Com efeito, intervenções como programas cognitivo-comportamentais demonstraram ser eficazes ao abordar os aspetos emocionais e funcionais da IU. A aplicação do *King's Health Questionnaire* (KHQ) permitiu avaliar as dimensões psicológicas e sociais, destacando melhorias significativas na QV, designadamente menos limitação social e melhoria na qualidade do sono e do humor (Izidoro et al., 2024). Estes programas têm demonstrado ser, particularmente, benéficos na redução da ansiedade e depressão associadas à incontinência (Izidoro et al., 2024).

Estes resultados destacam a importância de abordagens integradas, que ultrapassem o foco exclusivamente físico (Izidoro et al., 2024). Conforme salientado por Rodrigues et al. (2020), a relação entre IU e saúde mental impõe uma perspetiva multidisciplinar, atendendo às necessidades físicas e ao bem-estar psicológico. Estratégias como, exercícios supervisionados do pavimento pélvico demonstraram eficácia na compensação dos efeitos adversos da cirurgia, enquanto intervenções educacionais e de suporte psicológico são essenciais para oferecer uma abordagem holística (Rodrigues et al., 2020). É evidente que intervenções integradas, que combinam apoio físico e emocional, promovem melhores resultados na adaptação e na recuperação da QV (Izidoro et al., 2024). Para além disso, a associação entre idade e sintomas pós-operatórios reforça a necessidade de personalizar as intervenções. Homens entre os 61 e 70 anos, tendem a apresentar maiores dificuldades de recuperação funcional e emocional, requerendo estratégias reabilitativas específicas e suporte contínuo (Anguas-Gracia et al., 2023).

A utilização de instrumentos de avaliação, como o *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form* (ICIQ-UI SF) e o *Pad Test*, oferecem insights fundamentais sobre o impacto da incontinência na vida dos doentes. O ICIQ-UI SF, possibilita uma avaliação detalhada da perceção subjetiva do doente em relação à severidade da incontinência e ao seu impacto emocional (Izidoro et al., 2024). Por outro lado, o *Pad Test* fornece uma abordagem objetiva para quantificar as perdas urinárias, sendo amplamente utilizado na prática clínica (Izidoro et al., 2024). A aplicação conjunta destes instrumentos permite uma abordagem abrangente, essencial para planear intervenções individualizadas e ajustar continuamente o tratamento do doente (Rodrigues et al., 2020).

Por fim, uma abordagem integrada e precoce, que considere o bem-estar físico, psicológico e social, é essencial para minimizar os efeitos adversos da IU. Estudos como os de Sha et al. (2024) reforçam a relevância de intervenções precoces na recuperação funcional, enquanto dados globais, apresentados por Ferlay et al. (2024), evidenciam que o cancro da próstata e as

suas consequências, incluindo a IU, permanecem um desafio clínico à escala mundial. Torna-se, assim, imperativo desenvolver estratégias personalizadas, que combinem suporte emocional, monitorização contínua e intervenções terapêuticas ajustadas, de forma a maximizar a recuperação e melhorar a QV.

2.3 – Avaliação da incontinência urinária pós-prostatectomia radical

A avaliação da IU pós-prostatectomia radical desempenha um papel fundamental na compreensão simultânea da gravidade da condição e do impacto na vida dos doentes. A utilização de metodologias que combinam abordagens subjetivas e objetivas tem mostrado resultados complementares, ao mesmo tempo que destaca as limitações inerentes a cada técnica.

Neste contexto, como medidas subjetivas, o ICIQ-UI SF tem-se destacado como uma das ferramentas mais sensíveis e abrangentes para avaliação dessa condição e revela particular capacidade para identificar dimensões emocionais e sociais associadas à experiência vivida pelos doentes, sendo essencial para compreender o verdadeiro impacto da IU na vida quotidiana (Mata et al., 2021). Outro instrumento de destaque é a *Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy* (UISRP), cuja confiabilidade e validade foram confirmadas por estudos recentes. A UISRP é uma ferramenta desenvolvida para avaliar a gravidade e o impacto da IU em doentes submetidos a prostatectomia radical. Esta escala permite quantificar a frequência, o volume das perdas e a interferência na QV, sendo uma ferramenta útil para monitorizar os progressos em programas de reabilitação (Mata et al., 2022). A sua utilização combinada com questionários de QV, como o KHQ, permite uma avaliação ainda mais detalhada, abordando não apenas aspetos físicos, mas também emocionais e sociais associados à condição (Izidoro et al., 2024; Mata et al., 2022).

O KHQ, amplamente reconhecido pela sua abordagem multidimensional, contribui significativamente para a compreensão do impacto da IU na QV ao permitir a análise de dimensões emocionais e sociais, além das físicas, o KHQ complementa instrumentos como o ICIQ-UI SF e a UISRP, fornecendo uma visão mais holística do quadro clínico (Izidoro et al., 2024). A literatura sublinha a complementaridade entre estas medidas, cuja correlação potencializa a capacidade de identificar necessidades específicas e de planear intervenções mais eficazes (Mata et al., 2022).

Entre os métodos objetivos, como *Pad Test* e *Pad Used*, têm um papel relevante no

contexto clínico devido à sua capacidade de mensurar a quantidade de perdas urinárias de maneira precisa e quantificável. No entanto, essas abordagens frequentemente falham em capturar aspetos subjetivos, como o impacto na autoestima ou na QV, o que limita sua aplicabilidade isolada. Pesquisas demonstram que, embora úteis, esses métodos apresentam concordância moderada com o autorrelato, indicando que aspetos distintos da IU são capturados por cada técnica (Mata et al., 2021). O *Pad Test* de 1 hora (h) consiste em pesar um dispositivo absorvente (penso ou fralda) seco, utilizá-lo durante 1 h seguindo um protocolo padronizado (ingestão de líquidos e tarefas funcionais como deambulação, levantar/sentar, subir escadas e episódios controlados de tosse) e voltar a pesá-lo húmido; a diferença de peso (gramas) corresponde à urina perdida nesse período (Cardozo et al., 2023). O *Pad Test* de 24 h resulta da soma do peso (húmido - seco) de todos os absorventes usados em 24 h. Reflete melhor a variabilidade do dia-a-dia sendo frequentemente adotado como *outcome* objetivo primário (Cardozo et al., 2023). O *Pad Used* 24 h contabiliza o número de pensos/fraldas utilizados durante 24 h (Mata et al., 2021).

Medidas complementares, como o diário miccional (2-3 dias) documenta ingestão hídrica, micções, episódios de urgência e perdas, ajudando a clarificar padrões e a orientar intervenções comportamentais e de treino vesical (Cardozo et al., 2023).

Em síntese, embora os métodos subjetivos, como o ICIQ-UI SF, apresentem vantagens significativas em termos de captura de experiências vividas e impactos emocionais, os métodos objetivos, continuam a ser ferramentas valiosas para mensurar as perdas urinárias de forma precisa. A integração destes métodos é, particularmente, relevante em contextos clínicos onde uma análise detalhada de diferentes aspetos da condição é essencial para uma abordagem mais eficaz (Mata et al., 2021). Esta combinação permite não apenas quantificar a gravidade da incontinência, mas também ajustar o planeamento das intervenções às perceções e necessidades individuais dos doentes, promovendo uma reabilitação mais centrada no doente.

A seleção de instrumentos de avaliação deve ainda considerar o perfil dos doentes, incluindo fatores como a idade, o tempo de pós-operatório e a gravidade dos sintomas. Há evidência de que uma escolha criteriosa entre métodos objetivos e subjetivos se associa a melhores resultados das intervenções de reabilitação (Mata et al., 2021). Por fim, a eficácia dos instrumentos de avaliação pode ser alargada com a utilização de técnicas complementares de reabilitação, como o TMPP. A integração de instrumentos de avaliação com intervenções práticas robustas é essencial para maximizar os benefícios obtidos em programas de reabilitação e melhorar a QV dos doentes (Santos et al., 2024). Assim, a utilização de múltiplos instrumentos

de avaliação não só amplia a compreensão da condição, como sustenta uma base sólida para intervenções mais personalizadas e baseadas na evidência.

2.4 – Abordagens terapêuticas para o tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia radical

A recuperação da continência urinária é uma prioridade essencial para o doente, o cirurgião e a restante equipa multidisciplinar (Mungovan et al., 2021). Em termos gerais, distinguem-se duas abordagens de tratamento da IU: conservadora e cirúrgica.

2.4.1 – Intervenções conservadoras

A abordagem conservadora pode ser utilizada antes e/ou após a prostatectomia radical e assenta em medidas comportamentais, como modificação do estilo de vida, treino vesical, TMPP, EE e opções farmacológicas (Santos et al., 2024; Hudolin et al., 2022)

As intervenções no estilo de vida incluem micção prolongada ou dupla micção, controlo do índice de massa corporal, ajustes na ingestão hídrica, cessação tabágica, redução de irritantes vesicais (caféina, álcool, especiarias picantes) e prática de atividade física. A modificação destes fatores pode impactar positivamente a IU (Gacci et al., 2023; Marino, Rossi, & Sacco, 2023).

O TMPP é reconhecido como a estratégia de primeira linha em reabilitação, com evidência consistente da sua eficácia no fortalecimento direto dos músculos responsáveis pela continência urinária. É uma das abordagens conservadoras mais frequentemente adotadas no tratamento da IU pós-prostatectomia, demonstrando acelerar a recuperação da continência pós-operatória (Hudolin et al., 2022; Mungovan et al., 2021; Marino, Rossi, & Sacco, 2023). Estudos reportam reduções significativas da IU nos primeiros 6 m após a cirurgia, sustentando o TMPP como intervenção preferencial (Santos et al., 2024; Lage, 2024). Os MPP englobam os músculos elevadores do ânus, especificamente os músculos: puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo, e o músculo coccígeo, que sustentam os órgãos pélvicos e cuja contração contribui para a micção voluntária (Castellan et al., 2023). O TMPP consiste em contrações voluntárias repetidas dos

MPP de modo a aumentar a força, a resistência e a coordenação muscular destes, bem como contribuir para a inibição da hiperatividade do detrusor (Cunha et al., 2021; Marino, Rossi, & Sacco, 2023; Santos et al., 2024). Pode ser realizado com ou sem *biofeedback*. Os métodos de *biofeedback* permitem que o doente compreenda os MPP possibilitando, assim, as correções necessárias para otimizar o treino e envolve o uso de estratégias visuais, auditivas e/ou táteis projetadas para aumentar a consciência e a compreensão do doente sobre a função muscular do pavimento pélvico e adquira as habilidades motoras necessárias para executar corretamente (Mungovan et al., 2021; Santos et al., 2024). O TMPP aumenta o fluxo sanguíneo e a força muscular, proporcionando suporte estrutural à região pélvica ao fortalecer a placa elevadora do ânus, evitando a descida provocada pelo aumento da pressão abdominal (Hudolin, et al., 2022). Os exercícios de Kegel são os mais populares e utilizados entre os exercícios dos MPP (Castellan et al., 2023). O TMPP promove o movimento cranial dos MPP (apertando e levantando-os para dentro), a compressão da uretra, o aumento da pressão uretral, com conseqüente redução da IU de esforço (Hudolin et al., 2022). A sua combinação com orientações específicas durante as sessões de reabilitação é um fator que potencializa a adesão e os resultados clínicos. A orientação adequada tem demonstrado ser um elemento crucial para o sucesso das intervenções, facilitando a identificação correta dos MPP pelos doentes e promovendo uma execução eficaz dos exercícios (Lage, 2024). Neste contexto, a supervisão profissional desempenha um papel fundamental, não apenas para reforçar a motivação dos doentes, mas também para reduzir possíveis erros durante os exercícios. Adicionalmente, o uso de *biofeedback* em conjunto com o TMPP apresenta um impacto positivo significativo, pois permite monitorizar em tempo real as contrações musculares, aumentando a eficácia e a compreensão do tratamento pelos doentes (Yu et al., 2024). A integração destas tecnologias e práticas educativas reforça a importância de uma abordagem supervisionada nos 3 primeiros m pós-cirurgia, uma janela crítica para a recuperação funcional (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2022). O *biofeedback*, como componente terapêutico combinado ao TMPP, é amplamente reconhecido pela sua capacidade de otimizar os resultados nos programas de reabilitação. A supervisão regular, aliada ao uso desta tecnologia, não só facilita a execução correta dos exercícios como também promove um maior envolvimento dos doentes no processo de recuperação (Yu et al., 2024). Além disso, os custos a longo prazo podem ser reduzidos com essa abordagem integrada, uma vez que o *biofeedback* acelera a recuperação funcional, diminuindo a necessidade de tratamentos adicionais prolongados (Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2022). Ainda assim, é necessário que os profissionais garantam um

acompanhamento contínuo e personalizado, considerando as condições específicas de cada doente e a sensibilidade das intervenções na fase inicial do pós-operatório. Estudos indicam que o início precoce do tratamento, aliado ao suporte profissional, melhora substancialmente os resultados clínicos, reforçando a relevância do *biofeedback* como peça-chave no tratamento da IU (Yu et al., 2024).

A evidência sugere, também, que a EE é uma intervenção complementar que se tem mostrado útil em casos de IU precoce e severa, podendo em alguns cenários superar o TMPP isolado. Abordagens como a estimulação do nervo pudendo têm demonstrado maior eficácia na recuperação funcional, enquanto a aplicação de impulsos de baixa frequência em pontos de acupuntura mostrou reduzir significativamente o tempo de recuperação da continência e melhorar a QV dos doentes (Lage, 2024; Yu et al., 2024). A literatura destaca que estas técnicas trabalham de maneira sinérgica com o TMPP, potencializando a resposta neuromuscular e promovendo uma adaptação mais eficiente às necessidades individuais dos doentes (Lage, 2024). Nesse sentido, as abordagens multifacetadas que combinam exercícios tradicionais, estímulos elétricos e reabilitação supervisionada são fundamentais para alcançar melhores resultados terapêuticos.

Muitos profissionais de saúde cometem o erro de assumir que os doentes irão contrair corretamente os MPP apenas com instruções verbais ou materiais escritos. Diferentes tipos de instruções podem alterar os padrões de ativação dos músculos específicos do pavimento pélvico e, conseqüentemente, a eficácia dos programas TMPP prescritos. Instruções focadas na retração dorsal do pênis, como “encurtar o pênis“, ou no encerramento uretral, como “imagine que está interrompendo o fluxo de urina no meio do jato”, incentivam uma ativação mais eficaz do esfíncter uretral estriado. Já instruções direcionadas à região anal, como “apertar ao redor do ânus”, geram principalmente a ativação do esfíncter anal, com a ativação simultânea do puborretal. O relaxamento dos músculos abdominais superficiais pode otimizar a ativação voluntária isolada dos MPP e minimizar qualquer aumento na pressão da bexiga causado pela contração dos músculos abdominais e do diafragma, por exemplo, sustar a respiração (Mungovan et al., 2021).

Um programa progressivo de TMPP centrado no doente pode incorporar uma abordagem gradual. Ensinar e treinar a função muscular do pavimento pélvico no pré-operatório pode começar com contrações isoladas dos MPP em posições estáticas (deitado, sentado e em pé) e progredir para o TMPP durante tarefas dinâmicas mais complexas, nas quais os homens provavelmente irão apresentar perdas, como tossir, levantar objetos pesados, mudar de posição

(sentar e levantar) e caminhar. Ensinar os homens a ativar, coordenar e cronometrar conscientemente as contrações voluntárias dos MPP é fundamental para aumentar e manter a pressão de encerramento uretral (Mungovan et al., 2021).

Programas pré-operatórios (exercício aeróbico, treino resistido, TMPP, educação, apoio nutricional e psicológico) visam otimizar a capacidade funcional, a trajetória de recuperação da continência e a QV. A duração do programa depende em parte do tempo de espera até à cirurgia (Mungovan et al., 2021). Intervenções prescritas e regulares no pré-operatório, mantidas no pós-operatório, associam-se a menor taxa de IU nos primeiros 6 m e a melhor QV no primeiro ano (Mungovan et al., 2021). As intervenções pré-operatórias, como o TMPP e os exercícios de Kegel, reforçam a preparação dos doentes para o período pós-cirúrgico, promovendo um ponto de partida mais favorável para a recuperação. Estudos de Mungovan et al. (2021) demonstram que a taxa de IU é significativamente menor em doentes que realizam tais exercícios, com benefícios perceptíveis já nos primeiros 6 meses e com maior QV ao longo do primeiro ano pós-cirúrgico. A supervisão e a adesão a programas deste tipo são fatores essenciais para garantir a eficácia das intervenções, já que doentes orientados por profissionais treinados alcançam melhores resultados clínicos e menor tempo de recuperação (Mungovan et al., 2021).

Em relação aos tratamentos farmacológicos, ainda não existem medicamentos aprovados especificamente para a IU pós-prostatectomia. A duloxetine, um inibidor da recaptção de serotonina-noradrenalina, é o único medicamento com eficácia clínica demonstrada para a recuperação da IU, aumentando o tónus neural do esfíncter uretral para prevenir episódios de IU (Marino, Rossi, & Sacco, 2023).

O tratamento conservador é recomendado até 12 meses após a cirurgia, dado o potencial de melhoria espontânea durante esse período. No entanto, em casos de incontinência grave, sem evolução favorável nos primeiros 6 m pós-prostatectomia, considera-se a opção cirúrgica como alternativa (Cunha, et al., 2021).

2.4.2 – Intervenções cirúrgicas

As opções invasivas para tratamento da IU incluem: balões periuretrais, injeção de agentes de volume transuretrais, esfíncteres urinários artificiais e slings masculinos (Gacci et al., 2023;

Hudolin et al., 2022; Marino, Rossi, & Sacco, 2023; Rahnama'i et al., 2021). Os balões periuretrais são dispositivos implantados junto à uretra que ajudam a comprimir, aumentando a resistência ao fluxo urinário e reduzindo as perdas de urina. Os agentes de volume, consistem na injeção de um agente de volume na parede uretral para aliviar os sintomas de IU, aumentando a resistência passiva da uretra. O esfíncter urinário artificial é, frequentemente, apontado como a intervenção mais eficaz, este faz uma compressão circunferencial da uretra através de um mecanismo hidráulico. Por último, o sling masculino, visa o reposicionamento e/ou suporte uretral para melhorar o encerramento (Gacci et al., 2023; Hudolin et al., 2022; Marino, Rossi, & Sacco, 2023; Rahnama'i et al., 2021).

A indicação de cada técnica depende das características do doente (grau de IU, história de radioterapia pélvica, etc), da disponibilidade do dispositivo, da experiência do cirurgião e da preferência do doente. Em regra, o tratamento cirúrgico raramente é proposto antes dos 12 meses pós-prostatectomia (Gacci et al., 2023).

3 – A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa com incontinência urinária pós-prostatectomia radical

Do ponto de vista regulamentar, os EEER cuidam de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, com o objetivo de maximizar o seu potencial funcional, concebendo planos individualizados, de modo que as suas intervenções assegurem a melhoria das funções residuais, a manutenção ou recuperação da independência nas atividades de vida e a minimização do impacto das incapacidades instaladas (Portugal, Regulamento n.º 392/2019, p. 13565). Pela abrangência e impacto da problemática, o EEER promove processos de readaptação da pessoa de forma a preservar ou readquirir as capacidades funcionais e a minimizar o impacto das incapacidades já instaladas ao nível da função da eliminação, contribuindo para otimizar a QV da pessoa, família e comunidade (Portugal, Regulamento n.º 392/2019, 13565). Para tal, integra conhecimentos científicos que permitem ser facilitadores no processo de transição que a pessoa enfrenta perante a alteração da continência urinária, orientando-a e capacitando-a no seu meio privilegiando o desenvolvimento pessoal. Deste modo, é expectável que o EEER intervenha alicerçado numa prática baseada na evidência, agregando os resultados da investigação e do conhecimento produzido pelos pares de forma a proporcionar cuidados seguros, humanos e de qualidade (Portugal, Regulamento n.º 392/2019, p. 13565).

Os cuidados à pessoa com alterações do padrão de eliminação vesical são uma prioridade das intervenções de Enfermagem de Reabilitação. O enfermeiro tem um papel central no tratamento da IU, tanto na identificação do problema, como na implementação de terapias que visem fortalecer os MPP, promover a saúde e a QV (Eufrazio et al., 2022).

O impacto que a IU apresenta na QV da pessoa com alteração da continência urinária pós-prostatectomia, sobretudo “através das consequências psicológicas tais como depressão, baixa autoestima e problemas de interação social” implica necessariamente a “adoção de medidas de intervenção precoces, nomeadamente no momento pré-operatório e continuadas no período pós-operatório” (Lage, 2024, p. 65-66).

Neste contexto, e atendendo às alterações que poderão resultar deste evento, Lage (2024, p. 65), com base na literatura, salienta que “nem sempre o homem está informado e

consciencializado para estas alterações, bem como ciente da necessidade de um programa de reabilitação para recuperação das funções perdidas”. Por conseguinte, o EEER apresenta competências para intervir neste domínio, sendo essencial que o planeamento de cuidados de enfermagem de reabilitação se direcione para a capacitação e adaptação do homem à sua nova condição de saúde, com recurso à elaboração de programas individualizados e centrados na recuperação da função do pavimento pélvico (Lage, 2024).

Os resultados de uma meta-análise mostraram que o TMPP, incluindo *biofeedback* com tratamento orientado por um enfermeiro, demonstrou melhores resultados entre 1 e 6 meses; a EE, o *biofeedback* e a orientação do enfermeiro podem ser mais eficazes aos 3 meses de tratamento; a terapia combinada demonstrou melhores resultados ao fim de 12 meses de tratamento (Yu et al., 2024). Durante o programa de reabilitação, o *biofeedback* com tratamento orientado por um enfermeiro pode ter efeitos terapêuticos significativos a curto prazo após a cirurgia, mas, a longo prazo, a combinação de vários tratamentos (TMPP + cuidados de rotina + *biofeedback* + tratamento orientado + EE do nervo pudendo) pode resolver casos de IU que permanecem sem recuperação muito tempo após a cirurgia. Em geral, todos os métodos de tratamento melhoram as diferentes fases de reabilitação funcional dos MPP. No entanto, a longo prazo, não se observam diferenças significativas entre os tratamentos. Considerando a relação custo-eficácia, TMPP + cuidados de rotina + *biofeedback* + tratamento orientado por um enfermeiro + EE do nervo pudendo no prazo de 3 meses e, MPP + cuidados de rotina após 3 meses, podem ser uma opção mais económica para tratar a pessoa com alterações do padrão de eliminação vesical (Yu et al., 2024).

Os resultados de uma *scoping review*, intitulada “Contributo do enfermeiro de reabilitação na prevenção da incontinência urinária pós prostatectomia radical - *scoping review*”, revelam intervenções de reabilitação utilizadas na prevenção da IU em doentes submetidos a prostatectomia radical, o TMPP, o exercício de interrupção da micção, o treino vibratório de corpo inteiro, a EE do nervo pudendo e EE de pontos de acupuntura com impulsos de baixa frequência (Lage, 2024). Para que este processo ocorra eficazmente, é essencial a consciencialização, o envolvimento e a motivação do doente, a fim de adquirir novos conhecimentos e a aplicação de intervenções promotoras da reabilitação do pavimento pélvico (Lage, 2024).

Como forma de maximizar a reabilitação da pessoa submetida a prostatectomia, o EEER deve suportar a sua intervenção em conceitos estruturantes de modelos teóricos, como a Teoria da Transição de Meleis e a Teoria do autocuidado de Orem.

A Teoria da Transição de Meleis, formulada inicialmente no âmbito da disciplina de enfermagem, oferece um quadro abrangente e matizado que capta todo o espectro das transições no binómio saúde/doença e vive versa. O seu foco nos tipos de transições, condições de transição, processos e padrões de resposta fornece aos enfermeiros uma abordagem estruturada e unitária para compreender e gerir estas transições (Meleis, 2010). A perspetiva de enfermagem inerente à teoria torna-a especialmente adequada para abordar a natureza complexa e multidimensional da reabilitação da pessoa submetida a prostatectomia, preenchendo, assim, uma lacuna crítica nos cenários teóricos e práticos neste contexto (Meleis, 2012). Esta teoria serve de bússola ao EEER, orientando-o através das complexidades dos tipos de transições, das condições que afetam essas transições e dos padrões de resposta de cada pessoa.

A Teoria da Transição de Meleis procura compreender as transições nas pessoas e como estas as enfrentam utilizando comportamentos que são aprendidos ou adquiridos através da interação com os outros.

A utilização das transições como base de trabalho ajuda a estabelecer prioridades e a desenvolver intervenções adequadas de enfermagem (Meleis & Trangenstein, 1994). A transição é definida pelas mesmas autoras como a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outra, estando relacionada com o processo e com o resultado de interações complexas de uma pessoa com o seu ambiente, envolvendo uma mudança no seu estado de saúde, nas suas relações, no seu papel, expectativas ou competências, dando origem a um conjunto único de padrões de resposta durante um período de tempo (Meleis & Trangenstein, 1994). Uma transição saudável tem três indicadores: uma sensação subjetiva de bem-estar, o domínio de novos comportamentos e o bem-estar nas relações interpessoais. Os enfermeiros devem atuar nas transições quando estas afetam a saúde ou a doença, ou quando as respostas à transição se expressam em comportamentos que afetam o binómio saúde-doença (Meleis & Trangenstein, 1994). Esta teoria ajuda os enfermeiros a concentrar-se na forma como as pessoas lidam com as mudanças nas suas condições de saúde e no ambiente, considerando os aspetos emocionais, sociais e físicos desse processo. Quando aplicada à reabilitação de uma pessoa pós-prostatectomia, esta teoria oferece uma perspetiva valiosa, pois a recuperação envolve uma série de transições complexas. Por outras palavras, a Teoria da Transição de Meleis oferece uma estrutura valiosa para compreender e apoiar o processo de reabilitação de uma pessoa pós-prostatectomia. Ao considerar as múltiplas dimensões da transição (física, emocional, social e psicológica), o EEER pode proporcionar um cuidado mais holístico e eficaz, promovendo uma recuperação bem-sucedida e uma melhor QV (Meleis, 2010).

Um dos grandes desafios dos enfermeiros consiste em perceber o processo de transição da pessoa pós-prostatectomia e elaborar um plano de cuidados e intervenções terapêuticas adaptadas, para promover a sua recuperação e estabilidade (Ribeiro et al., 2021). Este modelo teórico revela que o enfermeiro assiste a pessoa em fenómenos de transição, realiza intervenções com objetivo terapêutico para que a pessoa possa obter um novo equilíbrio e bem-estar holísticos, como resultado de uma transição saudável (Ribeiro et al., 2021). Na reabilitação da pessoa submetida a prostatectomia, o autocuidado constitui uma parte fundamental e integrante da sua reabilitação e, concomitantemente, as pessoas que se envolvem ativamente neste processo apresentam resultados clínicos significativamente melhores, com melhor QV (Ribeiro et al., 2021).

Entre 1959 e 2001, Dorothea Orem desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Autocuidado ou o Modelo de Enfermagem de Orem. É considerada uma grande teoria de enfermagem, o que significa que a teoria abrange um âmbito alargado com conceitos gerais aplicáveis a todas as instâncias da enfermagem.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem define a Enfermagem como o ato de ajudar os outros na prestação e gestão do autocuidado para manter ou melhorar o funcionamento humano ao nível doméstico de eficácia. Centra-se na capacidade de cada indivíduo para realizar o autocuidado, definido como a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio nome para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001).

Os pressupostos da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem são: (1) Para se manterem vivos e funcionais, os seres humanos estão constantemente a comunicar e a ligar-se entre si e ao seu ambiente; (2) O poder de agir deliberadamente é exercido para identificar necessidades e fazer julgamentos necessários; (3) Os seres humanos experimentam privações sob a forma de ações de cuidado de si e dos outros, que envolvem ações de manutenção da vida e de regulação das funções; (4) a ação humana exerce-se na descoberta, no desenvolvimento e na transmissão aos outros de formas e meios de identificar as necessidades e de dar contributos para si próprio e para os outros; (5) Os grupos de seres humanos com relações estruturadas agrupam tarefas e atribuem responsabilidades pela prestação de cuidados aos membros do grupo (Orem, 2001).

Para Orem (2001), a enfermagem é uma arte através da qual o enfermeiro presta assistência especializada a pessoas com qualquer incapacidade, fazendo mais do que a assistência normal necessária para satisfazer as necessidades de autocuidado. O enfermeiro também participa de

forma inteligente nos cuidados médicos que a pessoa recebe. Para a autora, os seres humanos são definidos como homens, mulheres e crianças que recebem cuidados isoladamente ou como unidades sociais e são o “objeto material” dos enfermeiros. O ambiente tem características físicas, químicas e biológicas, inclui a família, a cultura e a comunidade. A saúde equivale a estar estrutural e funcionalmente inteiro ou são. Além disso, a saúde é um estado que engloba tanto a saúde dos indivíduos como a dos grupos, e a saúde humana é a capacidade de refletir sobre si próprio, simbolizar a experiência e comunicar com os outros. O autocuidado é o desempenho ou prática de atividades que as pessoas iniciam e realizam em seu próprio nome para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001). A capacidade de autocuidado é a capacidade ou o poder do ser humano para se envolver no autocuidado e é afetada por fatores condicionantes básicos, como a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, os fatores do sistema de cuidados de saúde, os fatores do sistema familiar, os padrões de vida, os fatores ambientais e a adequação e disponibilidade de recursos (Orem, 2001).

O Déficit de Autocuidado define quando é necessário prestar cuidados de enfermagem, necessários quando uma pessoa é incapaz ou está limitada a prestar cuidados autônomos eficazes e contínuos.

Neste sentido, o sistema de enfermagem é o produto de um conjunto de relações entre as pessoas: enfermeiro e pessoa cuidada. Este sistema é ativado quando a procura de autocuidado terapêutico excede a agência de autocuidado disponível, levando à prestação de cuidados de enfermagem, um foco do EEER na reabilitação da pessoa pós-prostatectomia, que necessita de restabelecer a sua capacidade de autocuidado.

Atualmente, a teoria de Orem é reconhecida pelo campo da enfermagem e tem sido utilizada em contextos clínicos, campos educativos e estudos científicos. A teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem, que integra as ações de enfermagem realizadas pelos enfermeiros e o comportamento dos doentes, estão incluídas na teoria. Os enfermeiros utilizam três sistemas de enfermagem diferentes que são determinados pelos requisitos de autocuidado e pelas capacidades das pessoas: o sistema de compensação total, o sistema de compensação parcial e o sistema de apoio educativo (Sha et al., 2024). Este método é amplamente utilizado na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas após procedimentos cirúrgicos. Nos cuidados de compensação total, os enfermeiros respondem a todas as necessidades da pessoa submetida a prostatectomia, satisfazendo integralmente as suas necessidades de autocuidado terapêutico. Assim, o enfermeiro e a pessoa

em situação pós-prostatectomia colaboram para satisfazer os requisitos de autocuidado terapêutico durante os cuidados de enfermagem parcialmente compensatórios (Sha et al., 2024). Os enfermeiros ajudam-na a realizar atividades de autocuidado e a resolver défices de autocuidado, ajustando o seu apoio de acordo com as suas necessidades e encorajando-a a gerir de forma independente o que podem, aumentando, assim, a sua capacidade de autocuidado. A pessoa submetida a prostatectomia no sistema de apoio educativo tem de adquirir competências de autocuidado e ser capaz de se envolver em tarefas de autocuidado com ajuda temporária do enfermeiro (Sha et al., 2024).

Por fim, o papel do EEER é central para garantir intervenções seguras e baseadas em evidências. A sua atuação inclui desde atividades educativas até a aplicação de tecnologias avançadas como a EE, treinos vesicais supervisionados e reabilitação do pavimento pélvico, são exemplos de práticas que evidenciam a relevância do enfermeiro na recuperação da continência e na promoção da QV dos doentes. Além disso, a atuação educativa, ao incluir instruções detalhadas e esclarecimento de dúvidas, aumenta significativamente a adesão ao tratamento, promovendo resultados clinicamente superiores. Assim, a integração entre capacitação profissional, acompanhamento personalizado e estratégias terapêuticas posiciona os EEER como figuras indispensáveis no tratamento da IU pós-prostatectomia radical.

Parte II – Processo metodológico

4 – Metodologia de trabalho de projeto

O presente trabalho de projeto adota a metodologia de projeto, entendida como uma via de investigação centrada num problema real e orientada para a implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Trata-se de um processo intencional, flexível e faseado, que articula teoria e prática, favorecendo o planeamento e uma ação dirigida para transformar e melhorar a realidade em estudo (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

De acordo com este referencial, o objetivo principal da metodologia de projeto consiste na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real. “A metodologia constitui-se assim como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática” (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010, p.3).

Estruturalmente, é constituída por cinco etapas: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Nos subcapítulos que se seguem encontram-se explanadas as etapas que constituem a metodologia de projeto aplicadas à problemática em estudo.

4.1 – Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação inaugura a metodologia de projeto e visa elaborar um “mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.10). Trata-se de um processo contínuo, dinâmico e realizado em tempo útil, que permite implementar medidas apropriadas e ajustadas ao problema que se pretende solucionar e, dessa forma, conseguir dar resposta às necessidades de saúde da população (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

No presente projeto, esta etapa inicia-se com a definição e justificção do problema, evidenciando a sua relevância clínica e organizacional e a sua sensibilidade à intervenção da enfermagem de reabilitação. Para identificar e validar o problema e aferir a viabilidade de uma intervenção organizada de enfermagem de reabilitação, o diagnóstico de situação integrou a observação direta do contexto assistencial e a realização de entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde e doentes.

4.1.1 – Identificação e justificção do problema

A delimitação de um problema marca o início do percurso investigativo: confere direção e coerência aos objetivos, orienta a revisão da literatura e circunscreve o estudo (Coutinho, 2023). Nesta etapa explicita-se, portanto, o porquê do trabalho de projeto, partindo da identificação das razões do interesse pela temática escolhida e da sua importância.

O interesse em desenvolver a temática da promoção da recuperação funcional da continência urinária na pessoa submetida a prostatectomia radical emerge de uma preocupação identificada na prática profissional. Esta preocupação, resulta da observação de uma lacuna na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação dirigidos a esta população. A observação direta do contexto assistencial evidenciou a ausência de intervenções de enfermagem de reabilitação direcionadas para estes homens, o que reforça a necessidade de desenvolver competências para abordar esta problemática e de conceber uma resposta organizada capaz de minimizar o problema da alteração da continência urinária e de melhorar a QV.

Como se discutiu no capítulo anterior, a prostatectomia radical é o procedimento cirúrgico mais frequente no tratamento do cancro da próstata localizado. No entanto, como qualquer outra cirurgia, este procedimento pode acarretar complicações, sendo a IU e a disfunção erétil as mais frequentes e impactantes, com impacto físico, emocional e social (limitações funcionais, diminuição da autoestima e menor participação social). Apesar da evolução das técnicas cirúrgicas e de um melhor conhecimento anatómico e neurofisiológico, persistem taxas elevadas de IU no pós-operatório precoce o que reforça a pertinência de intervenções reabilitativas estruturadas. Adicionalmente, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2023) assinala como área de investigação muito prioritária em enfermagem de reabilitação a “avaliação da eficácia de intervenções e programas de

enfermagem de reabilitação” alinhando-se com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação.

No Hospital Sousa Martins da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULS), em 2024 realizaram-se 21 prostatectomias radicais, em homens com idades compreendidas entre os 44 e os 83 anos (média 67,05 anos), com um internamento médio 4,29 dias. Estes indicadores sustentam a exequibilidade e a pertinência local de uma resposta.

Define-se, assim, como problema a inexistência de uma resposta organizada de enfermagem de reabilitação dirigida à IU pós-prostatectomia, capaz de padronizar o percurso de cuidados (educação, TMPP, monitorização com instrumentos reconhecidos).

Transpondo o observado e experienciado em contexto profissional, tornou-se pertinente desenvolver este trabalho, com o propósito de analisar a real situação, validar a necessidade e identificar possibilidades de a colmatar, contribuindo para a criação de um programa de reabilitação. Assim, este projeto permitirá dar resposta a uma problemática identificada na prática de cuidados. Deste diagnóstico decorre a intenção de desenvolver um programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com IU pós-prostatectomia radical. Embora limitado ao contexto e à população-alvo, o programa pretende fazer a diferença na vida dos doentes.

Em síntese, este programa visa capacitar o homem para recuperar o controlo da continência urinária; reduzir a frequência e o volume das perdas urinárias; melhorar a força, a resistência e a coordenação dos MPP; e, por último, promover a funcionalidade, o bem-estar e a QV.

4.1.2 – Instrumentos de diagnóstico

Após a identificação e justificação do problema, o diagnóstico de situação foi operacionalizado através de trabalho de campo que combinou observação direta e entrevistas semiestruturadas a profissionais e doentes, com o objetivo de identificar e validar necessidades, precisar prioridades e recolher contributos operacionais para uma resposta organizada de enfermagem de reabilitação dirigida à IU pós-prostatectomia. Para a sua execução, elaborou-se uma Matriz do Trabalho de Campo (Apêndice I) e um Cronograma de Atividades (Apêndice II).

A observação é uma das técnicas fundamentais de recolha de dados em todas as pesquisas científicas. A observação significa aplicar atentamente os sentidos na procura dos dados necessários para a resolução de um problema de investigação (Vilelas, 2020). No presente

estudo, realizou-se observação direta não participante na consulta externa de urologia, com o propósito de verificar a existência (ou ausência) de consulta de enfermagem dedicada à IU, concluindo-se a inexistência da mesma. As observações foram registadas em grelha própria (Apêndice III).

Complementarmente, efetuaram-se contactos institucionais (via e-mail/telefone) com um enfermeiro autor de um programa de reabilitação nesta área, tendo-se constatado que, apesar de publicado, o programa não se encontra implementado devido a diversos constrangimentos.

4.1.3 – Recolha de dados

Com o objetivo de investigar e documentar a pertinência da uma resposta organizada de enfermagem de reabilitação dirigida ao homem com IU pós-prostatectomia radical o trabalho de campo, compreendeu a realização de entrevistas semiestruturadas. A amostragem foi intencional, incluindo enfermeiros EEER do serviço de cirurgia, enfermeiro gestor, enfermeiros do Núcleo de Enfermagem de Reabilitação (NER) da ULS da Guarda, auscultou-se a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) na pessoa do EEER Belmiro Rocha, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, além de um médico Urologista da ULS da Guarda e doentes submetidos a prostatectomia radical. Foi ainda realizada uma conversa informal com a enfermeira supervisora.

O trabalho de campo teve como objetivos:

- Verificar a pertinência do tema para a prática de enfermagem de reabilitação e analisar as práticas atuais;
- Auscultar e recolher as opiniões de profissionais de saúde para identificar lacunas existentes nos cuidados e validar a relevância do tema;
- Recolher contributos de profissionais reconhecidos, por forma a obter *insights* e sugestões para a estruturação do programa;
- Identificar necessidades e desafios sentidos pelos doentes com IU pós-prostatectomia radical;
- Integrar as perceções dos profissionais e as experiências dos doentes, a fim de construir um panorama abrangente que sustente a criação de um programa de reabilitação baseado em evidência.

De acordo com Vilelas (2020), um instrumento de recolha de dados é qualquer recurso utilizado pelo investigador para conhecer os fenómenos e obter a informação necessária, incluindo observação, entrevistas, questionários, escalas normalizadas, entre outros. Entre estes, a entrevista e o questionário figuram entre os mais utilizados na recolha de dados.

A entrevista é uma forma específica de interação social que estabelece um diálogo assimétrico entre investigador e participantes, permitindo aceder a condutas, opiniões, atitudes e expectativas não observáveis externamente (Vilelas, 2020). Fortin (2009) define-a como um modo de comunicação verbal entre entrevistador e respondente.

Optou-se pela entrevista semiestruturada, por oferecer equilíbrio entre foco e abertura: combina perguntas abertas e fechadas, assenta num guião pré-definido (questões descritivas, de consequências, avaliativas e hipotéticas) e cria espaço para que os participantes exponham livremente as suas experiências (Vilelas, 2020). Antes de cada entrevista, procedeu-se à contextualização (tema, objetivos e finalidade dos dados) e à obtenção de consentimento informado.

A seleção intencional dos entrevistados baseou-se na sua relevância para o estudo. Foram elaborados guiões específicos (Apêndice IV e Apêndice V), onde foram definidos um conjunto de objetivos e identificados os temas pertinentes a abordar. Elaboraram-se, de seguida, as perguntas a efetuar, com questões abertas e abrangentes que permitiram a construção dos guiões das entrevistas dirigidos, respetivamente, aos enfermeiros (Apêndice IV) com o objetivo de perceber a necessidade e a viabilidade de um programa de reabilitação estruturado, avaliar a possibilidade da sua implementação e os recursos institucionais disponíveis na instituição, ao médico Urologista com o objetivo de perceber a receptividade da equipa médica a este projeto e a sua viabilidade e aos doentes abordando aspetos como o momento do diagnóstico, a experiência cirúrgica, complicações pós-operatórias, impacto da IU na vida diária, expectativas quanto à reabilitação, experiências prévias com tratamentos ou programas de reabilitação, interesse e disponibilidade para integrar um programa estruturado (Apêndice V).

As entrevistas foram agendadas por telefone/e-mail e conduzidas em janeiro de 2025, no Hospital Sousa Martins, no domicílio dos doentes, em ambiente reservado para garantir privacidade e confidencialidade, e via plataforma Zoom. A relação de proximidade e o conhecimento prévio da pesquisadora com alguns participantes favoreceram um relacionamento de confiança, aumentando a profundidade das informações obtidas. Previamente, cada participante prestou o seu consentimento informado e autorizou o uso dos dados obtidos para fins de investigação (Apêndice VI).

Relativamente ao registo das entrevistas, e atendendo a considerações de privacidade/confidencialidade e ao objetivo de proporcionar um ambiente menos intrusivo, optou-se por não gravar áudio/vídeo nas entrevistas presenciais. Em alternativa, as informações foram registadas por escrito em tempo real, através de anotações detalhadas da investigadora, procurando capturar ideias-chave, perceções e opiniões, respeitando a integridade dos dados fornecidos.

Reconhece-se que a ausência de registos áudio limita o nível de detalhe; para mitigar este risco, as notas de campo foram revistas e completadas imediatamente após cada entrevista, assegurando fidedignidade e coerência dos dados. Segundo Fortin (2009) “se os dados são transcritos em papel, o entrevistador deve ser capaz de destacar as ideias-chave e de as formular de forma concisa” (Fortin, 2009, p.379).

Concluída a recolha de dados, iniciou-se a exploração analítica do material obtido, orientada para a análise, interpretação e triangulação das informações, com vista a fundamentar as decisões de conceção de um programa de enfermagem de reabilitação.

4.1.4 – Análise dos dados e discussão dos resultados

Na sequência da conversa informal com a enfermeira supervisora, foi formalmente incentivado o desenvolvimento do trabalho de projeto, sublinhando a pertinência de um programa de enfermagem de reabilitação centrado no tratamento da IU pós-prostatectomia radical. No decurso desta interlocução, sugeriu a integração de visitas domiciliárias aos doentes, em alinhamento com um projeto que está a desenvolver, o qual também inclui esse tipo de abordagem. Além disso, manifestou o seu apoio, disponibilizando-se para partilhar a sua experiência, bem como o seu projeto e contribuir para o desenvolvimento do programa. Em paralelo, a Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, através da Enfermeira Inês Abalroado, manifestou, via contacto telefónico, disponibilidade para apoiar a construção do programa, tendo proposto a realização de um *focus group*, bem como a atribuição de um perito na área para acompanhamento técnico.

Para tratamento dos dados procedeu-se à organização e sistematização das entrevistas (enfermeiro gestor, EEER do serviço de cirurgia, elementos do NER, EEER Belmiro Rocha, médico Urologista e doentes em fase pré e pós-cirurgia), agregando-as num corpus único.

A leitura e interpretação seguiram a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), entendida como um conjunto de técnicas sistemáticas e objetivas de descrição do conteúdo das comunicações, capaz de produzir indicadores que sustentem inferências sobre as condições de produção/receção das mensagens. O procedimento compreendeu três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na pré-análise, realiza-se uma leitura global de todo o material selecionado, com o objetivo de organizar e sistematizar as ideias iniciais. Esta etapa serve para familiarizar o analista com o conteúdo e preparar o terreno para uma análise mais operacional, permitindo identificar de forma preliminar as possíveis categorias e temas que emergirão posteriormente. Concluída a primeira fase, parte-se para a exploração do material. Nesta fase, constroem-se operações de codificação, decompondo e enumerando os dados brutos do texto (Bardin, 2016). A codificação, segundo Bardin (2016), corresponde a uma transformação dos dados em bruto do texto por meio de recortes, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto. A categorização, que se desenvolve paralelamente, consiste na classificação dos elementos identificados em conjuntos, inicialmente diferenciando-os e, em seguida, reagrupando-os de acordo com critérios previamente definidos. Da exploração do material, destacam-se as unidades de registo e a transformação dos dados brutos em dados organizados que, de forma indutiva, construíram-se os temas, categorias e subcategorias. Assim, as unidades de registo (informações segmentadas dos discursos dos participantes) são organizadas em categorias e subcategorias de forma indutiva. Neste sentido, a informação segmentada, presente nos discursos dos participantes, com significação a codificar, foi definida como unidades de registo a serem categorizadas e foram agrupadas em categorias comuns. Por último, efetuou-se o tratamento dos resultados, etapa na qual os dados organizados são submetidos a inferência e interpretação. Nesta fase, os resultados brutos são analisados de forma crítica e reflexiva, o que lhes confere significado e validade. Dessa forma, a análise de conteúdo possibilita compreender profundamente o sentido das comunicações produzidas, revelando tanto o conteúdo explícito quanto as suas significações subjacentes.

Da análise do conteúdo das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde, tendo em conta os preceitos da análise de conteúdo de Bardin (2016), emergiram os seguintes temas:

- 1 – Perceção sobre a relevância do tema;
- 2 – Necessidade de um programa de reabilitação;
- 3 – Desafios e dificuldades para a implementação do programa de reabilitação;

4 – Sugestões de melhoria do programa de reabilitação.

Para a apresentação da análise dos resultados, foram construídas tabelas de análise de conteúdo (Tabela 1), onde cada tema se desdobra em categorias e subcategorias, ancoradas em unidades de registo (citações diretas), que decorrem dos temas supracitados.

Tabela 1 – Análise de dados das entrevistas aos profissionais de saúde

Temas	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Perceção sobre a relevância do tema	Relevância do tema	Importância do tema na enfermagem de reabilitação	<p>“A enfermagem de reabilitação é uma área nobre de atuação e nesta área cirúrgica em particular” (Enfermeiro Gestor);</p> <p>“É importante, na medida em que temos no serviço de cirurgia doentes do foro urológico e aos quais não é dado qualquer apoio ou realizados ensinamentos por parte do EEER. É uma área na qual a enfermagem de reabilitação do serviço ainda não atua” (EEER 1);</p> <p>“É uma temática pouco abordada e por muitos desconhecida” (NER);</p> <p>“Este projeto tem muita relevância, é muito pertinente e, portanto, vai a uma área que para nós é uma lacuna” (EEER Belmiro);</p>
		Impacto emocional e social da condição	<p>“Ajudar a colmatar os efeitos da cirurgia. Muitos doentes por vergonha isolam-se” (EEER 1);</p> <p>“A IU mantida e significativa tem um grande impacto emocional nestes doentes, limitando-os muitas vezes de se envolverem em atividades que antes realizavam regularmente, por vergonha e medo de perder urina” (Urologista);</p> <p>“Qualquer programa que vise a educação e otimização dos cuidados prestados terá relevância clínica” (Urologista);</p>
Necessidade de um programa de reabilitação	Aspetos para a estruturação do programa	Papel da enfermagem de reabilitação	<p>“A nossa atuação iria assentar em cuidados/exercícios não só para o próprio doente como, também, envolver as companheiras/família para a aceitação da nova condição” (EEER 1);</p>

			<p>“A reabilitação pélvica foi uma área que nós já tivemos, mas com a falta de EEER foi-se perdendo... Hoje estamos a tentar ganhar novamente esta questão” (EEER Belmiro Rocha).</p>
		<p>Criação de um programa de reabilitação estruturado</p>	<p>“A sua implementação poderia começar antes da cirurgia (..) após a alta continuar a monitorização do doente, reforçar ensinamentos e avaliar os benefícios dos mesmos” (EEER 1)</p> <p>“Programa devidamente estruturado” e “acompanhamento do doente após a alta” (EEER 2);</p> <p>“Realização do ensino dos exercícios de fortalecimento pélvico previamente à cirurgia, durante o internamento e realização de follow-up posterior. (...) continuação de consulta de enfermagem de reabilitação em ambulatório após a alta” (NER);</p> <p>“Criação de um programa que avalie os doentes desde o pré-operatório até ao pós-operatório” (Urologista);</p> <p>“Avaliação prévia à cirurgia, com educação do doente em relação à cirurgia e exercícios a realizar. (...) Posterior acompanhamento no pós-operatório com monitorização da execução dos exercícios e avaliação da evolução de cada doente” (Urologista).</p>
		<p>Consulta de enfermagem específica</p>	<p>“Deve haver uma consulta de enfermagem direcionada para estes homens” (EEER 1);</p> <p>“A sua implementação poderia (..) começar antes da cirurgia com a possível criação de uma consulta de enfermagem (...) e após a alta continuar a monitorização do doente, reforçar ensinamentos e avaliar os benefícios dos mesmos (EEER 1);</p> <p>“Acompanhar esses doentes, por exemplo, em consulta de enfermagem ou até mesmo na deslocação à casa dos doentes” (EEER 2);</p>

			<p>“Consulta de enfermagem de reabilitação em ambulatório após a alta” (NER);</p> <p>“Possas vir a ter, nomeadamente, uma consulta de enfermagem de reabilitação nesta área” (EEER Belmiro Rocha);</p> <p>“Criação de um programa que avalie os doentes desde o pré-operatório até ao pós-operatório” (Urologista).</p>
		Abordagem multidisciplinar	<p>“Integração de outros profissionais de forma a dar apoio, na vertente psicológica, sem esquecer a inclusão da esposa ou de outros elementos da família” (EEER 1);</p> <p>“Há todo o interesse de integrar profissionais de diferentes áreas (por exemplo psicólogos), para uma abordagem multidisciplinar” (EEER Belmiro Rocha).</p>
		Capacitação e formação dos EEER	<p>“Apostar fortemente na divulgação e formação dos intervenientes” (Enfermeiro gestor);</p> <p>“Apostar na formação de EEER nesta área” (EEER 1).</p>
		Apoio da instituição	<p>“Perceber (..) se a instituição estava disposta a colaborar (EEER 1);</p> <p>“recetividade das chefias à implementação do programa” (EEER 1);</p> <p>“Envolvimento por parte dos gestores do serviço” (NER);</p> <p>“Os ganhos em saúde irão permitir ao gestor investir no programa e em recursos humanos” (EEER Belmiro Rocha).</p>
		Continuidade de cuidados	<p>“Necessidade de acompanhar os doentes após a alta” (EEER 1);</p> <p>“Acompanhamento do doente em consulta ou visita domiciliária” (EEER 2);</p>

			“Ampliação do programa aos cuidados de saúde primários para aumentar a sua abrangência e impacto” (NER).
	Benefícios do programa para os doentes e instituição	Melhoria da QV	<p>“Recuperação precoce do doente, melhoria da disfunção urinária e finalmente ganhos em qualidade vida” (Enfermeiro Gestor);</p> <p>“Melhorar a QV do doente, torna-lo mais independente. Ajudar a colmatar os efeitos da cirurgia e a evitar o isolamento” (EEER 1);</p> <p>“Se tiverem um programa que os acompanha poderão ter melhorias na QV e satisfação” (EEER 2);</p> <p>“Os programas de reabilitação trazem benefícios à instituição, equipas e principalmente doentes, quer seja na funcionalidade quer na QV” (NER);</p> <p>“Se conseguir melhorar a IU e conseguir que 10-20% dos doentes consigam ter uma melhoria da sua funcionalidade, da sua independência nas atividades de vida diária, uma melhor QV já estarei a fazer um excelente trabalho” (EEER Belmiro Rocha).</p>
Desafios e dificuldades para a implementação do programa de reabilitação	Desafios para a implementação	Falta de recursos humanos	<p>“A falta de recursos humanos e físicos” (EEER 1);</p> <p>“Falta de recursos humanos (EEER 2);</p> <p>“Dificuldades de EEER, por outro lado pode justificar o aumento do número de horas de EEER no serviço em causa” (NER).</p>
		Resistência institucional	<p>“Reatividade médica e de enfermagem” (Enfermeiro Gestor);</p> <p>“A instituição deve ter verbas para fazer face à falta de recursos físicos” (EEER 1);</p> <p>“As barreiras que a instituição pode colocar, devido aos custos” (EEER 2).</p>
		Adesão do doente	“A não adesão do doente é um fator dificultador” (EEER 1);

Sugestões de melhoria do programa de reabilitação	Propostas de melhoria do programa	Avaliação contínua do programa	“No pós-alta continuar a monitorizar o doente, reforçar ensinamentos e avaliar os benefícios dos mesmos” (EEER 1); “Aplicação de escalas no primeiro contacto e follow-up” (NER).
		Articulação com os cuidados de saúde primários	“Articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários para continuidade ao programa” (EEER 1); “Ampliação do programa aos cuidados de saúde primários por forma a aumentar a sua abrangência e impacto” (NER).
		Integração multidisciplinar	“Inclusão de outros profissionais de forma a dar apoio, por exemplo, na vertente psicológica” (EEER 1); “Há todo o interesse de integrar profissionais de diferentes áreas (por exemplo psicólogos). As organizações gostam que as equipas sejam multidisciplinares” (EEER Belmiro Rocha).

Fonte: Elaboração própria.

Tema 1 – Perceção sobre a relevância do tema

Resultante da análise das entrevistas surgiu a categoria relevância do tema do qual emergiram as seguintes subcategorias: importância do tema na enfermagem de reabilitação e impacto emocional e social da condição.

Relativamente à subcategoria importância do tema na enfermagem de reabilitação, os entrevistados concordam que é um tema relevante. O enfermeiro gestor considera a *enfermagem de reabilitação* “uma área nobre de atuação e nesta área cirúrgica em particular”, o EEER 1 diz-nos que “é um tema importante, na medida em que temos no serviço de cirurgia doentes do foro urológico aos quais não é dado qualquer apoio... É uma área na qual a enfermagem de reabilitação ainda não atua”, o NER diz-nos que é “uma temática pouco abordada e por muitos desconhecida”. Para o EEER Belmiro “Este projeto tem muita relevância, é muito

pertinente e, portanto, vai a uma área que para nós é uma lacuna”.

Quanto à subcategoria impacto emocional e social da condição o programa pode *“ajudar a colmatar os efeitos da cirurgia. Muitos doentes por vergonha isolam-se”* (EEER 1); *“a IU mantida e significativa tem um grande impacto emocional nestes doentes, limitando-os muitas vezes de se envolverem em atividades que antes realizavam regularmente, por vergonha e medo de perder urina”* (Urologista); *“qualquer programa que vise a educação e otimização dos cuidados prestados terá relevância clínica”* (Urologista).

Os discursos destacam a invisibilidade do tema na prática clínica, revelam uma lacuna assistencial existente e a necessidade de inclusão da enfermagem especializada nesse contexto.

A relação entre a incontinência e a saúde mental é um ponto importante, evidenciando a necessidade de apoio psicológico. Além dos benefícios para os doentes, há uma redução de custos hospitalares associada a uma menor taxa de complicações.

Tema 2 – Necessidade de um programa de reabilitação

Uma outra categoria que emergiu dos discursos dos enfermeiros foi os aspetos para a estruturação do programa. Esta categoria é composta pelas subcategorias: papel da enfermagem de reabilitação, criação de um programa de reabilitação estruturado, consulta de enfermagem específica, abordagem multidisciplinar, capacitação e formação dos EEER, apoio da instituição e continuidade de cuidados. Aqui, insere-se, também, a categoria benefícios do programa para os doentes e instituição, com a subcategoria melhoria da QV.

Na subcategoria papel da enfermagem de reabilitação os participantes percebem que *“A nossa atuação iria assentar em cuidados/exercícios não só para o próprio doente como, também, envolver as companheiras/família para a aceitação da nova condição”* (EEER 1); *“a reabilitação pélvica foi uma área que nós já tivemos, mas com a falta de EEER foi-se perdendo... Hoje estamos a tentar ganhar novamente esta questão”* (EEER Belmiro).

Na subcategoria criação de um programa de reabilitação estruturado os enfermeiros defendem que *“a sua implementação poderia começar antes da cirurgia (..) após a alta continuar a monitorização do doente, reforçar ensinamentos e avaliar os benefícios dos mesmos”* (EEER 1); a criação de um *“programa devidamente estruturado”* e *“acompanhamento do doente após a alta”* (EEER 2); *“realização do ensino dos exercícios de fortalecimento pélvico previamente à cirurgia, durante o internamento e realização de follow-up posterior. (...) continuação de consulta de enfermagem de reabilitação em ambulatório após a alta”* (NER);

criação de um programa que avalie os doentes desde o pré-operatório até ao pós-operatório” (urologista); “avaliação prévia à cirurgia com educação do doente e ensinamentos prévios dos exercícios a realizar (...) Posterior acompanhamento no pós-operatório com monitorização da execução dos exercícios e avaliação da evolução de cada doente” (Urologista).

Para a subcategoria consulta de enfermagem específica é percebido na análise do discurso dos enfermeiros que *“deve haver uma consulta de enfermagem direcionada para estes homens” (EEER 1); “a sua implementação poderia (...) começar antes da cirurgia com a possível criação de uma consulta de enfermagem (...) e após a alta continuar a monitorização do doente, reforçar ensinamentos e avaliar os benefícios dos mesmos (EEER 1); “Acompanhar esses doentes, por exemplo, em consulta de enfermagem ou até mesmo na deslocação à casa dos doentes” (EEER 2); “consulta de enfermagem de reabilitação em ambulatório após a alta” (NER); “possas vir a ter, nomeadamente, uma consulta de enfermagem de reabilitação nesta área” (EEER Belmiro); “Criação de um programa que avalie os doentes desde o pré-operatório até ao pós-operatório” (Urologista).*

Na subcategoria abordagem multidisciplinar depreende-se *“integração de outros profissionais de forma a dar apoio, na vertente psicológica, sem esquecer a inclusão da esposa ou de outros elementos da família” (EEER 1); “há todo o interesse de integrar profissionais de diferentes áreas (por exemplo psicólogos), para uma abordagem multidisciplinar” (EEER Belmiro Rocha).*

A subcategoria capacitação e formação dos EEER as exposições dos entrevistados reforçam a necessidade de se *“apostar fortemente na divulgação e formação dos intervenientes” (Enfermeiro gestor); “apostar na formação de EEER nesta área” (EEER 1).*

A subcategoria apoio da instituição remete-nos para a importância *“Perceber (...) se a instituição estava disposta a colaborar (EEER 1); “recetividade das chefias à implementação do programa” (EEER 1); “envolvimentos por parte dos gestores do serviço” (NER); “os ganhos em saúde irá permitir ao gestor investir no programa e em recursos humanos” (EEER Belmiro Rocha).*

A subcategoria melhoria da QV, remete-nos para os benefícios da implementação do programa para os doentes e instituição com *“recuperação precoce do doente, melhoria da disfunção urinária e finalmente ganhos em qualidade de vida” (Enfermeiro Gestor); “melhorar a QV do doente, torná-lo mais independente. Ajudar a colmatar os efeitos da cirurgia e a evitar o isolamento” (EEER 1); “se tiverem um programa que os acompanha poderão ter melhorias, na QV e satisfação” (EEER 2); “os programas de reabilitação trazem benefícios à instituição,*

equipas e principalmente doentes, quer seja na funcionalidade quer na QV” (NER); “se conseguir melhorar a IU e conseguir que 10-20 % dos doentes consigam ter uma melhoria da sua funcionalidade, da sua independência nas atividades de vida diária, uma melhor QV já estarei fazer um excelente trabalho” (EEER Belmiro Rocha).

Conclui-se que um programa eficaz não se pode limitar ao período de internamento, mas deve incluir o acompanhamento pós-cirúrgico, havendo necessidade de iniciar precocemente a reabilitação, para além de se criarem consultas específicas para esta população. Um programa de reabilitação eficaz deve envolver diferentes profissionais, tornando-o mais abrangente e eficiente.

A partir do discurso proferido pelos participantes, depreende-se a necessidade de capacitação profissional como um fator essencial para a qualidade dos cuidados prestados. Destaca-se a importância da gestão hospitalar no suporte financeiro e organizacional do programa e a apresentação de evidências concretas é um argumento eficaz para garantir o apoio institucional.

Tema 3 – Desafios e dificuldades para a implementação do programa de reabilitação

Na categoria desafios para a implementação, incluem-se as subcategorias falta de recursos humanos; resistência institucional e adesão do doente.

Na subcategoria falta de recursos humanos, os entrevistados dizem-nos que *“a falta de recursos humanos e físicos”* (EEER 1); *“falta de recursos humanos”* (EEER 2); *dificuldades de EEER, por outro lado pode justificar o aumento do número de horas de EEER no serviço em causa”* (NER).

Na subcategoria resistência institucional a *“reatividade médica e de enfermagem”* (Enfermeiro Gestor); *“a instituição deve ter verbas para fazer face à falta de recursos físicos”* (EEER 1); *“as barreiras que a instituição pode colocar, devido aos custos”* (EEER 2).

Na subcategoria adesão do doente, *“a não adesão do doente é um fator dificultador”* (EEER 1).

A carência de profissionais especializados é um dos principais obstáculos para a viabilização do projeto. A sobrecarga dos profissionais pode dificultar a inclusão de novas atividades, exigindo a reestruturação das equipas. A resistência financeira da administração hospitalar é um dos desafios mencionados para viabilizar o programa. A adesão dos doentes pode ser um desafio, tornando essencial o trabalho educativo dos profissionais de saúde.

Tema 4 – Sugestões de melhoria do programa de reabilitação

Por último, na categoria propostas de melhoria, surgiram as subcategorias: avaliação contínua do programa; articulação com os cuidados de saúde primários e integração multidisciplinar.

Para a avaliação contínua do programa os entrevistados referem “*no pós alta continuar a monitorizar o doente, reforçar ensinamentos e avaliar os benefícios dos mesmos*” (EEER 1); “*aplicação de escalas no primeiro contacto e follow-up*” (NER).

Na subcategoria articulação com os cuidados de saúde primários percebe-se a necessidade de “*articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários para continuidade ao programa*” (EEER 1); “*ampliação do programa aos cuidados de saúde primários por forma a aumentar a sua abrangência e impacto*” (NER).

Por último, na subcategoria integração multidisciplinar os discursos dizem-nos que “*inclusão de outros profissionais de forma a dar apoio, por exemplo, na vertente psicológica*” (EEER 1); “*há todo o interesse de integrar profissionais de diferentes áreas (por exemplo psicólogos). As organizações gostam que as equipas sejam multidisciplinares*” (EEER Belmiro Rocha).

O acompanhamento por meio de indicadores pode comprovar a eficácia do programa e garantir a sua continuidade. A divulgação de casos de sucesso pode contribuir para a sensibilização dos gestores e dos profissionais de saúde e a articulação entre os cuidados de saúde primários é uma estratégia sugerida para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Reflexão

Em suma, houve consenso sobre a importância da reabilitação pélvica nos doentes submetidos a prostatectomia radical. Destacando o seu impacto emocional e social, e a lacuna existente na prática atual, onde os cuidados especializados de enfermagem ainda são insuficientes.

Um programa de reabilitação devidamente estruturado irá contribuir para a recuperação precoce e para a QV dos homens. Os entrevistados reconhecem que um programa de reabilitação com início no pré-operatório que se estenda até ao período pós-operatório,

envolvendo não só os doentes, mas também os seus familiares, pode trazer ganhos significativos, nomeadamente: recuperação da disfunção urinária, melhoria da QV e maior satisfação dos doentes.

De seguida, apresenta-se a análise do conteúdo das entrevistas realizadas aos doentes com cancro da próstata, antes e após a cirurgia. Os discursos foram analisados, como anteriormente, segundo o método de Bardin (2016). O objetivo principal foi compreender as expectativas, experiências e dificuldades vivenciadas pelos doentes, bem como avaliar a importância da reabilitação pós-operatória. A codificação dos dados permitiu a identificação de temas e categorias, agrupando respostas semelhantes para facilitar a análise (Tabela 2).

Os temas que emergiram foram:

- 1 – Conhecimento sobre a cirurgia e complicações;
- 2 – Reabilitação pós-operatória;
- 3 – Impacto da IU;
- 4 – Impacto na vida social e familiar;
- 5 – Necessidade de mais informação e apoio.

Com base nos testemunhos recolhidos nas entrevistas aos doentes, a análise dos discursos foi estruturada de acordo com as categorias identificadas: expectativas e conhecimento sobre a cirurgia; conhecimento sobre a reabilitação urinária; adesão e perceção da reabilitação; impacto na QV; efeitos na vida social e relação conjugal e intimidade.

Tabela 2 – Análise de dados das entrevistas aos doentes

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Conhecimento sobre a cirurgia e complicações	Expectativas e conhecimento sobre a cirurgia	Informações sobre a cirurgia	“Foi-me explicada a cirurgia e as complicações. Sei que posso ficar incontinente e com impotência sexual” (Doente 1); “O médico explicou-me tudo. Foi-me dada a informação a nível sexual e em termos urinários” (Doente 3).

Reabilitação pós-operatória	Conhecimento sobre a reabilitação urinária	Indicação para reabilitação	“Não fui encaminhado. Tenho um sobrinho fisioterapeuta e falei com ele” (Doente 2); “Fui encaminhado pelo médico para terapia pélvica numa clínica, que ainda frequento de 15/15 dias” (Doente 3).
		Conhecimento sobre exercícios de reabilitação	“Não conheço o que se pode fazer, nem como posso ser orientado nesse sentido” (Doente 1); “Inicialmente fazia exercícios de contração do ânus após a ejeção, agora só faço na fisioterapia” (Doente 3).
	Adesão e percepção da reabilitação	Disposição para aderir a um programa de reabilitação	“Se fosse aconselhado a fazer exercícios, estaria disposto a aderir e a realizar os exercícios. Tudo o que possa fazer para recuperar aceito” (Doente 1); “Aderi de imediato assim que fui encaminhado pelo médico” (Doente 3).
		Benefícios percebidos com a reabilitação	“Houve melhoras com a reabilitação, da parte da incontinência, sim” (Doente 2); “Sim, mas poucas” (Doente 3).
Impacto da IU	Impacto na QV	Estratégias adotadas para lidar com a IU	“Ingiro mais líquidos durante a noite, porque durante o dia estou fora” (Doente 3); “Durante o dia, quando estou na rua, evito beber muito para não ter acidentes” (Doente 3).
		Dificuldades iniciais/evolução ao longo do tempo	“Usava penso, após a cirurgia, usei durante cerca de 2 semanas” (Doente 2); “Cheguei a usar 3 fraldas de cada vez, depois passei para 2 e agora uso um penso diário” (Doente 3).
		Impacto no dia-a-dia	“Tinha medo de urinar nas cuecas e estar fora de casa” (Doente 2).

Impacto da IU na vida social e familiar	Relação conjugal e intimidade	Alterações na intimidade	“Tenho apoio incondicional da minha esposa e falamos sobre tudo” (Doente 1); “A minha mulher foi de uma grande ajuda e apoio, muitas vezes ela é que puxava o assunto e apesar das alterações da cirurgia arranjamos estratégias para a vida íntima” (Doente 2); “Na vida conjugal, a não aceitação da minha condição física leva-me a comer mais” (Doente 3).
Necessidade de mais informação e apoio	Necessidade de apoio psicológico e mais orientação	Falta de apoio psicológico	“Gostava de ter um acompanhamento psicológico para me ajudar a lidar com isto” (Doente 2); “Não gosto de falar sobre o meu problema” (Doente 3).
		Mais orientação sobre a IU e reabilitação	“Gostaria de ter recebido mais orientação sobre exercícios ou outras terapias que pudessem ajudar” (Doente 2); “Se me tivessem dito antes que a reabilitação ajudava, teria começado mais cedo” (Doente 2).

Fonte: Elaboração própria.

Tema 1 – Conhecimento sobre a cirurgia e complicações

Da categoria expectativas e conhecimento sobre a cirurgia emergiu dos discursos a seguinte subcategoria: informação sobre a cirurgia.

Na subcategoria informação sobre a cirurgia, os doentes expõem que *“foi-me explicada a cirurgia e as complicações. Sei que posso ficar incontinente e com impotência sexual”* (Doente 1); *“O médico explicou-me tudo. Foi-me dada a informação a nível sexual e em termos urinários”* (Doente 3).

Os doentes tiveram perceção das possíveis complicações pós-cirúrgica, como a IU e a disfunção erétil. No entanto, percebe-se que não estavam plenamente cientes do impacto dessas complicações na QV.

Tema 2 – Reabilitação pós-operatória

Na categoria conhecimento sobre a reabilitação urinária, surgiram as subcategorias: indicação para reabilitação e conhecimento sobre os exercícios de reabilitação.

Quanto à indicação para reabilitação, um doente menciona que *“não fui encaminhado. Tenho um sobrinho fisioterapeuta e falei com ele”* (Doente 2); outro *“fui encaminhado pelo médico para terapia pélvica numa clínica, que ainda frequento de 15/15 dias”* (doente 3).

Quanto ao conhecimento sobre exercícios de reabilitação os entrevistados referem que *“não conheço o que se pode fazer, nem como posso ser orientado nesse sentido”* (Doente 1); *“inicialmente fazia exercícios de contração do ânus após a dejeção, agora só faço na fisioterapia”* (Doente 3).

Na categoria adesão e percepção da reabilitação, surgiram as subcategorias: disposição para aderir a um programa de reabilitação e benefícios percebidos com a reabilitação.

Na subcategoria disposição para aderir a um programa de reabilitação, o Doente 1 refere que *“Se fosse aconselhado a fazer exercícios, estaria disposto a aderir e a realizar os exercícios. Tudo o que possa fazer para recuperar aceito”*, o Doente 3 menciona que *“Aderi de imediato assim que fui encaminhado pelo médico”*.

Quanto à subcategoria benefícios percebidos com a reabilitação, os entrevistados verbalizam que *“houve melhoras com a reabilitação, da parte da incontinência, sim”* (Doente 2); *“sim, mas poucas”* (Doente 3).

A falta de informação e conhecimento prévio sobre a reabilitação é um fator crítico. A ausência de orientações pré-operatórias pode comprometer a adesão aos tratamentos e ter um impacto negativo na recuperação. A adesão à reabilitação pélvica foi positiva quando os doentes receberam orientação adequada, o que reforça a importância de um acompanhamento multidisciplinar, com a introdução precoce de programas de reabilitação, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório imediato.

Tema 3 – Impacto da IU

Na categoria impacto na qualidade vida, surgiram as subcategorias: estratégias adotadas para lidar com a IU; dificuldades iniciais/evolução ao longo do tempo e impacto no dia-a-dia.

Na subcategoria estratégias adotadas para lidar com a IU os doentes expõem que *“ingiro*

mais líquidos durante a noite, porque durante o dia estou fora” (Doente 3); *“durante o dia, evito beber líquidos para não ter acidentes”* (Doente 3).

Na subcategoria dificuldades iniciais/evolução ao longo do tempo, os entrevistados dizem que *“usei penso após a cirurgia, durante cerca de 2 semanas”* (Doente 2); *“cheguei a usar 3 fraldas de cada vez, depois passei para 2 e agora uso penso diário”* (Doente 3).

Na subcategoria impacto no dia-a-dia um doente verbaliza que *“Tinha medo de urinar nas cuecas e estar fora de casa”* (Doente 2).

O uso de pensos e fraldas demonstra a necessidade de estratégias para minimizar o impacto desta condição na vida diária. A IU teve um impacto significativo na vida dos doentes, com relatos de medo, vergonha e insegurança.

Tema 4 – Impacto na vida social e familiar

Na categoria relação conjugal e intimidade, foi criada a subcategoria alterações na intimidade, os entrevistados relatam que *“tenho apoio incondicional da minha esposa e falamos sobre tudo”* (Doente 1); *“a minha mulher foi de uma grande ajuda e apoio, muitas vezes ela é que puxava o assunto e apesar das alterações da cirurgia arranjamos estratégias para a vida íntima”* (Doente 2); *“na vida conjugal, a não aceitação da minha condição física leva-me a comer mais”* (Doente 3).

A relação conjugal tem um papel crucial no suporte emocional dos doentes. O impacto psicológico da IU é evidente, levando a dificuldades na aceitação da nova condição e a alterações emocionais, como a compulsão alimentar. O apoio familiar, especialmente do cônjuge, é um fator essencial para o doente lidar com as mudanças. A aceitação da parceira e a adaptação da intimidade demonstram capacidade de enfrentar a sua nova condição.

Tema 5 – Necessidade de mais informação e apoio

Por último, a categoria necessidade de apoio psicológico e mais orientação, surgiram as subcategorias: falta de apoio psicológico e mais orientação sobre a IU e reabilitação.

na subcategoria falta de apoio psicológico os doentes entrevistados referem que *“gostava de ter um acompanhamento psicológico para me ajudar a lidar com isto”* (Doente 2); *“não gosto de falar sobre o meu problema”* (Doente 3).

Quanto à necessidade de mais orientação sobre a IU e reabilitação o Doente 2 *“Gostaria de ter recebido mais orientação sobre exercícios ou outras terapias que pudessem ajudar”* e *“Se me tivessem dito antes que a reabilitação ajudava, teria começado mais cedo”* (Doente 2).

Percebe-se destes discursos que os doentes não receberam orientações suficientes sobre a IU e a reabilitação. Um doente entrevistado procurou ajuda por conta própria, enquanto outro demonstrou frustração por não ter sido informado previamente sobre as opções terapêuticas existentes.

Reflexão

A análise dos discursos dos doentes evidencia a importância de um programa estruturado de reabilitação para a IU pós-prostatectomia radical. Os depoimentos demonstram que há falta de informação no pré-operatório, o que compromete a preparação dos doentes para a recuperação. A maioria dos doentes só tem contacto com a reabilitação, quando já estão a enfrentar os problemas. O impacto emocional e social da incontinência é significativo, podendo conduzir ao isolamento e afetar a autoestima. O apoio familiar e a adesão ao tratamento são fatores essenciais para a melhoria da QV.

Conclusão

A análise das entrevistas permitiu identificar os principais desafios e oportunidades para a criação e implementação de um programa de reabilitação urinária pós-prostatectomia radical e reforçar a necessidade e a viabilidade do mesmo. Sugere-se a implementação de consultas pré-operatórias para habilitar os doentes para a reabilitação da continência urinária, reconhecendo que um acompanhamento multidisciplinar poderá otimizar a recuperação e melhorar a QV.

Os principais desafios identificados centram-se na falta de recursos humanos e financeiros, apesar do forte reconhecimento dos benefícios para os doentes, profissionais e instituição. O programa deve ser fundamentado em evidência científica, estruturado com objetivos claros e articulado com os cuidados de saúde primários, garantindo acompanhamento contínuo e eficaz.

As informações extraídas das respostas dos doentes dão conta das suas experiências e percepções e revelam o impacto da IU na vida diária. O impacto psicológico, associado a

dificuldades na aceitação da condição, reforça a necessidade de apoio psicológico, a par da reabilitação física. O envolvimento familiar emerge como um pilar relevante para a adesão ao tratamento e suporte emocional.

Evidencia-se assim uma clara lacuna na educação dos doentes sobre as opções de reabilitação. A falta de informação sobre como lidar com a IU e sobre a importância da reabilitação pré e pós-operatória constitui um ponto crítico que precisa ser abordado nos cuidados de enfermagem.

Em síntese, a leitura conjunta dos testemunhos evidencia convergência entre doentes e profissionais em torno de quatro ideias-força: a IU pós-prostatectomia tem repercussões multidimensionais (funcionais, emocionais, sociais e relacionais); existe vontade e disponibilidade para reabilitação, desde que acompanhada por ensino claro, orientação técnica e seguimento próximo; a Enfermagem de Reabilitação é reconhecida como eixo estruturante do acompanhamento, devendo articular-se com outras disciplinas e com a família; e a eficácia do acompanhamento depende de condições organizacionais (recursos, formação, processos) e de uma monitorização sistemática dos resultados.

O trabalho de campo foi apresentado no dia 14/02/2025, em sede de seminário, com o apoio de uma apresentação PowerPoint que destacou os principais resultados (Apêndice VII).

Durante a realização deste trabalho, foi também elaborado um póster científico, apresentado no II Congresso Internacional: “A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar”, contribuindo para o enriquecimento da discussão académica sobre o tema (Apêndice VIII).

4.2 – Definição de objetivos

A definição dos objetivos constitui a segunda etapa da metodologia de projeto. Os objetivos configuram representações antecipatórias da ação que se pretende realizar, orientando o resultado desejado (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Os objetivos podem ser gerais ou específicos. Segundo Mão-de-Ferro (1999) evocado por Ruivo, Ferrito, & Nunes (2010), os objetivos gerais descrevem os resultados esperados e reportam a competências amplas e complexas. Os objetivos específicos funcionam como indicadores dos conhecimentos e aptidões a alcançar ao longo do processo formativo (Ruivo,

Ferrito, & Nunes, 2010).

Assim, tendo em conta o exposto, este trabalho de projeto tem como objetivo geral desenvolver um programa de Enfermagem de Reabilitação dirigido à pessoa com IU pós-prostatectomia radical.

Para a operacionalização deste objetivo, consideraram-se os seguintes objetivos específicos:

- Mapear a evidência científica sobre programas de reabilitação dirigidos à pessoa com IU pós-prostatectomia radical, através de uma *scoping review*;
- Desenvolver uma proposta de programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com IU pós-prostatectomia radical.

Como finalidade, ambiciona-se alcançar uma intervenção especializada que contribua para a melhoria da qualidade dos cuidados e promova ganhos em saúde.

4.3 – Planeamento

A terceira fase da metodologia de projeto corresponde ao planeamento. Nesta etapa é elaborado um plano detalhado com a planificação das atividades a desenvolver, os recursos necessários e as limitações/condicionantes do projeto (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Para a consecução deste trabalho de projeto, foram delineadas e realizadas as atividades e estratégias que dão sentido ao objetivo geral e respondem ao problema identificado. Assim, as principais atividades são:

- Mapeamento da evidência existente, através da realização de uma *scoping review*;
- Elaboração da proposta do programa de Enfermagem de Reabilitação dirigido à pessoa com IU pós-prostatectomia radical.

A *scoping review* reforça a base científica do projeto e garante que o programa proposto seja rigoroso, exequível e alinhado com as necessidades reais dos doentes. Para além de tornar mais robusta a argumentação e a relevância clínica, o mapeamento confere transparência às decisões e sustenta o desenvolvimento de um programa coerente e aplicável à prática. Para assegurar transparência e reprodutibilidade, foi elaborado um protocolo de *scoping review* que serviu de guia normativo para a condução integral da revisão e apresentado em formato poster no 6º Congresso Nacional/4º Congresso Internacional da ACEPS: Novos desafios no cuidar

com humanidade (Apêndice IX).

Concluída a *scoping review*, iniciou-se a fase de desenvolvimento do Programa de Enfermagem de Reabilitação dirigido à pessoa com IU pós-prostatectomia radical, fundamentado no diagnóstico da situação e nos resultados da *scoping review*.

4.4 – Execução e avaliação

A execução, articulada com a divulgação, corresponde à quarta etapa da metodologia de projeto e traduz o que foi planeado em ação (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A avaliação é contínua e deve ser efetuada ao longo de todo o projeto, permitindo uma retroação com o intuito de facilitar a redefinição da análise de situação, a reelaboração de objetivos, ação e seleção dos meios, assim como, a análise dos resultados (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Neste trabalho de projeto, a execução não inclui a implementação clínica do programa, mas sim a conclusão das etapas preparatórias e a produção dos entregáveis documentais que viabilizam a sua futura aplicação, a saber:

- Relatório da *scoping review*, conduzida segundo as recomendações do JBI, sobre programas de reabilitação na pessoa com IU pós-prostatectomia radical, produzindo um relatório que mapeia a evidência, clarificando componentes das intervenções e identificando lacunas;
- Proposta do Programa de Enfermagem de Reabilitação, estruturada em sessões, materiais de apoio, fluxos assistenciais e plano de monitorização.

Estes entregáveis sustentam os capítulos seguintes: o Capítulo 5, onde se apresenta a *scoping review*, e o Capítulo 6, no qual se descreve a proposta do Programa de Enfermagem de Reabilitação.

Conclui-se que os objetivos definidos foram alcançados.

A avaliação da efetividade clínica do programa não integra este trabalho, ficando prevista para fase futura de implementação.

4.5 – Divulgação de resultados

A última etapa da metodologia de projeto consiste na divulgação do trabalho realizado e dos resultados obtidos, podendo assumir diversas formas: relatório, artigo científico, comunicação, seminário aberto ou relatório resumido. A divulgação assegura o conhecimento externo do projeto e possibilita a discussão das estratégias adotadas na resolução do problema. “As características do relatório e do material utilizado para divulgar os resultados devem ser adaptados às características dos seus destinatários” (Ruivo Ferrito, & Nunes, 2010, p.31). A disseminação dos resultados após a implementação de um projeto é, assim, uma fase crucial para dar a conhecer à população em geral e às entidades envolvidas a pertinência do projeto e o caminho percorrido (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Neste presente trabalho, não houve implementação clínica do programa, uma vez que o objetivo consistiu em desenvolver um Programa de Enfermagem de Reabilitação para a pessoa com IU pós-prostatectomia radical. Assim, a divulgação dos resultados incide sobre o cumprimento dos objetivos definidos e materializa-se na defesa pública e no relatório escrito, bem como no depósito do documento no repositório da institucional da Escola.

5 – Programas de reabilitação para homens com incontinência urinária pós-prostatectomia radical: *scoping review*

O presente estudo segue a metodologia de *scoping review*, de acordo com as diretrizes do JBI (Peters et al., 2020). Segundo Peters et al. (2020), esta metodologia tem como objetivo mapear os principais conceitos, clarificar áreas de investigação e identificar lacunas existentes no conhecimento, oferecendo uma visão geral abrangente da evidência disponível. A revisão compreendeu 5 etapas: definição da questão de investigação; identificação e seleção dos estudos; extração dos dados; e apresentação e discussão dos resultados.

5.1 – Objetivo e finalidades do estudo

A *scoping review* tem como objetivo mapear a evidência científica existente sobre programas de reabilitação dirigidos à recuperação da continência urinária em homens submetidos a prostatectomia radical, identificando os tipos de intervenções implementadas e as principais estratégias utilizadas.

Foi efetuado o registo do estudo na *Open Science Framework*, intitulado “Programas de reabilitação para homens com incontinência urinária pós-prostatectomia radical: *scoping review*”, disponível em DOI 10.17605/OSF.IO/KNHSJ (<https://osf.io/knhsj/>).

5.2 – Questão de investigação

Na elaboração de um estudo científico, particularmente no caso de uma *scoping review*, é fundamental começar com uma pergunta de investigação clara e bem estruturada. Esta constitui o ponto de partida que orienta todo o processo de pesquisa e, por isso, deve ser

formulada com base nos critérios de elegibilidade estabelecidos pela metodologia do JBI, que considera três elementos essenciais: população, conceito e contexto, reunidos na mnemónica PCC (Apóstolo, 2017). Assim, a definição de uma pergunta de investigação apropriada é determinante para assegurar o rigor e a eficácia da pesquisa científica.

A população (P) considerada neste estudo será constituída por homens com IU pós-prostatectomia radical. O conceito (C) em análise refere-se aos programas de reabilitação dirigidos à recuperação da continência urinária, independentemente do tipo de intervenção utilizada. O contexto (C) da investigação será os diferentes cenários de prestação de cuidados de saúde. Assim, partindo da mnemónica PCC, esta revisão tem como questão principal: “Quais são os programas de reabilitação existentes para homens com IU pós-prostatectomia radical?” (Tabela 3).

Tabela 3 – Estrutura da pergunta de pesquisa segundo a mnemónica PCC

População	Conceito	Contexto
Homens com IU pós-prostatectomia radical	Programas de reabilitação dirigidos à recuperação da continência urinária pós-prostatectomia radical	Diferentes cenários de prestação de cuidados de saúde
Pergunta de pesquisa segundo a mnemónica PCC		
“Quais são os programas de reabilitação que existem para homens com IU pós-prostatectomia radical?”		

Fonte: Elaboração própria.

Para responder à questão de investigação, foram definidos os critérios de inclusão e de exclusão, conforme apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos com homens com IU pós-prostatectomia radical (incluindo abordagens robótica, laparoscópica ou aberta) • Programas de reabilitação direcionados para a recuperação da continência urinária, independentemente do tipo de intervenção aplicada • Intervenções com diferentes abordagens terapêuticas, incluindo: exercícios, tecnologias, técnicas complementares, estratégias educativas ou programas estruturados 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos com homens submetidos a outras cirurgias urológicas que não a prostatectomia radical • Homens com IU prévia à cirurgia • Intervenções exclusivamente cirúrgicas ou farmacológicas para o tratamento da IU
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos com desenho qualitativo, quantitativo ou misto, incluindo ensaios clínicos (randomizados e não randomizados), estudos observacionais, experimentais ou quase-experimentais e relatos de caso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisões sistemáticas, integrativas, narrativas ou <i>scoping reviews</i> • Ensaios clínicos sem descrição da execução prática • Publicações de protocolos, sem dados de implementação • Estudos teóricos ou de construção de programas, sem validação prática • Protocolos em desenvolvimento, sem aplicação da intervenção • Ensaios clínicos em curso, sem dados publicados • Estudos que não descrevem uma intervenção estruturada com detalhes suficientes • Estudos que se focam apenas em aspectos diagnósticos ou epidemiológicos, sem proposta de reabilitação ou intervenção terapêutica • Cartas ao editor, comentários, opiniões, resumos de conferências ou relatos não científicos
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos publicados em inglês, português ou espanhol 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos publicados em línguas que não inglês, português ou espanhol
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos publicados entre 2020 e 2025 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos publicados antes de 2020
<ul style="list-style-type: none"> • Estudos com acesso ao texto completo 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos que não disponibilizam o texto completo

Fonte: Elaboração própria.

5.3 – Estratégia de pesquisa

O processo de pesquisa decorreu em abril de 2025 e foi desenvolvido em três fases distintas. Na primeira fase, realizou-se uma pesquisa exploratória nas bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) (via EBSCO) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Complete* (via EBSCO), com o objetivo de identificar as palavras-chave mais utilizadas nos títulos e resumos, bem como os termos de indexação aplicados nos artigos. Na segunda fase, procedeu-se à combinação dos termos identificados (linguagem natural) com os descritores controlados *Medical Subject Headings* (MeSH), de modo a construir uma estratégia de pesquisa mais abrangente e adaptada às especificidades de cada base de dados ou repositório consultado. Por fim, na terceira fase, efetuou-se uma análise das listas de referências dos estudos incluídos, com o intuito de identificar publicações adicionais potencialmente relevantes para a presente revisão.

Foram pesquisadas diversas bases de dados eletrônicas, incluindo PubMed, MEDLINE (via EBSCO), CINAHL, B-on, *Nursing & Allied Health Collection* (via EBSCO), *Cochrane* (incluindo *Central Register of Controlled Trials*, *Academic Search Complete* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*), *MedicLatina* (via EBSCO), *Web of Science* e *PEDro*, totalizando a identificação de 1.335 estudos. Adicionalmente, fontes de literatura cinzenta, como o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), foram consultadas para capturar publicações não indexadas em bases tradicionais, embora o número de registros dessas fontes tenha sido mínimo (5 registros). Os termos de busca foram baseados em descritores controlados (exemplo: MeSH para PubMed) e palavras-chave livres. A estratégia de busca desenvolvida e utilizada foi: ("*urinary incontinence*") AND ("*prostatectomy*") AND ("*rehabilitation*" OR "*habilitation*" OR "*physical and rehabilitation medicine*" OR "*physiatrics*" OR "*physiatry*" OR "*physical medicine and rehabilitation*" OR "*rehabilitation nursing*" OR "*nursing rehabilitation*" OR "*nursing rehabilitation program*" OR "*recovery of function*" OR "*rehabilitation*" OR "*preoperative exercise*" OR "*pre operative exercise*" OR "*pre operative exercise intervention*" OR "*pre operative exercise programme*" OR "*pre operative exercise training*" OR "*pre operative exercises*" OR "*pre operative rehabilitation*" OR "*preoperative rehabilitation*" OR "*preoperative rehabilitation program*" OR "*preoperative rehabilitation programme*" OR "*preoperative rehabilitation programs*" OR "*preoperative rehabilitation training*" OR "*prehabilitation*" OR "*physical therapy modalities*" OR

"physicaltherapy" OR "physiotherapy" OR "physical therapy techniques". As estratégias completas de busca para cada base de dados estão disponíveis na Tabela 5.

Tabela 5 – Estratégia de pesquisa nas bases de dados

Base de dados	Data de pesquisa	Resultados	Estratégia de pesquisa
PubMed	03/04/2025	215	<p><i>((<i>"urinary incontinence"</i>[MeSH Terms] OR <i>"urinary incontinence"</i>[Title/Abstract]) AND (<i>"prostatectomy"</i>[MeSH Terms] OR <i>"prostatectomy"</i>[Title/Abstract])) AND (<i>"rehabilitation"</i>[MeSH Terms] OR <i>"rehabilitation"</i>[Title/Abstract] OR <i>"habilitation"</i>[Title/Abstract] OR <i>"physical and rehabilitation medicine"</i>[MeSH Terms] OR <i>"physical and rehabilitation medicine"</i>[Title/Abstract] OR <i>"physiatrics"</i>[Title/Abstract] OR <i>"physiatry"</i>[Title/Abstract] OR <i>"physical medicine and rehabilitation"</i>[Title/Abstract] OR <i>"rehabilitation nursing"</i>[MeSH Terms] OR <i>"rehabilitation nursing"</i>[Title/Abstract] OR <i>"nursing rehabilitation"</i>[Title/Abstract] OR <i>"nursing rehabilitation program"</i>[Title/Abstract] OR <i>"recovery of function"</i>[MeSH Terms] OR <i>"recovery of function"</i>[Title/Abstract] OR <i>"rehabilitation"</i>[MeSH Subheading] OR <i>"preoperative exercise"</i>[MeSH Terms] OR <i>"preoperative exercise"</i>[Title/Abstract] OR <i>"pre operative exercise"</i>[Title/Abstract] OR <i>"pre operative exercise intervention"</i>[Title/Abstract] OR <i>"pre operative exercise programme"</i>[Title/Abstract] OR <i>"pre operative exercise training"</i>[Title/Abstract] OR <i>"pre operative exercises"</i>[Title/Abstract] OR <i>"pre operative rehabilitation"</i>[Title/Abstract] OR <i>"preoperative rehabilitation"</i>[Title/Abstract] OR <i>"preoperative rehabilitation program"</i>[Title/Abstract] OR <i>"preoperative rehabilitation programme"</i>[Title/Abstract] OR <i>"preoperative rehabilitation programs"</i>[Title/Abstract] OR <i>"preoperative rehabilitation training"</i>[Title/Abstract] OR <i>"prehabilitation"</i>[Title/Abstract] OR <i>"physical therapy modalities"</i>[MeSH Terms] OR <i>"physical therapy modalities"</i>[Title/Abstract] OR</i></p>

			"physicaltherapy"[Title/Abstract] OR "physiotherapy"[Title/Abstract] OR "physical therapy techniques"[Title/Abstract])) AND (2020/1/1:2025/12/31[pdat])
MEDLINE	03/04/2025	169	("urinary incontinence") AND ("prostatectomy") AND ("rehabilitation" OR "habilitation" OR "physical and rehabilitation medicine" OR "physiatrics" OR "physiatry" OR
CINHAL	03/04/2025	25	"physical medicine and rehabilitation" OR "rehabilitation nursing" OR "nursing rehabilitation" OR "nursing rehabilitation program" OR "recovery of function" OR "rehabilitation" OR
B-on	03/04/2025	792	"preoperative exercise" OR "pre operative exercise" OR "pre operative exercise intervention" OR "pre operative exercise programme" OR "pre operative exercise training" OR "pre operative exercises" OR "pre operative rehabilitation" OR "preoperative rehabilitation" OR "preoperative rehabilitation program" OR "preoperative rehabilitation programme" OR
Web of science	10/04	88	"preoperative rehabilitation programs" OR "preoperative rehabilitation training" OR "prehabilitation" OR "physical therapy modalities" OR "physicaltherapy" OR "physiotherapy" OR "physical therapy techniques") Filtros ativos - Data de publicação: últimos 5 anos (01-01-2020 a 31-12-2025)
Nursing & Allied Health Collection	10/04/2025	3	(SU "urinary incontinence" OR TI "urinary incontinence" OR AB "urinary incontinence") AND (SU "prostatectomy" OR TI "prostatectomy" OR AB "prostatectomy") AND (SU ("rehabilitation" OR "habilitation" OR "physical and rehabilitation medicine" OR "physiatrics" OR "physiatry" OR "physical medicine and rehabilitation" OR "rehabilitation nursing" OR "nursing rehabilitation" OR "nursing rehabilitation program" OR "recovery of
Cochrane Central Register of Controlled Trials, Academic	10/04/2025	32	function" OR "rehabilitation" OR "preoperative exercise" OR "pre operative exercise" OR "pre operative exercise intervention" OR "pre operative exercise programme" OR "pre operative exercise training" OR "pre operative exercises" OR "pre operative

<p><i>Search Complete e Cochrane Database of Systematic Reviews</i></p>			<p><i>rehabilitation" OR "preoperative rehabilitation" OR "preoperative rehabilitation program" OR "preoperative rehabilitation programme" OR "preoperative rehabilitation programs" OR "preoperative rehabilitation training" OR "prehabilitation" OR "physical therapy modalities" OR "physicaltherapy" OR "physiotherapy" OR "physical therapy techniques") OR TI ("rehabilitation" OR "habilitation" OR "physical and rehabilitation medicine" OR</i></p>
<p>MedicLatina</p>	<p>09/04</p>	<p>0</p>	<p><i>"physiatrics" OR "physiatry" OR "physical medicine and rehabilitation" OR "rehabilitation nursing" OR "nursing rehabilitation" OR "nursing rehabilitation program" OR "recovery of function" OR "rehabilitation" OR "preoperative exercise" OR "pre operative exercise" OR "pre operative exercise intervention" OR "pre operative exercise programme" OR "pre operative exercise training" OR "pre operative exercises" OR "pre operative rehabilitation" OR "preoperative rehabilitation" OR "preoperative rehabilitation program" OR "preoperative rehabilitation programme" OR "preoperative rehabilitation programs" OR "preoperative rehabilitation training" OR "prehabilitation" OR "physical therapy modalities" OR "physicaltherapy" OR "physiotherapy" OR "physical therapy techniques") OR AB ("rehabilitation" OR "habilitation" OR "physical and rehabilitation medicine" OR "physiatrics" OR "physiatry" OR "physical medicine and rehabilitation" OR "rehabilitation nursing" OR "nursing rehabilitation" OR "nursing rehabilitation program" OR "recovery of function" OR "rehabilitation" OR "preoperative exercise" OR "pre operative exercise" OR "pre operative exercise intervention" OR "pre operative exercise programme" OR "pre operative exercise training" OR "pre operative exercises" OR "pre operative rehabilitation" OR "preoperative rehabilitation" OR "preoperative rehabilitation program"</i></p>

			<p><i>OR "preoperative rehabilitation programme" OR "preoperative rehabilitation programs"</i></p> <p><i>OR "preoperative rehabilitation training" OR "prehabilitation"</i></p> <p><i>OR "physical therapy modalities" OR "physicaltherapy" OR "physiotherapy" OR "physical therapy techniques"))</i></p> <p>Filtros ativos - Data de publicação: últimos 5 anos (01-01-2020 a 31-12-2025)</p>
PEDro	10/04/2025	6	<p><i>Abstract & Title: prostatectomy rehabilitation</i></p> <p><i>Published Since: 2020</i></p>
RCAAP	10/04/2025	5	<p>Descrição: Prostatectom*</p> <p>Descrição: Reabilita*</p>

Fonte: Elaboração própria.

5.4 – Seleção dos estudos

Da pesquisa efetuada nas diversas bases de dados, identificaram-se 1.335 estudos. O processo de seleção dos estudos está detalhado no diagrama representado na Figura 1, elaborado segundo as orientações do PRISMA-ScR (Page et al., 2021).

Os estudos identificados foram exportados para o *Software Rayyan*, procedendo-se à remoção automática de estudos duplicados. Seguidamente, realizou-se a triagem de 314 registros por leitura de títulos e resumos, conduzida por dois revisores independentes, com o objetivo de verificar a elegibilidade dos estudos de acordo com os critérios predefinidos. Em caso de dúvida ou incerteza, o artigo foi recuperado na íntegra para análise detalhada. Os documentos que cumpriram os critérios de inclusão avançaram para a fase de leitura e avaliação do texto completo. Este processo rigoroso, envolvendo triagem independente e resolução de discrepâncias por consenso entre os revisores, assegurou uma seleção criteriosa dos estudos incluídos.

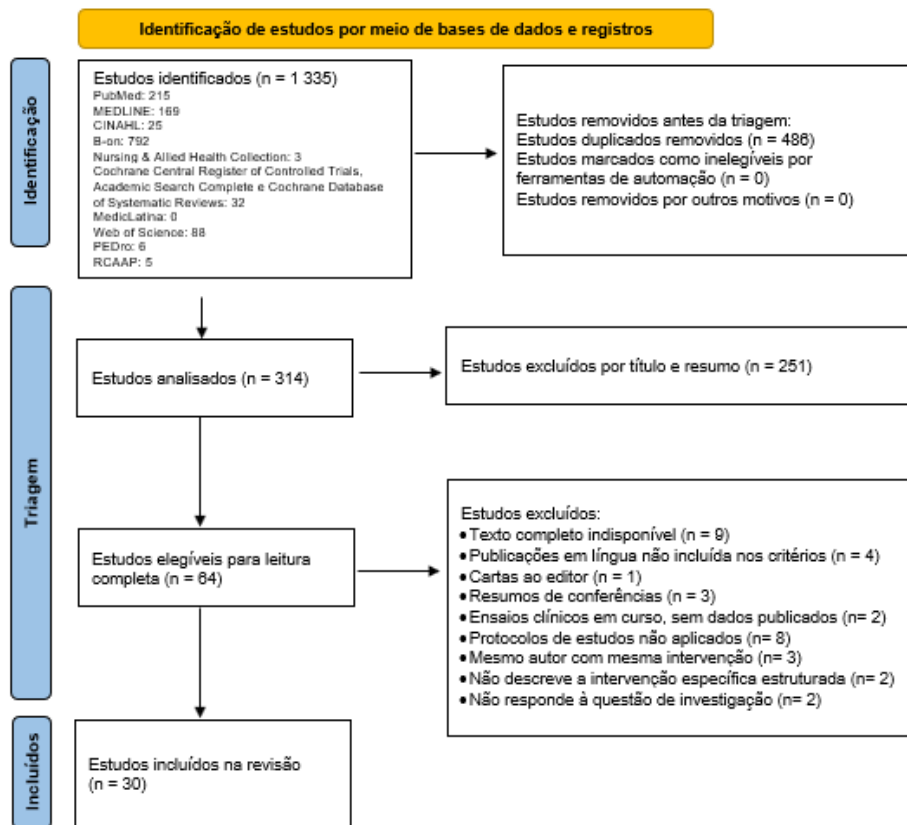


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos, segundo diagrama PRISMA-ScR.

Fonte: Adaptado do diagrama de fluxo PRISMA.

5.5 – Extração de dados

Com o intuito de sistematizar os dados provenientes dos 30 estudos incluídos, foi elaborada uma tabela previamente delineada em consonância com o objetivo e a questão de investigação da presente revisão. Os dados recolhidos foram organizados nas seguintes categorias: informações gerais sobre os estudos (título, autores e ano de publicação), desenho metodológico, descrição das intervenções, principais resultados e conclusões. A tabela com os dados extraídos de cada estudo encontra-se apresentada no Apêndice X, ordenada por ano de publicação, de forma a facilitar a análise temporal das evidências e a comparação entre os programas identificados.

5.6 – Resultados

A presente *scoping review* identificou e mapeou 30 estudos que descrevem programas para o tratamento da IU pós-prostatectomia radical, publicados entre 2020 e 2025. Os programas variaram amplamente quanto ao tipo de intervenção, momento de início, duração, frequência, profissionais envolvidos e especificidades das contrações dos MPP.

Desenho Metodológico

Os estudos incluídos evidenciaram uma significativa heterogeneidade metodológica, refletida nos desenhos de investigação e nas intervenções estudadas. Os ensaios clínicos randomizados (RCT) foram predominantes, com um total de 16 estudos: An et al. (2023), Au et al. (2020), Azevedo et al. (2024), Bernardes et al. (2022), Feng et al. (2022), García-Sánchez et al. (2022), Gerlegiz et al. (2025), Gezinci et al. (2023), Izidoro et al. (2024), Khorrami et al. (2023), Oh et al. (2020), Ouchi et al. (2024), Russo et al. (2025), Soto González et al. (2020), Wennerberg et al. (2023) e Yıldız et al. (2023). Seguiram-se nove estudos retrospectivos: Chitre & Kulkarni (2023), He et al. (2022), Huang et al. (2024), Hutchison et al. (2024), Junwen & Rongjiang (2020), Kang et al. (2023), Rapp et al. (2023), Scott et al. (2020) e Terzoni et al. (2022); quatro estudos quase-experimentais ou experimentais: García-Santos et al. (2021), Gu et al. (2024), Szczygielska et al. (2022) e Taleb et al. (2023) e um estudo prospetivo: Matsunaga et al. (2022).

Caraterísticas dos programas

Os programas mapeados englobam uma diversidade de intervenções, frequentemente combinadas, dirigidas ao tratamento conservador da IU pós-prostatectomia radical. O TMPP foi a intervenção central, presente em 29 dos 30, quer isoladamente, quer associado a outras abordagens. A exceção é observada em Yıldız et al. (2020), que recorreu exclusivamente à EE perineal (20 min., 3vezes/semana), sem incorporação do TMPP.

O TMPP foi implementado em diferentes formatos: isolado, com suporte digital, associado a tecnologias (como *biofeedback* ou EE), combinado com técnicas complementares, como por exemplo pilates, acupuntura e hipopressivos ou incluído em programas comportamentais.

Entre as intervenções de TMPP isolado destacam-se Chitre & Kulkarni (2023), com exercícios simples e progressivos iniciados no 3.º dia pós-operatório e supervisão básica, e García-Sánchez et al. (2022), com 3 sessões presenciais realizadas no período pré-operatório.

Entre as intervenções com tecnologia destacam-se Oh et al. (2020) que utilizaram o dispositivo de *biofeedback* personalizado (Anykegel) com monitorização via *smartphone* e, Matsunaga et al. (2022) recorreram à ecografia transperineal para orientar as contrações. Soto González et al. (2020) combinaram TMPP, *biofeedback* e EE. Huang et al. (2024) adicionaram estimulação de acupontos por pulsos elétricos de baixa frequência a TMPP. Gu et al. (2024) integraram TMPP, *biofeedback* e aplicação móvel, com lembretes diários e educação pré e pós-operatória.

No âmbito das técnicas complementares, Au et al. (2020) incorporaram “Pfilates” e exercícios hipopressivos. Bernardes et al. (2022), aplicaram acupuntura sistémica. An et al. (2023) combinaram TMPP com Pilates. Gerlegiz et al. (2025) utilizaram a técnica “*Knack*” com avaliação por palpação digital e registo em diário. He et al. (2022) utilizaram a técnica de interrupção da micção. Kang et al. (2023) associaram Duloxetina a cinco ciclos diários de treino.

Intervenções comportamentais, incluíram educação comportamental, apoio psicológico e promoção de hábitos saudáveis com TMPP como no estudo de Taleb et al. (2023), que associou TMPP a sessões de aconselhamento psicológico e sexual e, no estudo de Izidoro et al. (2024) que combinou um manual educativo e vídeo com consultas presenciais e orientação para mudanças no estilo vida (cessação tabágica, ajuste alimentar).

Os programas de TMPP diferiram quanto ao momento de início (pré-operatório, pós-operatório imediato ou tardio), duração (de 20 dias a mais de 12 m), frequência (um a cinco sessões diárias, com alguns casos até seias), tipo e número de contrações (rápidas, sustentadas ou mistas), posição (supina, sentada, em pé, a caminhar), grau de supervisão (estruturada, básica ou autodirigida) e local de aplicação (domicílio, ambulatório, hospital) (Apêndice XI).

Sete estudos implementaram o TMPP no período pré-operatório, com 6 a continuar no pós-operatório, visando fortalecer os MPP antes da cirurgia, como García-Sánchez et al. (2022), Gezginç et al. (2023), Gu et al. (2024); Khorrami et al. (2023), Ouchi et al. (2024); Rapp et al. (2023) e Taleb et al. (2023), sendo Khorrami et al. (2023) o único estudo sem continuação pós-operatória, uma vez que a intervenção foi uma sessão única pré-operatória de TMPP com *biofeedback*. Três estudos iniciaram as intervenções no pós-operatório imediato, entre o 3º dia e imediatamente após a remoção do cateter urinário, para promover a recuperação urinária

precoce, como Chitre & Kulkarni (2023), Huang et al. (2024) e Oh et al. (2020). Vinte estudos optaram por iniciar as intervenções no pós-operatório, com a maioria no pós-operatório tardio, variando entre 2 semanas a mais de 20 meses, com exemplos como Yıldız et al. (2023) que iniciou entre 2 semanas e 1 ano pós-cirurgia, Scott et al. (2020), média de 6,8 meses após cirurgia e Matsunaga et al. (2022) média de 3,3 anos para início da intervenção. Em muitos dos estudos, o início da intervenção foi condicionado pela remoção do cateter vesical.

A duração dos programas variou de 20 dias, como em Huang et al. (2024), que incluiu TMPP combinado com EE, até mais de 12 meses, observado em Gu et al. (2024); Kang et al. (2023); Ouchi et al. (2024); Rapp et al. (2023); Terzoni et al. (2022); Wennerberg et al. (2023). A frequência das sessões oscilou entre 5 vezes ao dia para prática domiciliária, como em Chitre & Kulkarni (2023) e uma sessão diária, como em An et al. (2023), com a duração das sessões variando de 10 minutos (Oh et al., 2020) a 40 minutos em sessões presenciais (Ouchi et al., 2024). Além disso, as sessões supervisionadas variaram de semanalmente, como em Scott et al. (2020), a cada 2-3 semanas, como em Matsunaga et al. (2022), complementando a prática autónoma. Programas de curta duração foram representados por Khorrami et al. (2023) com uma sessão pré-operatória de *biofeedback* e TMPP domiciliário por um mês, enquanto durações moderadas (1-3 m) foram comuns em An et al. (2023); Oh et al. (2020); Soto González et al. (2020); Yıldız et al. (2023), entre outros. Programas de longa duração (6-12 meses) foram adotados em estudos como Rapp et al. (2023) e Wennerberg et al. (2023). Au et al. (2020) ofereceram um programa de TMPP até 26 semanas pós-operatório ou até à resolução completa da IU. A maioria dos estudos incorporou esquemas de sessões diárias ou semanais, com ajustes progressivos e, alguns, como Terzoni et al. (2022), incluíram programas de manutenção contínua, sugerindo que a extensão do tratamento foi adaptada à recuperação individual e aos objetivos de continência.

O número mínimo de contrações por sessão foi de 10 contrações (5 contrações rápidas e 5 tónicas) (Gu et al., 2024), enquanto o máximo por sessão alcançou 83-128 contrações (Russo et al., 2025) e o máximo diário foi de 240 contrações (Gerlegiz et al., 2025). A diversidade nos tipos de contrações prescritas, reflete diferentes objetivos clínicos, como fortalecimento, resistência ou coordenação do pavimento pélvico. Contrações rápidas, voltadas para a ativação muscular rápida para controlo do esforço são comuns, com Ouchi et al. (2024) prescrevendo 30 contrações rápidas de 1-2 s, com 6-8 s de relaxamento, em 3 séries diárias, Gerlegiz et al. (2025) incluindo 10 contrações rápidas (1 s de contração, 1 s de relaxamento) e Gu et al. (2024) recomendando 5 contrações rápidas por sessão, monitorizadas por *biofeedback*. Contrações

sustentadas, visando aumentar a resistência muscular, foram prescritas por Ouchi et al. (2024) com 30 contrações sustentadas de 6-8 s e relaxamento de 6-8 s, Azevedo et al. (2024) com 10-15 contrações sustentadas de 5 s por série e Gu et al. (2024) com 5 contrações tônicas de 10 s e 10 s de relaxamento. Terzoni et al. (2022) prescreveram 10-20 contrações lentas de 5 s, com relaxamento o dobro do tempo, ajustadas ao progresso do doente. Muitos estudos combinaram contrações rápidas e sustentadas, com progressão na intensidade como García-Sánchez et al. (2022) com 10 contrações lentas de 3-6 s seguidas de 3 contrações rápidas por série e Scott et al. (2020) adaptaram o protocolo com base na disfunção (hipoativa ou hiperativa), usando Kegels rápidos e longos para "*uptraining*" e Kegels reversos para "*downtraining*". Algumas intervenções privilegiaram contrações máximas, como Au et al. (2020), enquanto que outras combinaram contrações submáximas e máximas, como Gerlegiz et al. (2025) com 20 contrações submáximas por sessão (50% da contração máxima) e Izidoro et al. (2024) utilizando máximas rápidas/submáximas sustentadas, sugerindo uma abordagem adaptada à tolerância e aos objetivos de recuperação (Apêndice XII).

As posições recomendadas para o TMPP também variaram, refletindo a progressão funcional e a capacidade individual dos doentes. A posição supina, frequentemente utilizada como posição inicial, foi adotada em Ouchi et al. (2024) com os joelhos a 90°, Scott et al. (2020) e Terzoni et al. (2022), entre outros. O decúbito lateral foi utilizado por Gerlegiz et al. (2025) para ensino e avaliação inicial, enquanto Scott et al. (2020) usaram essa posição para sessões de *biofeedback*. A posição sentada, uma progressão comum, foi incorporada por Azevedo et al. (2024), Rapp et al. (2023) e Terzoni et al. (2022), simulando atividades diárias, sendo também comum em Gezincin et al. (2023) e Kang et al. (2023). A posição em pé, usada para integrar os exercícios a situações funcionais, foi incluída em estudos como Azevedo et al. (2024); Ouchi et al. (2024); Rapp et al. (2023) e Terzoni et al. (2022). Posições funcionais, como contrações durante a caminhada, foram prescritas por Azevedo et al. (2024) e Terzoni et al. (2022), enquanto Scott et al. (2020) incluiu movimentos funcionais para "*uptraining*". Algumas intervenções adotaram posições específicas ou avançadas, como litotomia em Yıldız et al. (2023) para EE, decúbito ventral em Feng et al. (2022) para estimulação do nervo pudendo e ajoelhado em Au et al. (2020), também em Ouchi et al. (2024) para diversificar o desafio muscular.

Além do tipo de contração, posições, frequência e intensidade dos exercícios do pavimento pélvico, outros aspetos complementares foram identificados nos estudos incluídos na *scoping review*: manobras complementares, como a manobra de *Knack* (contração dos MPP antes de

movimentos que aumentam a pressão intra-abdominal, como tossir ou espirrar), utilizada em García-Santos et al. (2021), Gerlegiz et al. (2025) e Ouchi et al. (2024) para otimizar o controle muscular.

Quanto à supervisão, variou entre básica (instruções iniciais sem acompanhamento contínuo), estruturada (sessões presenciais ou remotas com profissionais) e autodirigida (com ou sem suporte digital). Dezesete estudos incluíram sessões estruturadas com fisioterapeutas (Gerlegiz et al., 2025, Matsunaga et al., 2022, Ouchi et al., 2024, Scott et al., 2020), enfermeiros (Azevedo et al., 2024; Gezginci et al., 2023; Taleb et al., 2023), técnicos especializados (Au et al., 2020), médicos (Huang et al., 2024) e profissionais de saúde não especificados (Hutchison et al., 2024). Oito estudos optaram por supervisão básica, como Bernardes et al. (2022), García-Sánchez et al. (2022) e Oh et al. (2020). Cinco estudos usaram modelos autodirigidos com suporte digital, como Gu et al. (2024), Hutchison et al. (2024) e Wennerberg et al. (2023).

Os programas ocorreram em diversos locais. Bernardes et al. (2022), Junwen & Rongjiang (2020) e Wennerberg et al. (2023) realizaram-se em domicílio, com orientação remota via telefone/*e-mail*, *WeChat* (Junwen & Rongjiang, 2020) e plataforma digital *ePATH* (Wennerberg et al., 2023). A pesquisa de Soto González et al. (2020) ocorreu em ambulatório, enquanto Ouchi et al. (2024) conduziram em hospitais. Azevedo et al. (2024), Gerlegiz et al. (2025) e Gu et al. (2024) combinaram locais, incluindo sessões presenciais em clínica e prática em domicílio. Hutchison et al. (2024) realizaram em domicílio com *TMPP online* e tutorial inicial.

Instrumentos de avaliação

Diversos instrumentos de avaliação são utilizados nos estudos para avaliar a força dos MPP, a gravidade da IU, a QV e outros parâmetros clínicos relevantes.

A força e a resistência dos MPP foram avaliadas por métodos clínicos e instrumentais complementares. A Escala de *Oxford* Modificada surge como medida frequente: em Au et al. (2020) foi definida como medida de eficácia planeada e aplicada por toque retal em 25 participantes, embora tenha sido excluída das análises principais devido à saída de um membro da equipa qualificado para avaliação do pavimento pélvico; entre os avaliados, a maioria apresentou força elevada (19 com 5/5; 5 com 4/5; 1 com 3/5). Em García-Sánchez et al. (2022), a Escala de *Oxford* Modificada foi critério de inclusão (pontuação ≥ 3). O toque retal manual foi ainda utilizado como avaliação inicial da força e resistência (García-Santos et al., 2021),

bem como para verificar a força do esfíncter (Gu et al., 2024).

Entre as técnicas instrumentais, destaca-se a eletromiografia e o *biofeedback*. Szczygielska et al. (2022) usaram *biofeedback* por eletromiografia para treinar os músculos estabilizadores lombares e pavimento pélvico; Khorrami et al. (2023) recorreram a elétrodos de superfície numa sessão pré-operatória com *biofeedback*; He et al. (2022) registaram a atividade com sonda retal de superfície (pico de contração máxima e valor eficaz médio de 5 contrações); e Feng et al. (2021) combinaram ecografia perineal com eletromiografia de superfície para registo simultâneo da contração. Também foram usados dispositivos de *biofeedback* extracorporal e perineómetros: Oh et al. (2020) utilizaram o Anykegel para registar a força e a resistência; Gu et al. (2024) referem o instrumento Vishee SA9800 e um dispositivo “inteligente” de treino. A manometria intra-anal foi aplicada por Ouchi et al. (2024) para medir pressão de repouso, pico de contração voluntária máxima, duração da contração sustentada e área sob a curva. Por fim, a ecografia transperineal foi usada por Matsunaga et al. (2022) para guiar o treino, permitindo visualizar o encerramento uretral durante as contrações e controlar a frequência/duração sob a observação do fisioterapeuta.

Para complementar a avaliação, alguns estudos integraram EE intracavitária associada a *biofeedback* eletromiográfico. García-Santos et al. (2021) relataram um equipamento combinado (*Enraf Nonius, Myomed 932*) que apresenta o registo eletromiográfico das contrações e apoia a execução correta dos exercícios; An et al. (2023) registaram valores máximos e médios com eletromiografia de superfície através de elétrodo retal ligado ao sistema *Keypoint* em diferentes posturas de Pilates; e foi descrita a eletromiografia de superfície como método de avaliação morfofuncional em um dos estudos incluídos. Por fim, Feng et al. (2022) investigaram a EE do nervo pudendo, com registos simultâneos por ecografia perineal e eletromiografia de superfície, esclarecendo o recrutamento muscular induzido por esta estimulação.

A gravidade da IU foi quantificada sobretudo com *Pad Tests*. O *Pad Test* de 24 h foi amplamente utilizado (Au et al., 2020; Bernardes et al., 2022; García-Sánchez et al., 2022; García-Santos et al., 2021; Gu et al., 2024; Junwen et al., 2020; Ouchi et al., 2024; Soto González et al., 2020), permitindo classificar a severidade pela quantidade de urina perdida. Foram também usados *Pad Test* de 1 h (Gezginci et al., 2023; Soto González et al., 2020; Szczygielska et al., 2022). Em paralelo, vários estudos aplicaram o ICIQ nas suas versões curtas ou específicas (ICIQ-UI SF; ICIQ-MLUTS), quer como resultado primário da continência e severidade (García-Sánchez et al., 2022), quer como medida sintomática (Gezginci et al., 2023;

Gu et al., 2024; Hutchison et al., 2024; Izidoro et al., 2024; Khorrami et al., 2023; Soto González et al., 2020; Taleb et al., 2023). A UISRP foi usada por Azevedo et al. (2024). Como indicadores adicionais, o *Daily Pad Used* foi registrado em vários trabalhos (Azevedo et al., 2024; Bernardes et al., 2022; Hutchison et al., 2024; Junwen et al., 2020; Russo et al., 2024; Scott et al., 2020).

Quando aplicável, o diário miccional de 3 dias (ou diário vesical) foi amplamente utilizado como método sistemático de registo e foi incluído para avaliar a função urinária (García-Sánchez et al., 2022). O diário foi utilizado para quantificar subjetivamente a frequência das micções, diferenciando entre micções diurnas e noturnas (Au et al., 2023). Além disso, permitiu o registo de episódios de urgência e perdas, sendo uma parte crucial da avaliação dos sintomas (Yıldız et al., 2023). Em alguns protocolos, o diário também foi usado para documentar o auto-relato do nível de IU, ao permitir registrar o peso dos pensos no domicílio (Russo et al., 2024) e o número de pensos utilizados (Bernardes et al., 2022). A auto-monitorização através de diários vesicais demonstrou estar associada à melhoria da IU prolongada (com duração superior a 1 ano) (Matsunaga et al., 2022).

A QV foi mensurada com instrumentos validados. O KHQ foi amplamente aplicado (Azevedo et al., 2024; García-Sánchez et al., 2022; Gezginci et al., 2023; Izidoro et al., 2024). O *Short Form Health Survey* (36 itens) (SF-36) avaliou a QV geral (García-Sánchez et al., 2022; He et al., 2022). Outros instrumentos incluíram o *Incontinence Impact Questionnaire* (7 itens) (IIQ-7) (Hutchison et al., 2024; Gu et al., 2024), o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Lower Urinary Tract Symptoms Quality of Life* (ICIQ-LUTSqol) (Khorrami et al., 2023), o *Expanded Prostate Cancer Index Composite* (Wennerberg et al., 2023; Ouchi et al., 2024) e o *Incontinence Quality of Life questionnaire* (I-QOL) (Matsunaga et al., 2022).

Para caracterização clínica e funcional foram usados: o *International Prostate Symptom Score* (IPSS) e o *International Index of Erectile Function (five-item version)* (IIEF-5) no rastreio pré-operatório (Oh et al., 2020) e para avaliação da função erétil o *Sexual Health Inventory for Men* (SHIM) (Taleb et al., 2023); o *Abbreviated Mental Test Score*, a *Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale* e a *Geriatric Depression Scale* (Szczygielska et al., 2022); a *Broome Pelvic Muscle Self-Efficacy Scale* (Gu et al., 2024); a *Revised Faecal Incontinence Scale* (Taleb et al., 2023); e a *Saltin–Grimby Physical Activity Level Scale* (Wennerberg et al., 2023).

Em suma, a avaliação da força muscular e da IU combinou medidas objetivas (*Pad Tests*, manometria, eletromiografia, ecografia transperineal, perineometria) com medidas subjetivas

(questionários validados de sintomas e de QV) e, em alguns estudos, integra a Escala de *Oxford* Modificada para quantificar a força muscular.

Resultados dos programas

A evidência sobre a IU pós-prostatectomia radical e a função dos MPP aponta para benefícios consistentes dos programas estruturados de TMPP, isolados ou combinados com tecnologias e abordagens complementares. Em termos globais, observam-se melhorias clinicamente relevantes na continência e ganhos de força/controlo muscular em diferentes formatos de intervenção.

Em um programa de fisioterapia do pavimento pélvico, 83,3% dos participantes apresentaram melhoria da IU (García-Santos et al., 2021). Em comparação direta entre modalidades elétricas, a EE do nervo pudendo demonstrou taxa de eficácia de 68,7%, superior aos 34,4% do treino muscular com EE transanal às 8 semanas, com efeitos sustentados em seguimento de 3 anos (melhorias medianas 54-55%) (Feng et al., 2022). A associação de acupuntura ao TMPP produziu melhoria significativamente superior à do treino isolado ($p < 0,001$) (Bernardes et al., 2022). Estratégias comportamentais específicas, como o exercício de interrupção da micção, encurtaram o tempo de recuperação e reduziram pontuações no ICIQ-UI-SF após a cirurgia, sugerindo melhor adesão e execução do exercício (He et al., 2022). Programas de reabilitação organizados com EE por pulso de baixa frequência combinada com TMPP reduziram a utilização de pensos, frequência das micções e episódios de perdas, além de abreviarem o tempo até ao controlo urinário (Gu et al., 2024). O uso de *biofeedback* extracorporal personalizado (perineómetro *Anykegel*) também se associou a menor volume de perdas ao 1.º mês de seguimento (Oh et al., 2020). Intervenções com componente cognitivo-comportamental diminuíram o impacto da IU na QV ($p \leq 0,001$) em múltiplos domínios (Izidoro et al., 2024) e intervenções de enfermagem mostraram melhorias estatisticamente significativas na disfunção urinária (Taleb et al., 2023). Em doentes submetidos a treino perioperatório, observaram-se reduções nas pontuações do ICIQ-UI SF e melhorias da QV aos 3 meses (Gezginci et al., 2023).

Nos casos de IU grave, exercícios de Kegel com *biofeedback* reduziram o *Pad Test* de 24 h em 25,64%, enquanto a adição de EE alcançou 36,34%; nos quadros moderados, observaram-se reduções de magnitude semelhante (García-Santos et al., 2021). Em protocolos multimodais, o GI apresentou valores significativamente inferiores no *Pad Test* de 24 h aos 2 e 6 meses face

ao GC (Gu et al., 2024). Em avaliação precoce no pós-operatório, o perineómetro *Anykegel* associou-se a menor perda aos 30 dias (Oh et al., 2020).

Os ganhos clínicos refletiram-se em melhorias no KHQ e no SF-36, bem como em reduções no IIQ-7 e no ICIQ-LUTSqol (Gezginci et al., 2023; Gu et al., 2024; He et al., 2022; Izidoro et al., 2024). Em diferentes estudos, também foram observadas melhorias no Índice Composto Expandido para Cancro da Próstata e no Questionário de Qualidade de Vida na Incontinência e no I-QOL (Matsunaga et al., 2022; Ouchi et al., 2024; Wennerberg et al., 2023).

Mecanismos de *biofeedback* eletromiográfico ajudam a corrigir a técnica dos exercícios e a promover contrações eficazes; a EE pode induzir contração máxima e elevar a pressão de fecho uretral (García-Santos et al., 2021). Em treino avançado com *biofeedback*, 85% dos participantes atingiram controlo completo da micção (Szczygielska et al., 2022). Do ponto de vista fisiológico, a EE do nervo pudendo mostrou maior amplitude eletromiográfica do pavimento pélvico do que o TMPP isolado (Feng et al., 2022). Em avaliações urodinâmicas, a EE de baixa frequência aumentou pico de fluxo urinário, capacidade cistométrica, pressão máxima de fecho uretral e pressão do ponto de fuga abdominal (Gu et al., 2024).

Com ecografia transperineal a guiar a técnica, registaram-se maior frequência de contrações e maior duração de contração sustentada em comparação com treino não guiado (Matsunaga et al., 2022). Pela manometria intra-anal, verificaram-se aumentos em pressão de pico e duração de contração após o treino supervisionado, além da caracterização do tónus e resistência pela pressão de repouso e área sob a curva (Ouchi et al., 2024). Outras variantes, como Pilates combinado com exercícios de Kegel, aumentaram valores máximos e médios por eletromiografia de superfície (An et al., 2023), e o exercício de interrupção da micção melhorou aderência e execução (He et al., 2022). A acupuntura surge ainda como estímulo “artificial” do pavimento pélvico, com aumento da pressão máxima de fecho uretral quando combinada com treino muscular (Bernardes et al., 2022).

Converge a evidência de que programas estruturados, com TMPP como base e, quando indicado, *biofeedback*, EE ou acupuntura, são eficazes para melhorar a continência e para potenciar a força/controlo dos MPP (An et al., 2023; Bernardes et al., 2022; Feng et al., 2022; García-Santos et al., 2021; Gezginci et al., 2023; Gu et al., 2024; He et al., 2022; Izidoro et al., 2024; Oh et al., 2020; Ouchi et al., 2024; Szczygielska et al., 2022; Taleb et al., 2023; Wennerberg et al., 2023). A intensidade, a supervisão e o momento de início parecem modular o tamanho do efeito, com vantagem para abordagens precoces e abrangentes.

Segurança e adesão

Os programas foram geralmente seguros, com raros efeitos adversos. Yıldız et al. (2023) reportou desconforto transitório com EE perineal em 13,8% dos participantes. Outros estudos, como Huang et al., (2024) e Izidoro et al., (2024) não mencionaram eventos adversos.

Quanto à adesão, esta foi reportada em alguns estudos e foi superior nos programas com suporte digital ou acompanhamento estruturado. Junwen & Rongjiang (2020), indicaram que a orientação via *WeChat* facilitou a adesão ao TMPP no domicílio, com 3 sessões diárias. Au et al. (2020), reportaram que o suporte por telefone e *e-mail* apoiou a adesão em programas domiciliários e Izidoro et al. (2024), demonstraram elevada adesão em intervenções comportamentais com suporte remoto, associada à redução de sintomas como a noctúria ($p \leq 0,005$).

Em síntese, estes resultados evidenciam uma ampla variedade de abordagens na reabilitação da IU pós-prostatectomia radical, com destaque para o papel central do TMPP, cuja eficácia parece ser maximizada quando integrado em programas estruturados, tecnologicamente suportados e iniciados precocemente.

A secção seguinte discute os principais contributos desta revisão, contextualizando os resultados face à literatura existente e refletindo sobre as suas implicações para a prática clínica.

5.7 – Discussão

A presente *scoping review* mapeou 30 estudos que descrevem programas de reabilitação dirigidas à IU pós-prostatectomia radical, uma condição de elevada prevalência e impacto funcional na vida dos doentes. Centrados no TMPP, os programas revelam uma diversidade significativa, incorporando *biofeedback*, EE, Pilates, acupuntura, intervenções cognitivas e comportamentais, recomendações de estilo de vida e plataformas digitais. Esta heterogeneidade reflete não só a complexidade da IU pós-prostatectomia radical, como também a ausência de protocolos consensuais e o esforço crescente em adaptar intervenções às necessidades individuais.

Diversidade e eficácia dos programas

A multiplicidade de abordagens tem como pilar fundamental o TMPP, frequentemente complementado por estratégias adicionais. A eficácia do TMPP na recuperação da continência urinária após a prostatectomia radical é amplamente documentada, com resultados que variam consoante a abordagem utilizada. Os resultados demonstram que o TMPP promove melhorias significativas na continência, independentemente da sua aplicação isolada ou combinada.

Estudos como os de Chitre & Kulkarni (2023) demonstraram a eficácia do TMPP básico, com a elevada taxa de continência (94,2%) alcançada apenas com os exercícios de Kegel básicos aos 3 m após a prostatectomia, sugerindo que a correta execução destes exercícios pode, de facto, ser bastante eficaz para a uma grande maioria de doentes. Programas com suporte estruturado, como os descritos por García-Sánchez et al. (2022) e Rapp et al. (2023), corroboram com benefícios significativos, com este último a reportar 55% de continência aos 12 m no grupo supervisionado, face a apenas 20% no grupo não supervisionado ($p=0,004$), destacando a importância da orientação profissional.

A integração de adjuntos tecnológicos, como *biofeedback* e EE, revelou ganhos precoces: Oh et al. (2020) demonstraram redução significativa da perda urinária (71,0 g vs 120,8 g em 1 mês, $p=0,028$), enquanto Scott et al. (2020) observaram uma redução de 87% no uso de pensos ($p<0,001$) e melhoria na dor pélvica ($p<0,001$), através da correção de disfunções musculares com *biofeedback*. Terzoni et al. (2022) combinaram EE extracorporal com TMPP, com 3 sessões semanais de EE extracorporal durante 6 semanas, seguidas de TMPP autónomo por 1 ano, alcançando perdas urinárias mínimas (0-5 g) até aos 12 meses.

Abordagens complementares como Pilates (Au et al., 2020) e acupuntura (Azevedo et al., 2024; Bernardes et al., 2022), evidenciaram benefícios adicionais, enquanto a supervisão combinada com técnicas específicas, como a manobra de *Knack* (Scott et al., 2020), resultou em uma redução de 87% no uso de pensos ($p<0,001$), evidenciando a sinergia entre ensino técnico e orientação. Azevedo et al. (2024) integraram acupuntura auricular ao TMPP, essa abordagem resultou em melhorias significativas na QV ($p=0,013$), além de reduções em noctúria ($p=0,007$) e urgência urinária ($p=0,002$), sugerindo que a acupuntura pode modular respostas neurológicas e reduzir sintomas associados, complementando os efeitos mecânicos do TMPP.

Estes resultados corroboram a revisão de Cardoso et al. (2025), que identificou o TMPP como intervenção de primeira linha, destacando-se pela sua eficácia, acessibilidade e natureza não invasiva e, quando associada a outras abordagens, como a EE nervosa transcutânea, o *biofeedback*, a acupuntura, a EE endo-anal, o TMPP revela-se ainda mais eficaz na melhoria da continência urinária e da QV dos doentes. A meta-análise de Sciarra et al. (2021), reforçou os benefícios do *biofeedback* e da EE nos primeiros 3 meses de reabilitação, demonstrando superioridade face à aplicação isolada do TMPP. De forma semelhante, Yang et al. (2022) sublinham os ganhos adicionais proporcionados pelo *biofeedback* a curto e médio prazo, embora reconheçam que a EE, utilizada isoladamente, apresenta evidência mais limitada.

Contudo, a *International Consultation on Incontinence (ICI)* alerta que a adição de *biofeedback* ou EE a programas de TMPP em homens com IU pós-prostatectomia persistente, não proporciona melhorias significativas, pelo que a sua aplicação não é recomendada de forma rotineira, exceto em casos de défice de proprioção (Cardozo et al., 2023). De igual forma, a diretriz da EAU (2024) destaca a existência de evidência contraditória sobre esta adição quando agregados ao TMPP isolado, referindo que a EE poderá oferecer benefícios limitados e de curta duração (até 6 m).

Paralelamente, o suporte emocional e motivacional demonstrou ser crucial para o sucesso dos programas, intervenções baseadas em estratégias cognitivo-comportamentais, como as de Izidoro et al. (2024) e de Wennerberg et al. (2023) baseadas na Teoria da Autodeterminação, contribuíram para maior autoconfiança, reduziram a ansiedade e, provavelmente, maior adesão ao TMPP, com impacto positivo na QV. Recomendações de estilo de vida (Gerlegiz et al., 2025), aliados a atividade física e alterações dietéticas, demonstraram ser eficazes na integração dos exercícios no quotidiano.

As tecnologias digitais revelaram-se promissoras: plataformas como o *WeChat* (Junwen & Rongjiang, 2020) e aplicações móveis (Gu et al., 2024), promoveram a prática autónoma e a adesão aos programas de TMPP, sobretudo quando acompanhadas de tutoriais ou sessões presenciais iniciais. Al-Zaidi et al. (2023), relataram que mais de 95% dos utilizadores consideraram que a aplicação facilitou significativamente a adesão ao treino, sublinhando o potencial das plataformas digitais para aumentar o envolvimento dos doentes, especialmente quando combinadas com apoio clínico inicial. No entanto, estudos como o de Wennerberg et al. (2023) evidenciam que programas exclusivamente remotos podem apresentar limitações, sendo os melhores resultados obtidos em modelos híbridos ou com acompanhamento presencial.

A supervisão emergiu como elemento determinante para a eficácia dos programas. Estudos supervisionados como os de Azevedo et al. (2024), Gerlegiz et al. (2025), Ouchi et al. (2024), Rapp et al. (2023) e Scott et al. (2020), reportaram melhorias consistentes na continência e na QV. Meta-análises como a de Baumann et al. (2021) demonstram que a supervisão, aliada ao *biofeedback*, potencia os ganhos nos primeiros 3 a 6 m após a cirurgia. Em contraste, Wennerberg et al. (2023), não observaram benefícios significativos em programas digitais com o uso de suporte digital (ePATH), sugerindo que a supervisão remota isolada pode não ser suficiente para todos os doentes.

Hudolin et al. (2022) opinam que para atingir todo o potencial do TMPP, os urologistas devem oferecer treino individual sob a supervisão de um fisioterapeuta, adicionalmente apoiado por DVDs ou aplicativos baseados na *Web*.

Estes dados corroboram com os resultados desta revisão, que identificou melhores desfechos em programas supervisionados e integrados com tecnologias de suporte, sugerindo que o *biofeedback* potencializa o TMPP ao fornecer *feedback* visual ou tátil, ajudando os doentes a corrigirem padrões de ativação muscular inadequados.

A crescente necessidade de ampliar o acesso aos programas de reabilitação justifica a aposta em modelos híbridos, que combinam supervisão presencial com recursos digitais, permitindo maior escalabilidade sem comprometer a eficácia clínica. Hutchison et al. (2024) demonstraram que programas *online*, com tutorial inicial, podem ser uma alternativa viável, com uma taxa de recuperação de 90% aos 12 meses, indicando que soluções digitais podem melhorar o acesso sem comprometer a eficácia. No entanto, a exigência de supervisão inicial sugere que a orientação profissional ainda é essencial para garantir a execução correta dos exercícios, mesmo em programas digitais.

Além disso, programas exclusivamente supervisionados, embora eficazes, podem ser intensivos em recursos. Scott et al. (2020) relataram uma média de 4 sessões semanais (máximo de 18), o que pode ser inviável em contextos com grande carga assistencial. O que levanta questões sobre a aplicabilidade em grande escala desses programas e a necessidade de estratégias híbridas que combinem supervisão inicial com prática autónoma, como observado em Taleb et al. (2023), que alcançaram uma redução de IU de 80% para 45,3% ($p \leq 0,001$) com apenas 5 sessões supervisionadas.

Heterogeneidade dos programas

Os resultados sugerem uma heterogeneidade substancial no que respeita ao momento de início, à duração dos programas e aos parâmetros adotados, como o tipo e tempo de contrações, número de repetições e posições corporais utilizadas para os exercícios, refletindo um desafio significativo que compromete a comparabilidade entre os programas.

A análise dos dados evidencia que o início precoce do TMPP, idealmente no período pré-operatório ou logo após a remoção do cateter urinário, está associado a melhores resultados. Khorrami et al. (2023) observaram ganhos precoces com TMPP iniciado no pré-operatório, resultando em melhorias significativas na gravidade da IU aos 1 e 3 m ($p=0,01$ e $p=0,029$, respetivamente), enquanto Ouchi et al. (2024) iniciaram o TMPP antes da cirurgia (mediana de 46 dias), com 3 sessões pré-operatórias e retomadas após a remoção do cateter vesical, reportaram uma taxa de continência de 65,2% aos 12 meses ($p=0,030$) no GI, comparada a 31,6% no GC ($p=0,030$), sugerindo benefícios precoces. Chitre & Kulkarni (2023) reforçam a importância do início precoce, demonstrando que o TMPP iniciado no 3º dia pós-cirurgia resultou em 94,2% de continência aos 3 m. Estes resultados sugerem que o início precoce do TMPP pode promover a recuperação da continência urinária, corroborando a meta-análise de Zhou et al. (2023), que apresentou melhorias significativas aos 3 meses do pós-operatório com TMPP pré-operatório, mas sem vantagens sustentadas a longo prazo (6 e 12 meses), indicando que o treino precoce pode acelerar a recuperação inicial, mas não necessariamente influenciar a taxa de continência urinária a longo prazo. De forma semelhante, Rangganata & Rahardjo (2021) relataram uma redução significativa da incidência de IU nos 1,3 e 6 meses de pós-operatório com a introdução do TMPP no pré-operatório, sem diferenças estatisticamente significativas aos 12 meses. Por outro lado, a meta-análise de Cheng et al. (2020) não identificou efeitos positivos do TMPP pré-operatório na taxa de incontinência, tal como relatado por Xiangyun et al. (2022), cujo estudo revelou ausência de melhorias significativas quando o treino foi realizado apenas no pré-operatório. Em contraste, o TMPP pós-operatório mostrou benefícios consistentes em diferentes momentos de avaliação. A meta-análise de Yang et al (2022) sugeriu que o TMPP pré-operatório poderá contribuir para a melhoria da IU, embora os efeitos nem sempre sejam consistentes, reforçando a necessidade de mais estudos que clarifiquem o momento ideal de início do treino.

Estas observações estão em consonância com as diretrizes internacionais atualmente em vigor da AUA que recomenda a implementação do TMPP no pós-operatório imediato

(recomendação de Grau B) e, de forma condicional, no período pré-operatório (recomendação de Grau C) (Breyer et al., 2024). Em reforço a esta perspectiva, a ICI defende a introdução precoce do TMPP com estratégia para reduzir o tempo até à recuperação da continência urinária (recomendação de Grau B) (Cardozo et al., 2023). Estas orientações sustentam a evidência identificada nesta revisão, que apontam o TMPP como componente central e eficaz na reabilitação urinária pós-prostatectomia radical, demonstrando que programas iniciados precocemente, supervisionados e estruturados tendem a produzir melhores resultados clínicos.

A duração e intensidade dos programas variam amplamente. Protocolos variam de 20 dias (Huang et al., 2024) a mais de 12 meses (Gu et al., 2024), com frequências que oscilam entre 1 sessão por semana (Scott et al., 2020) a 6 sessões diárias (Gerlegiz et al., 2025) e contrações de 10 por sessão (Gu et al., 2024) a 240 por dia nas semanas 7-8 (Gerlegiz et al., 2025), dependendo do protocolo, com tempos de contração entre 1 segundo (s) (Gerlegiz et al., 2025) e 10 s (Gu et al., 2024) e tempos de relaxamento entre 6 s (Ouchi et al., 2024) e 10 s (Gu et al., 2024). Repetições por série variaram de 10 (Gerlegiz et al., 2025) a 30 (Ouchi et al., 2024), com 2-3 séries diárias sendo comuns, embora algumas intervenções incluam até 6 séries (Gerlegiz et al., 2025).

Embora poucos estudos detalhem progressões ou individualizações dos treinos, como Gerlegiz et al. (2025) e Scott et al. (2020), essa lacuna compromete a replicabilidade. Posições comuns incluem supina, sentada e em pé, com Scott et al. (2020) adicionando movimentos funcionais e "*uptraining*" para disfunção pélvica hipotativa.

Buamnan et al. (2021) recomendam que o TMPP seja iniciado até 48 h após a remoção do cateter urinário e mantido durante um período de 6 a 12 meses, ajustado ao grau de incontinência do doente. Sugerem a realização de 3 a 4 sessões de exercícios diárias, com 10 a 15 contrações por sessão, com duração de contração entre 5 a 10 s e tempo de relaxamento de 10 a 20 s, em diferentes posições (sentado, deitado e em pé). De forma complementar, a *scoping review* conduzida por Zhang et al. (2023) identificou como prática mais comum a realização de 30 contrações diárias com tempos de contração e relaxamento entre 1 a 10 s e, ao longo de 12 semanas podendo essa frequência e duração ser recomendada para a maioria dos doentes. Esta revisão reforça ainda a importância da personalização dos protocolos de acordo com a função muscular individual, sobretudo em contextos de prática autónoma no domicílio, permitindo ajustar com maior precisão a intensidade, frequência e duração do treino para otimização dos resultados. Já a *scoping review* de Santos et al. (2024) constatou que a recomendação mais frequentemente reportada envolve três sessões diárias, com 6 a 15 contrações por sessão, nas

posições deitada, sentada e em pé.

Apesar destas propostas, a ausência de padronização dos parâmetros utilizados nos programas constitui uma limitação recorrente, amplamente reconhecida na literatura. Este desafio, também enfatizado por Santos et al. (2024) e de Souza (2023), compromete a comparabilidade entre estudos e dificulta a generalização dos resultados, tornando a formulação de recomendações clínicas consistentes uma tarefa complexa. Na mesma linha, Johnson et al. (2023) ao avaliar os efeitos das intervenções conservadoras no tratamento da IU pós-prostatectomia, destacam a variabilidade acentuada nos protocolos de TMPP, tanto na técnica como nas combinações terapêuticas adotadas, o que dificulta a comparação entre os estudos incluídos. De forma convergente, Hudolin et al. (2022) salientam a necessidade de investigações com maior rigor metodológico, amostras mais robustas e participantes motivados e bem instruídos. Os autores defendem que os resultados poderão ser mais consistentes se os doentes forem devidamente orientados a realizar o TMPP com a frequência, intensidade e duração adequadas, o que reforça a importância da supervisão especializada.

Contribuição dos enfermeiros

Os estudos que envolveram enfermeiros especializados demonstraram maior adesão e melhor compreensão dos exercícios pelos doentes, evidenciando a relevância da abordagem educativa, da relação terapêutica e do reforço comportamental. Este aspecto foi observado em intervenções com suporte comportamental, como as de Izidoro et al. (2024) e Taleb et al. (2023), onde o enfermeiro desempenhou um papel ativo na gestão da continência, adesão ao tratamento e na implementação de estratégias de autogestão.

Os enfermeiros foram responsáveis pela educação dos doentes, supervisão das sessões e monitorização da adesão, como em He et al. (2022), onde a supervisão de enfermeiros resultou em maior compliance (83,3% vs 58,3%; $p < 0,01$) e em Gezinci et al. (2023), que destacaram o papel dos enfermeiros na educação sobre mudanças de estilo de vida associadas ao TMPP. Em intervenções com tecnologia, como EE, no estudo de Yildiz et al. (2023), os enfermeiros foram fundamentais na aplicação dos dispositivos, garantindo ajustes adequados e monitorizando desconfortos, reportados em 13,8% dos casos. Em programas com suporte digital (Gu et al., 2024; Wennerberg et al., 2023), os enfermeiros auxiliaram na integração de aplicativos, promovendo adesão e continuidade do cuidado. Além disso, em abordagens comportamentais (Izidoro et al., 2024), os enfermeiros conduziram sessões de terapia cognitivo-comportamental,

contribuindo para a redução de sintomas como a noctúria ($p \leq 0,005$).

As competências dos EEER, definidas pelo Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, conferem-lhes capacidades para uma atuação diferenciada na reabilitação da IU. Para além da sua capacidade técnica na avaliação funcional do pavimento pélvico e dos mecanismos neuromusculares associados à continência, os EEER estão habilitados a planear e conduzir intervenções terapêuticas específicas, adaptadas às limitações e potencialidades individuais (Portugal, Regulamento n.º 392/2019, p. 13565). Estas intervenções incluem TMPP, reeducação vesical, estratégias de controlo esfíncteriano, utilização de tecnologias de apoio, como *biofeedback* e EE, ensino técnico e reforço comportamental. A sua intervenção integra ainda a vertente educativa e motivacional, promovendo a literacia em saúde, a adesão ao tratamento e o envolvimento ativo do doente no seu processo de recuperação. Assim, o EEER não só contribui para a eficácia clínica das intervenções, como também para a humanização e continuidade dos cuidados ao longo da trajetória reabilitativa.

Lage (2024) destaca na sua *scoping review* o papel do EEER na prevenção da IU pós-prostatectomia radical, sublinhando a importância de intervenções adaptadas às necessidades individuais.

Neste cenário, torna-se evidente que os EEER, pela sua formação clínica, competência na avaliação funcional e proximidade com os doentes, estão particularmente bem posicionados para liderar intervenções multimodais que combinem treino muscular, educação, aconselhamento e tecnologias de apoio, contribuindo para a eficácia clínica, a humanização do cuidado e o aumento da literacia em saúde dos doentes. A escassez de programas liderados por enfermeiros revela uma oportunidade estratégica para reforçar a sua intervenção nesta área.

Limitações e direções futuras

Apesar do mapeamento abrangente realizado, esta *scoping review* apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Primeiramente, a inclusão de apenas estudos em inglês, português e espanhol pode ter excluído publicações relevantes em outras línguas. Em segundo lugar, por se tratar de uma *scoping review*, não foi realizada avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, o que limita a análise da robustez das evidências. A heterogeneidade dos protocolos analisados, tempos de início, duração, frequência, intensidade e métodos de avaliação dos resultados, limita a possibilidade de comparações diretas e uma síntese quantitativa mais rigorosa, impedindo conclusões definitivas sobre a abordagem ideal.

Além disso, a ausência de dados consistentes sobre adesão, efeitos adversos, custo-efetividade e impacto psicossocial da IU representa uma lacuna significativa para a prática clínica e para o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidência ao sistematizar e comparar as diferentes abordagens de TMPP aplicadas à reabilitação da IU pós-prostatectomia radical, evidenciando tanto a diversidade como a inconsistência nos métodos. Os dados sugerem que programas supervisionados e estruturados, eventualmente combinados com intervenções complementares e tecnologias de suporte, podem otimizar os resultados. Contudo, a ausência de protocolos uniformes e a escassez de estudos com elevada qualidade metodológica limitam a capacidade de formular recomendações robustas. Reforça-se, assim, a necessidade de futuras investigações que validem protocolos padronizados, explorem abordagens integradas com suporte digital e apoio psicossocial, e avaliem o papel do EEER em equipas multidisciplinares. Ensaios clínicos randomizados com amostras representativas, seguimento prolongado e avaliação económica são essenciais para consolidar a evidência.

5.7 – Conclusão

A presente *scoping review* permitiu mapear e analisar criticamente as abordagens de reabilitação direcionadas à IU pós-prostatectomia radical, com particular foco no TMPP. Os 30 estudos incluídos evidenciam que o TMPP constitui a base dos programas de reabilitação, sendo, frequentemente, potenciado por tecnologias de apoio (como *biofeedback*, EE e aplicações digitais) e por estratégias complementares (como Pilates ou intervenções cognitivas). A eficácia é mais evidente em programas supervisionados, estruturados e iniciados precocemente, especialmente nos primeiros 3 meses após a cirurgia. No entanto, embora o início precoce do TMPP tenha demonstrado acelerar a recuperação da continência até aos 3 m, essa vantagem tende a dissipar-se aos 12 meses, sugerindo a necessidade de programas de manutenção a longo prazo.

Os achados sustentam a inclusão de: ensino anatômico e treino da contração correta; progressão do TMPP (força, resistência, velocidade); estratégias comportamentais; integração criteriosa de *biofeedback* e/ou EE quando indicado; avaliação estruturada com instrumentos validados; e planos domiciliários apoiados por materiais educativos e, quando possível, suporte digital.

Contudo, a ausência de consenso quanto aos parâmetros ideais, a heterogeneidade dos

protocolos no que respeita à duração, frequência e metodologia e a escassez de estudos de elevada qualidade metodológica dificultam a formulação de recomendações robustas e a sua aplicação sistemática na prática clínica.

Apesar da diversidade metodológica, e com base nos dados mapeados, emergem recomendações práticas que poderão orientar a construção de programas futuros: início do TMPP imediatamente após a remoção do cateter ou ainda na fase pré-operatória; duração mínima de 8 semanas, com possibilidade de extensão a 12 semanas; 3 sessões diárias de exercícios domiciliários com 12 contrações por sessão; combinação de 6 contrações rápidas (1-2 s) e 6 sustentadas (6-8 s), com relaxamento de 6-10 s entre contrações; 2 séries por sessão, realizadas em diferentes posições (supina, sentada e em pé); sessões regulares supervisionadas (uma sessão semanal de 20-30 minutos), incluindo avaliação perineal, recurso ao *biofeedback* para monitorização das contrações, correção da técnica, monitorização do progresso e ajustes, quando necessários. Esta proposta visa apoiar a padronização dos protocolos e constituir uma base aplicável em diferentes contextos clínicos.

A revisão também expôs uma lacuna significativa na participação ativa dos EEER na condução dos programas analisados, apesar das suas competências regulamentadas para intervir na avaliação funcional, na reeducação da função vesical e na aplicação de intervenções conservadoras. Esta sub-representação dos EEER evidencia, simultaneamente, uma fragilidade e uma oportunidade estratégica de valorização profissional e expansão do seu contributo, dado o seu potencial para integrar, adaptar e coordenar intervenções personalizadas e baseadas em evidência.

Deste modo, salienta-se a necessidade de produzir investigação futura orientada para a atuação da enfermagem de reabilitação nesta área ainda pouco explorada, bem como para a elaboração e validação de protocolos padronizados que conciliem eficácia clínica com aplicabilidade real. Espera-se que esta revisão contribua para reforçar a pertinência e a aplicabilidade da intervenção do EEER na gestão da IU pós-prostatectomia radical, encorajando o desenvolvimento de programas liderados por enfermeiros em diversos contextos clínicos e promovendo a qualidade dos cuidados, a autonomia dos doentes e a integração de práticas baseadas em evidência no contexto da reabilitação urológica.

6 – Programa de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com incontinência urinária pós-prostatectomia radical

Após o mapeamento dos programas de reabilitação dirigidos à pessoa com IU pós-prostatectomia radical e considerando os resultados do diagnóstico de situação, avançou-se para o desenvolvimento do presente programa. A sua elaboração assenta na evidência científica sintetizada pela *scoping review*, a qual permitiu mapear e sistematizar intervenções recentes para esta população, identificando componentes nucleares, formatos de implementação, estratégias de acompanhamento no domicílio e variáveis avaliativas relevantes para a prática clínica, bem como lacunas a colmatar.

À luz do Regulamento n.º 392/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o EEER detém competências para avaliar, planificar, implementar e monitorizar intervenções especializadas orientadas para a continência, incluindo a avaliação das funções de eliminação vesical e intestinal e a conceção de planos/programas ajustados ao perfil funcional da pessoa. Este enquadramento legitima a liderança do EEER na implementação de um programa estruturado e baseado em evidência para a reabilitação do pavimento pélvico da pessoa com IU pós-prostatectomia radical (Portugal, Regulamento n.º 392/2019, p. 13565).

O programa proposto constitui uma resposta estruturada a uma necessidade clínica identificada e está alinhada com os princípios da Enfermagem de Reabilitação: capacita a pessoa e promove literacia em saúde, reforça a corresponsabilização nos cuidados e adota uma abordagem centrada na pessoa, valorizando o seu papel ativo na gestão da condição.

A implementação assegura continuidade de cuidados especializados desde a fase pré-operatória até à reintegração plena na vida diária, com vista a otimizar a funcionalidade e contribuir para a recuperação da autoestima, da participação social e da QV.

O programa tem início no período pré-operatório e mantém-se ao longo de 12 semanas após a remoção do cateter vesical, combinando sessões presenciais de Enfermagem de Reabilitação com prática domiciliária diária desde o primeiro contacto. O objetivo geral é promover a recuperação funcional da continência urinária e melhorar a QV dos homens submetidos a prostatectomia radical, através de um programa liderado por EEER que integra

ensino, treino dos MPP, intervenções comportamentais e seguimento estruturado.

Para operacionalizar este propósito, definiram-se objetivos específicos organizados em três domínios interdependentes:

- Clínico-funcionais: aumentar força, resistência e coordenação dos MPP; reduzir o número de episódios de perdas urinárias e a necessidade de pensos/fraldas; diminuir a quantidade de urina perdida; e encurtar o tempo até à continência funcional.
- Educativos e comportamentais: elevar a literacia relativa à cirurgia, potenciais complicações e autocuidado urinário; ensinar e consolidar a contração correta do pavimento pélvico, evitando sinergias indesejadas; promover a adesão ao plano domiciliário (frequência, técnica e progressão); otimizar hábitos miccionais, ingestão hídrica fracionada e estratégias de supressão da urgência; e envolver a companheira/família, quando adequado.
- Psicossociais e QV: reduzir o impacto psicossocial da IU e melhorar a QV relacionada com a saúde.

6.1 – Desenho da intervenção: estrutura e fases do programa

O programa é concebido como um percurso contínuo que se inicia antes da cirurgia e se prolonga no regresso a casa, combinando sessões presenciais de Enfermagem de Reabilitação com prática domiciliária diária desde o primeiro contacto. É aplicado individualmente pelo EEER e integra educação estruturada, treino dos MPP e estratégias comportamentais (Tabela 6).

Organiza-se em 3 fases assistenciais articuladas entre si. Na fase pré-operatória, composta por 2 sessões presenciais iniciadas, idealmente 1-2 meses antes da cirurgia. Os objetivos desta fase são: capacitar para a contração correta dos MPP e preparar para o período peri-operatório. Nesta etapa, realiza-se a avaliação basal, através da anamnese e exame físico dos MPP, promove-se literacia em saúde com enfoque nos hábitos miccionais, na ingestão hídrica fracionada e na prevenção da obstipação, desenvolve-se a aprendizagem motora da contração e prescreve-se o plano domiciliário pré-operatório.

No pós-operatório (internamento), a intervenção centra-se em educação dirigida (cuidados com o cateter, mobilização, respiração), controlo da dor e orientação para hidratação/trânsito intestinal, prevenindo esforços que precipitem perdas.

A fase de reabilitação pós-remoção do cateter vesical decorre ao longo de 12 semanas e

visa recuperar a continência funcional e otimizar a QV por meio de TMPP estruturado e progressivo, com correção técnica sistemática e integração funcional. Combina 1 sessão presencial semanal de 60 minutos conduzida por EEER com prática domiciliária diária, seguindo progressão posicional (decúbito dorsal, sentado, em pé), incorporando contrações sustentadas e rápidas, automatização da manobra de *Knack* e estratégias de supressão da urgência.

Tabela 6 – Componentes do programa

Detalhes da intervenção	
Avaliação	Anamnese Exploração abdômino-pélvica Toque retal digital
Educação	Ensino da anatomia do pavimento pélvico Informar sobre a cirurgia (complicações e importância da reabilitação) Mecanismo da continência Intervenções comportamentais: hidratação fracionada; consumo de cafeína/álcool; prevenção da obstipação; atividade física
Treino	TMPP: exercícios domiciliários e na sessão; contrações sustentadas e rápidas; manobra de <i>Knack</i> ; orientação, supervisão e progressão posicional
Modalidade do programa	1 sessão presencial/semanal (60 minutos) com EEER Regime de ambulatório (internamento só no período operatório) Intervenção individualizada
Avaliação de resultados	Momentos de avaliação: T0 (pré-operatório), T1 (pós-remoção do cateter vesical), T2 (8. ^a semana), T3 (12. ^a semana) Escala de <i>Oxford</i> Modificada ICIQ-UI SF KHQ Diário miccional <i>Pad Test</i> de 24 h <i>Daily Pad Used</i>

Fonte: Elaboração própria.

Seguidamente, apresentam-se os aspetos considerados relevantes para sistematizar cada uma das três fases da intervenção.

Fase 1 – Programa de reabilitação inicial (Sessão 1, Sessão 2 e pré-operatório)

Objetivos:

- Promover literacia em saúde (anatomia do pavimento pélvico, mecanismo da continência, alterações esperadas após cirurgia).
- Ensinar a identificar e a contrair corretamente os MPP.
- Fortalecer os MPP para reduzir a IU no período pós-cirúrgico.
- Reduzir a ansiedade pré-operatória.

A fase 1 decorre em regime de ambulatório e compreende 2 sessões presenciais realizadas, idealmente, 1-2 meses antes da cirurgia (Khorrami et al., 2023). Tem como finalidade estabelecer a consciência e a capacidade de contração correta dos MPP, a capacitação do doente para reconhecer e gerir sinais e sintomas, bem como a gestão do regime terapêutico e o início do treino domiciliário desde o primeiro contacto, potenciando a recuperação da continência no pós-operatório. Cada sessão é individualizada, com duração aproximada de 60 minutos, conduzida por um EEER que interage de forma contínua com o doente, fornece feedback, corrige técnica e reforça comportamentos adequados, promovendo a manutenção dos exercícios em casa.

Sinalização, admissão e triagem

A integração no programa é desencadeada pela referenciação do doente pelo urologista após a marcação da prostatectomia radical. Em triagem, o EEER confirma os critérios de admissão, esclarece os objetivos e as rotinas do programa e obtém o consentimento informado. A sessão combina educação estruturada, treino supervisionado e prescrição de exercícios domiciliários.

Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão:

- Diagnóstico de cancro da próstata.
- Indicação para prostatectomia radical (aberta, laparoscópica ou robótica).
- Ausência de IU prévia.
- Capacidade cognitiva para compreender e executar instruções.

- Ausência de patologia neurológica.
- Consentimento informado por escrito (Khorrami et al., 2023).

Critérios de exclusão:

- Défices cognitivos/ neurológicos.
- Doença neuromuscular.
- Cirurgia prostática prévia.
- Incapacidade física para realizar exercícios dos MPP (Khorrami et al., 2023; Ouchi et al., 2024).

A descrição operacional detalhada das Sessões 1 e 2 (avaliação, instrumentos, educação, ensino técnico e prescrição domiciliária) apresenta-se de seguida.

Sessão 1: Educação, consciencialização e fortalecimento inicial**Objetivos gerais:**

- Promover a literacia em saúde para reduzir a gravidade e a duração da IU no pós-operatório.
- Promover a aprendizagem motora correta da contração dos MPP.

Objetivos específicos:

- Realizar avaliação inicial abrangente (anamnese, questionários, exame físico), para determinar o estado funcional basal do pavimento pélvico e as necessidades individuais do doente.
- Ensinar a anatomia funcional e fisiologia do pavimento pélvico, o mecanismo da continência urinária e as alterações esperadas decorrentes da cirurgia.
- Ensinar a técnica correta de contração dos MPP, maximizando a força e resistência antes da cirurgia.
- Prescrever o plano de treino domiciliário.

Avaliação basal

A sessão 1 inicia-se com a história clínica detalhada (dados sociodemográficos, antecedentes pessoais, comorbidades, terapêutica, Índice de Massa Corporal, hábitos miccionais e dietéticos (ingestão hídrica, cafeína, álcool), hábitos intestinais, atividade física,

história urológica e oncológica prévia – estadiamento, pontuação Gleason, nível de PSA, sintomas do trato urinário inferior –, e barreiras à prática domiciliária). Segue-se a avaliação funcional pré-operatória: exploração dos MPP, avaliação da força dos MPP através da Escala de *Oxford* Modificada (Anexo I), inspeção perineal, palpação e toque retal digital.

Concluída a avaliação clínica, aplicam-se os instrumentos padronizados para avaliação da IU que permitem quantificar a situação pré-operatória e estabelecer a linha de base para monitorizar o impacto da cirurgia e das intervenções subsequentes:

- ICIQ-UI SF – instrumento simples e breve que quantifica a frequência e a gravidade percebida das perdas urinárias, bem como o respetivo impacto na QV (Feng et al., 2022; García-Sánchez et al., 2022; Gerlegiz et al., 2025; He et al., 2022; Khorrami et al., 2023; Russo et al., 2025; Soto González et al., 2020; Taleb et al., 2022). Encontra-se traduzido e validado para a população portuguesa por Guerra et al. (2023) e apresenta uma pontuação total entre 0 e 21 valores, sendo os valores mais elevados indicativos de maior gravidade (Anexo II).

- KHQ – instrumento de autoavaliação amplamente utilizado para medir o impacto da IU na QV, cujos resultados se expressam por domínios transformados em 0-100, cujos valores mais altos correspondem a pior perceção (Azevedo et al., 2024; García-Sánchez et al., 2021; García-Santos et al., 2021; Gerlegiz et al., 2025; Izidoro et al., 2024) (Anexo III).

- Diário miccional de 3 dias – para caracterizar o padrão urinário em contexto real, é entregue o diário miccional de 3 dias ao doente, solicitando o registo do horário e volume de cada micção, episódios de urgência, perdas e número de pensos/fraldas utilizados; útil para caracterizar o padrão urinário basal; entregue para preenchimento no domicílio (Au et al., 2020; García-Sánchez et al., 2021; Gu et al., 2024; Soto González et al., 2020) (Apêndice XIII).

- *Pad Test* de 24 h – fornece-se ao doente um kit e um protocolo para quantificar objetivamente, em gramas, as perdas urinárias diárias. Os absorventes são previamente pesados a seco, usados exclusivamente durante 24 h, mantendo-se as atividades habituais e pesados, novamente, após o uso. A diferença entre o peso húmido e o peso seco corresponde ao volume total de urina perdido (Au et al., 2020; Chitre et al., 2023; García-Sánchez et al., 2022; García-Santos et al., 2021; Gu et al., 2024; Junwen & Rongjiang, 2020; Oh et al., 2020; Ouchi et al., 2020; Russo et al., 2025; Soto González et al., 2020; Terzoni et al., 2022; Yildiz et al., 2023) (Apêndice XIV). Para interpretação clínica, considera-se (García-Santos et al., 2021):

- Continente total: < 5 g/24 h;
- Incontinência ligeira: < 100 g/24 h;

- Incontinência moderada: 100-400 g/24 h;
- Incontinência grave: > 400 g/24 h.
- *Daily Pad Used* – registo do número de absorventes utilizados em 24 h (Azevedo et al., 2024; Bernardes et al., 2022; Feng et al., 2022; Hutchison et al., 2024; Kang et al., 2023; Scott et al., 2020). A severidade da IU pode ser classificada como: leve – 1-2 absorventes/dia, moderada – 3 absorventes/dia e grave – > 3 absorventes/dia (Azevedo et al., 2024) (Apêndice XIII).

A devolução do diário miccional e do *Pad Test* fica agendada para a Sessão 2, consolidando a avaliação basal e servindo de referência para as reavaliações subsequentes.

Educação estruturada

Após a colheita dos dados iniciais, transita-se para a componente educativa: apresentam-se de forma clara e ajustada à literacia do doente, a anatomia e função do pavimento pélvico e o mecanismo da continência urinária, enquadrando as alterações previsíveis após a prostatectomia radical (nomeadamente a elevada probabilidade de IU imediata após a remoção do cateter vesical) e os benefícios do TMPP na recuperação funcional: fortalece a musculatura peri-uretral, melhora o suporte ao esfíncter urinário, preparando o doente para compensar a deficiência funcional pós- (Bernardes et al., 2022; Gu et al., 2024; He et al., 2022; Junwen & Rongjiang, 2020; Matsunaga et al., 2022; Rapp et al., 2024; Russo et al., 2025; Soto González et al., 2020). Integram-se recomendações comportamentais: hidratação fracionada (1,5-2 L/dia), com redução no período noturno, redução de cafeína/álcool (irritantes vesicais), cessação tabágica (o tabagismo está associado a tosse crónica e pior cicatrização tecidual), peso saudável, prevenção da obstipação (dieta rica em fibras, hidratação) e atividade física regular (Azevedo et al., 2024; Bernardes et al., 2022; Gerlegiz et al., 2025; Gu et al., 2024; Izidoro et al., 2024; Soto González et al., 2020).

Avaliação funcional dos MPP

Um componente crucial da Sessão 1 é a avaliação funcional dos MPP. Após explicar ao doente o objetivo do exame, o EEER procede à avaliação física dirigida dos MPP: inspeção e palpação da região perineal e toque retal digital para avaliar a contração voluntária.

Para a avaliação manual da força, resistência e coordenação dos MPP aplica-se a Escala de *Oxford* Modificada por palpação digital (Au et al., 2020; García-Sánchez, et al., 2022). Esta classifica a função dos MPP de 0 (ausência de contração) a 5 (contração forte). O doente é

instruído a contrair “como se estivesse a tentar interromper o jato urinário” enquanto o EEER palpa a contração do esfíncter uretral e da musculatura perineal (Azevedo et al., 2024; Gerlegiz et al., 2025). Em simultâneo, verifica-se a ativação incorreta de músculos acessórios (glúteos, abdómen ou adutores); a presença de contrações inadequadas pode indicar dificuldade em isolar os MPP.

Durante uma contração correta pode observar-se a elevação discreta dos testículos e retração peniana (Azevedo et al., 2024; Matsunaga et al., 2022). Adicionalmente, realiza-se um teste de esforço: tossir sem contrair os MPP para detetar eventual fuga de urina e repete a tosse contraindo os MPP (manobra de *Knack*). Estas manobras informam sobre capacidade funcional e ativação reflexa dos MPP, avaliando a qualidade da contração voluntária, a persistência na contração e o controlo em situações de aumento da pressão intra-abdominal.

Ensino prático do TMPP

Concluída a avaliação e a componente educativa, procede-se ao ensino prático e à instalação da técnica de contração. O objetivo é ensinar a execução correta da técnica de contração, corrigir erros de concretização e garantir autoconfiança para a prática autónoma. Em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos, o EEER utiliza comandos verbais consistentes para a instrução da contração dos MPP: “elevar para cima e para dentro os MPP, como se fosse interromper o jato urinário ou reter gases” (Azevedo et al., 2024; Gerlegiz et al., 2025; Ouchi et al., 2024; Szczygielska et al., 2022), garantindo a ausência de contração de músculos acessórios como abdominais, glúteos ou adutores da coxa (García-Santos et al., 2021; Matsunaga et al., 2022; Szczygielska et al., 2022; Terzoni et al., 2022) e manutenção da respiração durante a contração (Ouchi et al., 2024), pois o controlo da respiração ajuda a gerir a pressão intra-abdominal (Au et al., 2020).

Utilizam-se estratégias de propriocepção e feedback tátil e verbal para que o doente consiga identificar e contrair corretamente os MPP. Podem ser utilizadas diversas técnicas de feedback, tais como: palpação perineal/retal, para testar manualmente a força e resistência muscular (García-Santos et al., 2021; Gerlegiz et al., 2025; Ouchi et al., 2024), observação perineal com espelho – elevação discreta da base do pénis e dos testículos, como um sinal de contração correta dos MPP e feedback tátil – mão no abdómen/glúteos (Azevedo et al., 2024).

Confirmada a técnica correta, progride-se para o ensaio das contrações.

Exercícios de contrações sustentadas versus rápidas

O programa de exercícios inicial envolve 2 tipos de contrações musculares: sustentadas (lentas) e rápidas (curtas).

Ensaiam-se contrações sustentadas: cerca de 6-8 s de contração seguidas de 6-8 s de relaxamento (Ouchi et al., 2024); 8-10 repetições (Azevedo et al., 2024; Chitre et al., 2024; Khorrami et al., 2023). O objetivo destas contrações é aumentar a resistência dos MPP, fundamental para manter a continência urinária ao longo do dia, suportando a bexiga e a uretra contra a gravidade e atividades rotineiras. Em seguida, introduzem-se as contrações rápidas: cerca de 1-2 s de contração, seguidas de 1-2 s de relaxamento (Ouchi et al., 2024), 8-10 repetições, reforçando o relaxamento completo entre repetições. As contrações rápidas treinam a capacidade de resposta rápida do pavimento pélvico (importante para conter aumentos abruptos de pressão abdominal, como tossir) (Ouchi et al., 2024).

Sequência combinada

Após treinar separadamente, e se a qualidade for adequada, realiza-se uma série combinada envolvendo ambos os tipos de contração (por exemplo, 10 contrações sustentadas, seguidas de 10 contrações rápidas), simulando um treino típico para casa. Assim, o doente experimenta como será realizar múltiplas repetições. Durante essa sequência, o EEER oferece feedback contínuo: elogia as execuções corretas e corrige erros. Esse reforço imediato é crucial para fixar a técnica.

Técnicas complementares

Introduz-se, ainda na sessão, a manobra de *Knack* (pré-contração rápida e firme antes e durante esforços que aumentam a pressão intra-abdominal, como tossir, espirrar ou levantar-se), com o objetivo de prevenir perdas urinárias (García-Santos et al., 2021; Gerlegiz et al., 2025; Ouchi et al., 2024; Scott et al., 2020), realizando 2-3 ensaios práticos na sessão, para promover a compreensão e a antecipação do gesto.

Posições e progressão

Nesta sessão inicial, opta-se por ensinar os exercícios numa posição que minimize o esforço gravitacional sobre o pavimento pélvico, facilitando a contração: decúbito dorsal (menor carga gravitacional) com os joelhos fletidos. Esta posição permite ao doente concentrar-se nos MPP sem simultaneamente ter de sustentar o peso dos órgãos pélvicos contra a gravidade.

Prescrição do TMPP domiciliário pré-operatório

Com a técnica instalada, é prescrito o plano domiciliário a iniciar desde o primeiro dia: 3 sessões por dia (manhã, tarde e noite) (Azevedo et al., 2024; Gerlegiz et al., 2025; Soto González et al., 2020; Szczygielska et al., 2022; Wennerberg et al., 2023), cada uma composta por 10 contrações sustentadas, mantendo cada contração cerca de 6-8 s seguidos de 6-8 s de relaxamento, seguidas de 10 contrações rápidas, contraindo e relaxando em sequências breves de 1-2 s cada (Ouchi et al., 2024).

Sugere-se vincular os exercícios a momentos fixos do dia (por exemplo, após ida à casa de banho pela manhã, no intervalo do almoço e antes de dormir) para facilitar a adesão.

São explicados os critérios de segurança: interrupção dos exercícios perante dor/desconforto abdominal ou pélvico; esvaziar a bexiga antes do treino; manter respiração contínua; relaxar totalmente entre repetições.

Material de apoio

Juntamente com a prescrição dos exercícios, o doente recebe materiais de apoio impressos que consolidam as orientações fornecidas na sessão:

- Folheto ilustrado com resumo das informações-chave abordadas na sessão: anatomia, técnica de contração e plano de exercícios (número de contrações, duração, frequência) (Azevedo et al., 2024; Bernardes et al., 2022; Gezginçi et al., 2023; Gerlegiz et al., 2025; Gu et al., 2024; Izidoro et al., 2024; Khorrami et al., 2023; Rapp et al., 2023; Russo et al., 2025; Soto-González et al., 2020; Taleb et al., 2022; Wennerberg et al., 2023) (Apêndice XV).

- Diário de treino com grelha para registo diário das sessões de exercícios (número de séries, frequência) (Azevedo et al., 2024; Gerlegiz et al., 2025; Izidoro et al., 2024; Russo et al., 2025) (Apêndice XV).

- Diário miccional: registo de horários/volumes de micção, episódios de perda urinária, número de absorventes e sensação de urgência (Au et al., 2020; García-Sánchez et al., 2022; Ouchi et al., 2024; Soto-González et al., 2020) (Apêndice XIII).

- *Pad Test* de 24 h: ficha com linguagem simples (Apêndice XIV).

Sessão 2 – Reforço técnico, progressão funcional e preparação peri-operatória

A Sessão 2 realiza-se idealmente 1 a 2 semanas antes da cirurgia e dá continuidade ao programa iniciado na Sessão 1. O propósito central é consolidar e reforçar a técnica correta de contração dos MPP, verificar a adesão ao treino domiciliário e preparar o doente para o período pós-operatório.

Objetivo geral:

- Consolidar o TMPP iniciado na Sessão 1, avaliar adesão, reforçar a educação comportamental e preparar emocionalmente o doente para a cirurgia, promovendo a prevenção da IU no pós-operatório.

Objetivos específicos:

- Reavaliar a técnica do doente e proceder às correções necessárias.
- Progredir os exercícios para posições funcionais (sentado e em pé).
- Reforçar estratégias comportamentais e de estilo de vida.

O primeiro momento da Sessão é dedicado à análise estruturada dos registos entregues na Sessão 1: verificação do diário miccional (3 dias), validação do *Pad Test* de 24 h, contagem de absorventes nas últimas 24 h e verificação da adesão ao programa (diário de treino), clarificando dúvidas de preenchimento e completando informação, de forma a garantir a qualidade dos dados iniciais que servirão de referência para a comparação subsequente.

Avança-se para a reavaliação técnica dirigida dos MPP, com o propósito de aferir a qualidade da execução e preparar a progressão. Mediante consentimento, o EEER observa a contração em decúbito e repete a avaliação digital pela Escala de *Oxford* Modificada, registando a força, a *endurance*, bem como a presença de erros (por exemplo, ativação abdominal ou glútea ou relaxamento insuficiente entre repetições), permitindo comparar com a Sessão 1 para documentar a evolução e corrigir antes de progredir.

Progressão funcional do TMPP

Segue-se a progressão funcional do treino. Mantém-se, num primeiro momento, um ensaio curto em decúbito dorsal, para garantir a seletividade da contração, e migra-se de seguida para a posição sentada, onde se praticam blocos de contrações sustentadas (aproximadamente 6-8 s

de contração seguidos de 6-8 s de relaxamento) e blocos de contrações rápidas (1-2 s de contração/relaxamento). Se a técnica se mantiver consistente, progride-se para posição de pé, repetindo o esquema, com atenção reforçada ao controlo postural e à contração seletiva, sem ativação acessória de abdominais, glúteos ou adutores.

Esta progressão posicional (de supina, a sentado e em pé) nos exercícios dos MPP aproxima a ativação desses músculos às atividades de vida diária, favorecendo a ativação e a coordenação antecipatória desses músculos em diversas posturas e otimizando a sua eficácia na prevenção de perdas urinárias (Russo et al., 2025). Em paralelo, a manobra de *Knack* é treinada de forma sistemática e contextualizada, solicitando que o doente antecipe uma contração rápida e firme dos MPP imediatamente antes e durante aumentos previsíveis da pressão intra-abdominal (tossir, espirrar, transitar da posição sentada para a posição de pé, iniciar a marcha, apanhar um objeto), repetindo os ensaios até que a resposta se torne progressivamente automática.

Educação pré-operatória e cuidados no pós-operatório

O EEER informa sobre os possíveis desafios do período pós-cirúrgico, promovendo a capacitação para a autogestão e a redução da ansiedade.

A componente educativa desta sessão inclui uma orientação peri-operatória detalhada, com o objetivo de reduzir ansiedade e alinhar expectativas. Explica-se o percurso esperado no dia da cirurgia, desde a admissão e preparação até ao recobro e regresso ao internamento, clarificando que é previsível acordar com um cateter vesical temporário para drenagem contínua da urina.

A reintrodução plena do TMPP ocorre após a remoção do cateter vesical (García-Santos et al., 2021; Soto Gonzalez et al., 2020; Terzoni et al., 2022).

Antecipa-se também que a IU inicial é frequente após a remoção do cateter vesical, com necessidade de uso de dispositivos absorventes. Explicita-se que o padrão de recuperação é individual e que comparações com terceiros são desaconselhadas.

Reforçam-se, ainda, as recomendações de higiene miccional, hidratação fracionada e prevenção da obstipação.

Motivação e adesão ao treino domiciliário

Reforça-se a motivação para continuar o programa de exercícios no domicílio. O EEER revisita os objetivos do treino dos MPP e os benefícios esperados (recuperação da continência

urinária e melhoria da QV), valorizando os progressos alcançados e esclarecendo dúvidas/dificuldades surgidas na prática domiciliária.

Revisão do plano de treino domiciliário (até à cirurgia)

O plano domiciliário de treino dos MPP, estabelecido na sessão inicial, é revisto e ajustado. Mantém-se a prática diária desde o primeiro contacto, recomendando 3 sessões por dia. Sempre que a técnica o permita, solicita-se que pelo menos uma sessão diária decorra em posição sentada e outra em pé, reservando o decúbito para situações de cansaço ou para reforço da seletividade. Em cada sessão, preserva-se a dose de referência (10 contrações sustentadas de 6-8 s seguidas de 10 contrações rápidas de 1-2 s), podendo o EEER introduzir uma segunda série numa das sessões diárias quando a execução é consistente e sem sinais de cansaço excessivo. A aplicação da manobra de *Knack* é enfatizada em situações concretas do quotidiano, encorajando a sua utilização deliberada em 2-3 episódios por dia. Reforçam-se os critérios de segurança já estabelecidos na Sessão 1: esvaziar a bexiga antes de treinar; interromper perante dor/desconforto pélvico; respiração contínua; relaxar entre repetições; não insistir em contrações máximas na presença de dor/fadiga.

Continuidade de cuidados

Fica calendarizado o contacto subsequente à remoção do cateter vesical, garantindo a continuidade do percurso de reabilitação e a monitorização precoce no período pós-operatório.

Solicita-se que o doente traga o diário miccional atualizado e o *Pad Test* de 24 h (realizados após a remoção do cateter vesical) para a sessão seguinte, de modo a permitir a monitorização precoce no período pós-operatório e a comparação objetiva com o pré-operatório.

Na tabela seguinte encontra-se resumido o plano das Sessões 1 e 2 (Tabela 7).

Tabela 7 – Fase pré-operatória: plano das Sessões 1 e 2

Sessão	Foco principal	Intervenções	Dosagem	Prescrição domiciliária
Sessão 1	Consciencialização, avaliação e instrução da técnica	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação: anamnese, exame físico dos MPP com inspeção e toque retal digital. • Educação: anatomia 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrações sustentadas: 6-8 s de contração + 6-8 s de relaxamento, 8-10 repetições. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar no dia 1: 3×/dia • Por sessão: 10 sustentadas 6-8 s, 6-8 s relaxamento) + 10 rápidas (1-2 s), em decúbito

		<p>e função dos MPP, mecanismo da continência, alterações pós-cirúrgicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensino técnico: instalação da contração correta, início dos exercícios em posição de baixo esforço (supina). • Treino inicial: contrações sustentadas e rápidas em blocos curtos; Introdução da manobra de <i>Knack</i>. • Aconselhamento comportamental: ingestão hídrica fracionada, moderação álcool/caféina, cessação tabágica, prevenção da obstipação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrações rápidas: 1-2 s contração/1-2 s relaxamento, 8-10 repetições. • Respiração: “inspire para preparar; expire e contraia; mantenha respiração contínua; relaxe no final”. 	<p>dorsal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar manobra de Knack: 2-3×/dia em situações de risco (tossir/espirrar/mudanças de posição). • Segurança: esvaziar a bexiga; interromper com dor/hematúria/aumento de perdas.
Sessão 2	Correção técnica e automatização inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliação técnica: verificação e correção da técnica (sem participação de musculatura acessória). • Progressão posicional: sentado e em pé (se técnica estável). • Treino funcional: manobra de <i>Knack</i> em tarefas simuladas (levantar/sentar). • Reforço comportamental da Sessão 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrações sustentadas (sentado/em pé): 6-8 s + 6-8 s relaxamento, 8-10 repetições, foco na qualidade e controlo postural. • Contrações rápidas: 1-2 s/1-2 s, 8-10 repetições. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar plano: 3×/dia; quando a técnica o permita, ≥ 1 sessão/dia sentado e ≥ 1 em pé, reservando decúbito para seletividade/fadiga. • Por sessão: 10 sustentadas + 10 rápidas; considerar aumento gradual de repetições ou 2.ª série em 1 das sessões diárias se execução consistente. Continuar <i>Knack</i> 2-3×/dia.

		<ul style="list-style-type: none"> • Educação dirigida e planeamento peri-operatório: o que esperar no internamento; presença do cateter vesical; retoma do TMPP após remoção do cateter. • 		
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Fonte: Elaboração própria, baseado em García-Sánchez et al., 2022; García-Santos et al. (2021); Gerlegiz et al. (2025); Khorrami et al. (2023); Ouchi et al. 2024; Taleb et al. (2023).

Protocolo – Fase pós-operatória (internamento)

A fase de internamento decorre, em média, durante 4 dias. Nesta etapa, o EEER coordena intervenções multimodais para otimizar a recuperação da continência urinária, promover a mobilização precoce e prevenir complicações, preparando a transição segura para o plano domiciliário e para a fase pós-remoção do cateter vesical.

Objetivos gerais:

- Prevenir complicações respiratórias e tromboembólicas;
- Proteger a anastomose uretro-vesical;
- Preparar o doente para a alta, assegurando continuidade do programa de reabilitação.

Objetivos específicos:

- Reforçar hábitos miccionais e educação comportamental;
- Assegurar a mobilização precoce;
- Ensinar sobre cuidados com o cateter urinário e sinais de alarme;
- Planear a alta e agendar o seguimento com EEER (pós-remoção do cateter vesical).

Dia 1 pós-operatório:

1. Reeducação funcional respiratória

- ✓ Consciencialização e controlo respiratório com dissociação dos tempos respiratórios;

- ✓ Respiração abdomino-diafragmática;
- ✓ Exercícios de expansão pulmonar (globais e seletivos) com bastão e mobilização costal;
- ✓ Exercícios de reeducação diafragmática com flexão/extensão da articulação coxo-femoral;
- ✓ Tosse dirigida e assistida com contenção manual da ferida cirúrgica.

2. Mobilização precoce

- ✓ Ensinar/instruir e treinar mobilizações ativas dos membros superiores e inferiores;
- ✓ Ensinar/instruir e treinar técnica de levantar:
 - 1º levante pós-operatório assistido: posição em decúbito lateral, seguido de elevação do tronco com carga no cotovelo proximal ao leito, mobilização dos membros inferiores para o exterior do leito, assumindo a posição de sentado com os pés assentes no chão.
- ✓ Treino inicial de marcha assistida.

(Ordem dos Enfermeiros, 2018; Cordeiro & Menoita, 2012)

3. Educação terapêutica

- ✓ Ingestão hídrica fracionada;
- ✓ Recomendações para evitar esforço evacuatório;
- ✓ Orientações sobre cuidados com o cateter vesical:
 - Correta fixação e posicionamento para prevenir tração;
 - Higiene local adequada para prevenção de infeções;
 - Manutenção da permeabilidade do sistema de drenagem.

Dia 2 pós-operatório:

1. Progressão funcional e mobilidade

- ✓ Treino levantar/sentar;
- ✓ Ensinar/instruir e treinar exercícios de relaxamento e mobilização da cervical, articulação escapulo-umeral e cintura escapular (em ortostatismo);
- ✓ Treino de membros inferiores, com apoio de mãos na barra da cama, incluindo:
 - Flexão/extensão da articulação coxo-femoral e joelho;
 - Abdução/adução da articulação coxo-femoral;
 - Flexão plantar/dorsiflexão;
 - Semi-agachamento;

- Incentivar a deambulação progressiva.

(Ordem dos Enfermeiros, 2018; Cordeiro & Menoita, 2012)

2. Educação para a alta

- ✓ Reforço dos cuidados com o cateter vesical: transporte do saco coletor, higiene adequada e manutenção da permeabilidade;
- ✓ Sinais de alarme: hematúria persistente, febre, dor, sinais inflamatórios da ferida cirúrgica;
- ✓ Explicar que a IU inicial após a remoção do cateter vesical é esperada;
- ✓ Orientar para a eventual necessidade do uso de absorventes após a remoção do cateter vesical;
- ✓ Produtos para o cuidado da IU:
 - Escolha pensos para a IU leve;
 - Fraldas para a IU moderada;
 - Protetores de fraldas para IU grave à noite;
 - Fraldas para atividades diurnas em casos graves (Gu et al., 2024).
- ✓ Reforçar cuidados com a pele, incluindo higiene adequada e prevenção de irritações associadas ao uso de produtos.

3.Trânsito intestinal

- ✓ Reforçar dieta rica em fibras e hidratação adequada;
- ✓ Orientar posicionamento correto na casa de banho (pés elevados; expiração ao evacuar).

4.Atividade diária

- ✓ Incentivar a deambulação;
- ✓ Reforçar a necessidade de evitar esforços abdominais e levantar pesos.

Dia 3 pós-operatório (alta):

1. Atividade e mobilidade

- Incentivar a deambulação diária progressiva.

2. Cuidados com o cateter vesical

- Reforçar cuidados com o cateter vesical e sinais de alarme.

3. Preparação para a remoção do cateter vesical

- Reforçar os ensinamentos do dia anterior.

4. Continuidade do programa de reabilitação

- Orientar o plano domiciliário de exercícios, com retoma do TMPP após a remoção do cateter vesical;
- Agendar a próxima sessão do programa, a realizar após remoção do cateter vesical.

Antes da alta, revêem-se os critérios de segurança e contacto com a equipa: dor pélvica persistente que não cede com analgesia, febre, hematúria intensa ou persistente, sinais inflamatórios da ferida cirúrgica, mal-estar acentuado ou dificuldade em esvaziar a bexiga após a remoção do cateter. Relembra-se que, no domicílio, o doente deve manter respiração contínua durante todos os esforços, expirando suavemente ao levantar-se, tossir ou espirrar e que não deve iniciar séries estruturadas de treino dos MPP enquanto se mantiver algaliado.

Com esta arquitetura, a fase de internamento cumpre uma dupla finalidade: assegurar a recuperação segura e confortável do ato cirúrgico e preparar, sem sobrecarga, a transição para o treino estruturado pós-remoção do cateter vesical e a confiança do doente no seu próprio processo de reabilitação.

Fase de reabilitação pós-remoção do cateter vesical

A fase intensiva subsequente à remoção do cateter prolonga-se por 12 semanas (Gezginci et al., 2023; Izidoro et al., 2024; Matsunaga et al., 2022; Soto-González et al., 2020) e combina uma sessão presencial supervisionada por semana (Azevedo et al., 2024; Bernardes et al., 2022; Scott et al., 2020; Szczygielska et al., 2022) de 60 minutos, conduzida por um EEER, com prática domiciliária diária.

O objetivo desta fase transita da aprendizagem motora para a reabilitação funcional da continência, através de treino estruturado e progressivo dos MPP, articulado com orientações comportamentais e estratégias de autogestão.

Objetivo geral:

- Recuperar a continência urinária (definida em estudos como perda $\leq 4\text{g}/24\text{ h}$ no *Pad Test* ou uso de ≤ 1 absorvente/dia) (Au et al., 2020; Ouchi et al., 2024; Russo et al., 2025), fortalecer a função dos MPP e melhorar a QV.

Objetivos específicos:

- Monitorizar e gerir a IU inicial.
- Reduzir a IU, através de TMPP progressivo.
- Acompanhar a progressão do TMPP (corrigir execução, ajustar carga/posição).
- Consolidar estratégias comportamentais e gerir problemas emergentes (urgência, perdas, dor).

Início e reavaliação

A primeira sessão desta fase ocorre entre 1-3 semanas após a remoção do cateter vesical, condicionada à estabilidade clínica (Au et al., 2020; Azevedo et al., 2024; Bernardes et al., 2022; García-Santos et al., 2021; Hutchison et al., 2023; Izidoro et al., 2024; Kang et al., 2023; Yildiz et al., 2023). Nesta sessão, o EEER:

- Atualiza a avaliação clínica (tipo de cirurgia, técnica cirúrgica, complicações pós-cirúrgicas, avaliação da IU (tipo, severidade objetiva - *Pad Test* de 24 h, severidade subjetiva - *Daily Pad Used 24 h*).
- Realiza avaliação funcional e sintomas adicionais: exame dos MPP (anamnese, exploração da musculatura abdomino-pélvica, toque retal) para avaliar a força e resistência dos MPP pela Escala de *Oxford* Modificada, estabelecendo uma linha de base pós-cateter para monitorização da evolução.
- Avalia o impacto da IU na QV com recurso ao KHQ e ICIQ-SF.

Organização das sessões presenciais (12 semanas)

A organização do treino segue uma progressão posicional gradual, tanto em termos de dificuldade dos exercícios como de posicionamento corporal (Au et al., 2020; Gerlegiz et al., 2025; Scott et al., 2020) (Tabela 8), objetivo é evoluir do controlo isolado dos MPP para a sua integração funcional em movimentos e posturas que imitam as atividades de vida diária:

- Semanas 1 a 4: Reativação, correção e instalação – readquirir o controlo muscular após o “trauma cirúrgico” e o período de algiação e começar a integrar o TMPP em tarefas

funcionais.

- Semanas 5 a 8: Fortalecimento e intensificação – a intensidade e o volume são otimizados.
- Semanas 9 a 12: Consolidação e manutenção – garantir que os ganhos de força sejam mantidos e que o doente esteja pronto para a manutenção de longo prazo.

Tabela 8 – Estrutura semanal do programa de reabilitação (12 semanas)

Semana	Fase	Intervenções principais
1-3	Fase 1 – Reativação, correção e instalação	TMPP em supina; contrações sustentadas e rápidas; introdução do <i>Knack</i> em situações previsíveis (tosse/espirro).
4	Transição posicional	Progressão para sentado; treino técnico e <i>Knack</i> em posição funcional simples.
5-6	Fase 2 – Fortalecimento e intensificação	Consolidação em sentado; 10-12 repetições; 1-2 séries; <i>Knack</i> em levantar/sentar.
7-8	Integração funcional	Progressão para em pé (se critérios cumpridos); treino de marcha, degraus, apanhar objetos; <i>Knack</i> antecipatório. Avaliação intermédia (T2).
9-10	Fase 3 – Consolidação	Predomínio em pé; treino de tarefas complexas: escadas, transporte de objetos, alcance.
11	Automatização	<i>Knack</i> integrado em todas as tarefas de esforço.
12	Avaliação final e manutenção	Avaliação global (T3); plano de manutenção domiciliária.

Fonte: Elaboração própria.

O TMPP inicia-se em decúbito dorsal, onde a exigência gravitacional é menor e a seletividade muscular é mais facilmente alcançada; transita-se depois para a posição de sentado e, subsequentemente, para a posição de pé, aumentando gradualmente a exigência postural e a necessidade de estabilização. Progressivamente, introduzem-se tarefas funcionais simples que simulam as atividades de vida diária, que consistem em contrações dos MPP durante a execução de tarefas diárias (Russo et al., 2025). Estas tarefas podem incluir subir e descer escadas, apanhar objetos do chão, caminhar, correr, levantar-se (Gerlegiz et al., 2025), com integração sistemática da manobra de *Knack*, mediante demonstração de aptidão para realizar exercícios de maior dificuldade (Bernardes et al., 2022) (Tabela 9). A manobra de *Knack* é treinada e aplicada em situações previsíveis de aumento de pressão intra-abdominal (tossir, espirrar,

levantar pesos), procurando a automatização da resposta antecipatória e prevenindo perdas urinárias (García-Santos et al., 2021; Gerlegiz et al., 2025; Ouchi et al., 2024; Scott et al., 2020).

Em cada sessão, os blocos técnicos articulam contrações sustentadas de 6-8 s, seguidas de igual período de relaxamento (Ouchi et al., 2024); com séries de contrações rápidas de 1 a 2 s, intercaladas por relaxamentos equivalentes (Gerlegiz et al., 2025; Szczygielska et al., 2022; Ouchi et al., 2024), sempre com respiração contínua (Ouchi et al., 2024).

Tabela 9 – Progressão técnica do TMPP (posições, repetições, séries e *Knack*)

Semanas	Posição alvo	Contrações sustentadas	Contrações rápidas	Séries por sessão	Funcional/ <i>Knack</i>
1-3	Decúbito dorsal	10 repetições; 6-8 s + 6-8 s relaxamento	10 repetições; 1-2 s	1 de cada tipo	<i>Knack</i> 2-3×/dia (tosse/espirro/mudança posição)
4	Sentado (início)	8-10 repetições; 6-8 s + 6-8 s relaxamento	8-10 repetições; 1-2 s	1 série de cada tipo	<i>Knack</i> sentado (tosse, levantar)
5-6	Sentado (consolidação)	10-12 repetições; 6-8 s + 6-8 s relaxamento	10-12 repetições; 12 s	1-2 séries	<i>Knack</i> em levantar/sentar
7-8	Em pé (progressão)	8-10 repetições; 6-8 s + 6-8 s relaxamento	8-10 repetições; 1-2 s	1-2 séries	<i>Knack</i> em marcha, degraus
9-12	Em pé (predomínio)	10-12 repetições; 6-8 s + 6-8 s relaxamento	10-12 repetições; 1-2 s	1-2 séries	<i>Knack</i> automatizado nas tarefas

Fonte: Elaboração própria.

A progressão entre semanas é individualizada e baseada em critérios objetivos. Progride-se quando o doente demonstra aptidão para realizar exercícios de maior dificuldade e de acordo com a capacidade de contração (Bernardes et al., 2022; Ouchi et al., 2024): contração seletiva, expiração no início de cada contração, relaxamento completo entre repetições e ausência de contrações acessórias visíveis, sem aumento subsequente de perdas. Na presença de dor, interrupção da respiração, cansaço desproporcionado ou agravamento das perdas, reduzem-se as séries e repetições, regressa-se à posição anterior e reforça-se a qualidade técnica antes de nova progressão.

A partir das sessões intermédias e avançadas, podem ser integrados exercícios complementares como a ponte, a borboleta e o *lunge*, que fazem parte de regimes de treino avançado do pavimento pélvico. Estes exercícios visam potenciar a ativação sinérgica dos MPP

e do músculo transverso do abdómen, reforçando a estabilidade lombo-pélvica e a transferência funcional para as atividades de vida diária (Au et al., 2020; Russo et al., 2025).

Plano domiciliário

O plano domiciliário é revisto e ajustado semanalmente, reproduzindo os exercícios praticados em sessão e mantendo, como referência, 3 sessões diárias. Em cada sessão realizam 10 contrações sustentadas (6-8 s de duração e relaxamento de 6-8 s), seguidas de 10 contrações rápidas (1-2 s), nas posturas previamente validadas em consulta (Tabela 10).

À medida que a técnica se torna consistente, o EEER pode aumentar gradualmente o número de repetições (Au et al., 2020) ou número de séries (Gerlegiz et al., 2025). Recomenda-se que pelo menos uma sessão diária decorra em posição sentada e outra em pé, reservando o decúbito dorsal para momentos de cansaço ou para reforço da seletividade. Para favorecer a transferência para a vida diária, o doente é instruído a aplicar a manobra de *Knack* (Gerlegiz et al., 2025; Ouchi et al., 2024; Scott et al., 2020) em 2-3 episódios de risco por dia (mudanças de posição, tossir/espirrar, pequenas cargas) e utilizar estratégias de supressão da urgência, que incluem interromper a ação, realizar 2-3 ciclos respiratórios, efetuar 2-3 contrações rápidas e suaves dos MPP e dirigir-se de forma controlada à casa de banho, integrando progressivamente um esquema temporal de micção e aumentando o intervalo entre micções de modo graduado (Bernardes et al., 2022; Izidoro et al., 2022; Soto González et al., 2020). O objetivo é ajudar o doente a formar um hábito de exercício regular e a gerir a urgência de forma controlada para espaçar as idas à casa de banho (Gu et al., 2024; He et al., 2022).

Tabela 10 – Estrutura do plano domiciliário de TMPP (pós-operatório)

Sessões diárias	Conteúdo	Observações
3 sessões	10 contrações sustentadas (6-8 s + 6-8 s relaxamento) + 10 contrações rápidas (1-2 s).	O volume pode ser progressivamente aumentado de 10 repetições por dia (escalonado a cada 2 semanas).
Progressão funcional	Progressão das contrações em diferentes posições conforme o realizado na sessão presencial.	
Manobra funcional	Manobra de <i>Knack</i> em 2-3 episódios diários (tosse, espirro, levantar/sentar, pequenas cargas).	Treino de supressão da urgência: parar ação, 2-3 ciclos respiratórios, 2-3 contrações rápidas

		suaves, dirigir-se à casa de banho de forma controlada.
Outros exercícios	Realização de ponte, borboleta e <i>lunge</i> .	

Fonte: Elaboração própria.

Educação comportamental

A educação comportamental percorre toda a fase e é refinada de acordo com as necessidades emergentes. Reforçam-se higiene miccional: realização de atos de micção apenas na presença de estímulo urinário, planeamento de intervalos de tempo de micção; hidratação fracionada com redução vespertina/noturna; prevenção de obstipação: consumo de fibras, água (Bernardes et al., 2022; Gu et al., 2024; Ouchi et al., 2024; Russo et al., 2025); cuidados com a pele perineal (higiene, secagem, aplicação de barreiras cutâneas quando necessário) (Gu et al., 2024; Yildiz et al., 2023); e uso de pensos/fraldas adequados (tipo/tamanho de acordo com a severidade da IU) (Bernardes et al., 2022; Feng et al., 2021; Gu et al., 2024; Kang et al., 2023). Abordam-se expectativas realistas sobre o ritmo de recuperação e, quando pertinente, aspetos psicossociais, como ansiedade e depressão (García-Sánchez et al., 2022; Izidoro et al., 2024; Yildiz et al., 2023), distúrbios do sono e humor (Azevedo et al., 2024; Izidoro et al., 2024) e impacto na função sexual (Bernardes et al., 2022; García-Santos et al., 2021; Russo et al., 2025; Wennerberg et al., 2023), oferecendo esclarecimento e eventual referenciação. O envolvimento do parceiro/família é promovido sempre que favoreça a adesão ao tratamento e a normalização do processo de recuperação (Bernardes et al., 2022; Gerlegiz et al., 2025; Gu et al., 2024; Izidoro et al., 2024; Wennerberg et al., 2023).

Segurança (regras operacionais)

As medidas de segurança são reiteradas ao longo de todo o processo: esvaziar a bexiga antes de treinar, evitar bloqueio respiratório, interromper o treino na presença de dor pélvica, hematúria ou aumento das perdas e contactar a equipa assistencial nesses cenários.

Monitorização de resultados (momentos padronizados)

A monitorização de resultados é padronizada em 3 momentos. No T1, correspondente ao início desta fase, atualizam-se a Escala de *Oxford* Modificada, o ICIQ-UI SF, o KHQ, o diário miccional de 3 dias, o *Daily Pad Used* e o *Pad Test* de 24 h; reconstruindo a linha de base pós

remoção do cateter vesical. No T2, 8.^a semana, repete-se o conjunto para objetivar tendências de melhoria e no T3, à 12.^a semana, realiza-se a reavaliação final.

Para garantir reprodutibilidade e auditoria, cada sessão é documentada num *template* que inclui: data e semana do programa; sintomas (dor – Escala Numérica da Dor, urgência, perdas, absorventes/24 h); graduação da força; número de repetições com técnica correta; dose aplicada (posições, séries, repetições e tempos); intercorrências; educação; plano domiciliário ajustado e metas até à sessão seguinte (Apêndice XVI).

O encerramento da fase intensiva de reabilitação ocorre na 12.^a semana, momento em que são avaliados os resultados e definido um plano de manutenção. Para doentes com continência funcional, definida como perda de urina inferior a 10 g/dia ou utilização de 1 absorvente ou menos por dia, estabelece-se um regime de manutenção com exercícios semelhantes aos utilizados na reabilitação intensiva (Au et al., 2020; Terzoni et al., 2022), destinados a preservar os ganhos de continência e função do pavimento pélvico e a evitar regressões de padrão motor e perda do tónus muscular (Terzoni et al., 2022) (Tabela 11).

Tabela 11 – Programa de exercícios de manutenção

Momento do Dia	Posição	Tipo de Contração	Repetições / Duração
Manhã	Decúbito dorsal (deitado): - Pernas esticadas - Joelhos fletidos (após pernas esticadas)	Contração rápida: contrair e relaxar o mais rapidamente possível	10 vezes; Descansar 2 minutos; Repetir (para cada posição)
	Em pé: - Pernas fechadas - Pernas abertas (após pernas fechadas)	Contração rápida: contrair e relaxar o mais rapidamente possível (mesmo padrão do exercício 1 - manhã)	10 vezes; Descansar 2 minutos; Repetir (para cada posição)
	Decúbito dorsal (deitado): - Joelhos fletidos, pés juntos (formando um losango)	Contração rápida com relaxamento lento: contração rápida, relaxar o mais lentamente possível	20 vezes
	Ao caminhar	Contração rápida: contrair e relaxar rapidamente	10 vezes; Descansar 2 minutos; Repetir

Tarde	Decúbito dorsal (deitado): - Pernas esticadas - Joelhos dobrados (após pernas esticadas)	Contração rápida com sustentação e relaxamento lento: contração rápida, manter por 5 s, relaxar o mais lentamente possível	10 vezes; Descansar 2 minutos; Repetir (para cada posição)
	Em Pé: - Pernas fechadas - Pernas abertas (após pernas fechadas)	Contração rápida com sustentação e relaxamento lento: Contração rápida, manter por 5 s, relaxar o mais lentamente possível (mesmo padrão do Exercício 1 - Tarde)	10 vezes; Descansar 2 minutos; Repetir (para cada posição)
	Decúbito Dorsal (Deitado): - Joelhos fletidos, pés juntos (formando um losango)	Contração rápida com sustentação e relaxamento lento: Contração rápida, manter por 5 s, relaxar o mais lentamente possível.	20 vezes
	Ao Caminhar	Contração rápida com sustentação e relaxamento lento: Contração rápida, manter por 5 s e soltar o mais lentamente possível	10 vezes; Descansar 2 minutos; Repetir
Uma vez ao dia	Sentado numa cadeira	1. Contrair sentado e manter ao levantar; relaxar lentamente até atingir a posição de pé. 2. Contrair sentado e manter ao sentar; relaxar quando sentado	Repetir os 2 pontos (10 vezes)

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Terzoni et al. (2022).

Conclusão

O presente trabalho de projeto permitiu conceber, de forma sistemática e fundamentada, um programa de Enfermagem de Reabilitação dirigido ao homem com IU pós-prostatectomia radical. Partindo do diagnóstico de situação e do mapeamento da evidência por meio de *scoping review*, foram alcançados os objetivos definidos: mapear a evidência existente sobre programas de reabilitação para a IU pós-prostatectomia radical e desenvolver uma proposta de programa exequível, estruturado em sessões, materiais educativos e plano de monitorização.

A evidência identificada confirma o TMPP como intervenção de primeira linha, eficaz para fortalecer a musculatura pélvica e melhorar a continência. A sua efetividade é potenciada pelo recurso a *biofeedback*, EE e estratégias educativas/comportamentais que sustentam a adesão. Programas estruturados, supervisionados, iniciados precocemente, reforçados por prática domiciliária e avaliados com instrumentos validados tendem a apresentar melhores resultados. Estes achados sustentam a necessidade de modelos de reabilitação estruturados e alinhados com a melhor evidência disponível. Em consonância, a proposta operacional aqui apresentada alinha-se com as melhores práticas evidenciadas na literatura, integrando treino muscular e educação do doente, articulados num percurso assistencial coerente.

O EEER assume um papel central na implementação do programa. Pelas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, está habilitado a realizar avaliação funcional detalhada do pavimento pélvico e dos mecanismos neuromusculares da continência, a planear e prescrever intervenções específicas (TMPP, reeducação vesical, estratégias de controlo esfinteriano), a integrar tecnologias de apoio (*biofeedback* e EE) na rotina terapêutica. Além disso, o EEER dedica-se ao ensino da correta contração dos MPP, ao reforço comportamental e à educação em saúde do doente. Essa vertente educativa e motivacional do enfermeiro contribui para aumentar a literacia em saúde do doente, melhorar a adesão ao tratamento e promover o autocuidado. Estudos mostram que a participação de enfermeiros especializados em programas de reabilitação pélvica aumenta significativamente a adesão e a compreensão dos exercícios pelo doente, evidenciando a importância da relação terapêutica e do acompanhamento profissional no sucesso das intervenções. Assim, o EEER coordena todo o percurso terapêutico do doente desde a avaliação inicial até às sessões de acompanhamento e monitorização contínua,

garantindo uma abordagem integral e humanizada.

Acredita-se que, num horizonte temporal próximo, os programas de reeducação pélvica dirigidos a esta população sejam uma realidade, através de uma implementação sistematizada deste tipo de programas, conferindo-lhes melhor QV, minimizando as complicações decorrentes da cirurgia e contribuindo para uma economia em saúde positiva. Desta forma, é importante que a investigação nesta área se mantenha, numa perspetiva multidisciplinar, nomeadamente com intervenção do EEER, o que é ainda pouco frequente. Manifestamos assim a preocupação de que, sendo uma área cujas complicações podem conduzir a alterações funcionais, a intervenção atual contemple pouco a Enfermagem de Reabilitação. É, assim evidente a necessidade de maior investimento nesta área por parte dos EEER, assim como uma abertura das equipas de saúde no sentido de uma intervenção multi e interdisciplinar, tendo como foco a saúde do homem. Por outro lado, torna-se igualmente essencial investir na literacia em saúde, salientando a relevância da implementação deste tipo de programas de forma a promover o empoderamento dos homens, possibilitando-lhe decisões e escolhas informadas relativamente à sua saúde. A evidência disponível, que demonstra o impacto positivo destes programas, constitui um forte indicador da necessidade de intervenção neste domínio. Neste contexto, o estudo apresentado reforça a sensibilização para esta problemática e evidencia a oportunidade de ação para os profissionais de saúde.

Recomenda-se a realização de uma fase piloto de implementação do programa com avaliação prospetiva rigorosa de indicadores clínicos (nível de continência urinária, sintomas urinários, QV, adesão e satisfação), permitindo validar a eficácia prática da intervenção e otimizar aspetos operacionais. Em paralelo, propõe-se capacitação contínua dos EEER em técnicas especializadas, por exemplo, *biofeedback* e EE, reforçando a qualidade da implementação e a sustentabilidade do programa a longo prazo. Defende-se, ainda, a integração sistemática da reabilitação pélvica nos cuidados assistenciais do homem e a promoção de campanhas de literacia em saúde dirigidas, sensibilizando para o reconhecimento precoce da IU e a procura atempada de intervenção. Estas ações de educação em saúde podem empoderar o doente, incentivando o autocuidado e o envolvimento ativo do mesmo.

Não obstante, reconhecem-se limitações neste trabalho. O programa delineado não foi implementado em contexto real, o que impossibilita a avaliação direta do seu impacto e da sua eficácia clínica. Futuras investigações devem contemplar ensaios de implementação, análises de custo-efetividade e estudos sobre determinantes de adesão.

Em síntese, este trabalho de projeto disponibiliza um referencial operativo para a

reabilitação da pessoa com IU pós-prostatectomia radical, alinhado com a evidência e sensível às especificidades do contexto. Prevê-se que a sua implementação contribua para acelerar a recuperação da continência, reduzir complicações associadas, melhorar a QV e gerar ganhos em saúde mensuráveis. Por fim, reafirma-se o papel estratégico do EEER que, pela sua formação clínica e proximidade com o doente, está bem posicionado para liderar intervenções multimodais que combinem treino muscular, educação e tecnologias de suporte. A valorização do EEER reforçará a humanização dos cuidados, consolidando-o como peça-chave no cuidado integral ao homem com IU pós-cirúrgica.

Referências Bibliográficas

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., & Kerrebroeck, P. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, *61*, 37-49. doi:10.1016/S0090-4295(02)02243-4
- Al-Zaidi, Z., Lindam, A., Fransson, P., & Samuelsson, E. (2022). A mobile app as support for pelvic floor muscle training started prior to radical prostatectomy. *BJUI Compass*, *4*(1), 114–122. <https://doi.org/10.1002/bco2.142>
- An, D., Wang, J., Zhang, F., Jing, H., Gao, Y., Cong, H., Hu, C., Wu, J., & Liao, L. (2022). Effect of different postures of Pilates combined with Kegel training on pelvic floor muscle strength in post-prostatectomy incontinence. *International Urology and Nephrology*, *55*(3), 519–527. <https://doi.org/10.1007/s11255-022-03423-x>
- Anguas-Gracia, A., Antón-Solanas, I., Echániz-Serrano, E., Subirón-Valera, A., Rodríguez-Roca, B., Juárez-Vela, R., & Satustegui-Dordá, P. (2023). Quality of Life after Radical Prostatectomy: A Longitudinal Study. *Nursing Reports*, *13*(3), pp. 1051-1063. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030092>
- Au, D., Matthew, A. G., Alibhai, S. M. H., Jones, J. M., Fleshner, N. E., Finelli, A., Elterman, D., Singal, R. K., Jamnicky, L., Faghani, N., Hilton, W. J., Auger, L. E., Ritvo, P., Trachtenberg, J., & Santa Mina, D. (2019). Pfilates and Hypopressives for the Treatment of Urinary Incontinence After Radical Prostatectomy: Results of a Feasibility Randomized Controlled Trial. *PM&R*, *12*(1), 55–63. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12157>

- Azevedo, C., Mata, L. R. F. da, Izidoro, L. C. de R., Moura, C. C., Araújo, B. B. A., Pereira, M. G., & Chianca, T. C. M. (2024). Effectiveness of auricular acupuncture and pelvic floor muscle training in the management of urinary incontinence following surgical treatment for prostate cancer: A randomized clinical trial. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 68, 102490. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102490>
- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Baumann, F. T., Reimer, N., Gockeln, T., Reike, A., Hallek, M., Ricci, C., Zopf, E. M., Schmid, D., Taaffe, D., Newton, R. U., Galvao, D. A., & Leitzmann, M. (2021). Supervised pelvic floor muscle exercise is more effective than unsupervised pelvic floor muscle exercise at improving urinary incontinence in prostate cancer patients following radical prostatectomy – a systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 44(19), 1–12. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1937717>
- Bernardes, M. F. V. G., Mata, L. R. F. da, Azevedo, C., Izidoro, L. C. de R., Oliveira, C. M. C. de, & Chianca, T. C. M. (2022). Effectiveness of systemic acupuncture in the control of urinary incontinence following radical prostatectomy: a randomized clinical trial. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0135en>
- Breyer, B. N., Kim, S. K., Kirkby, E., Marianes, A., Vanni, A. J., & O. Lenaine Westney. (2024). Updates to Incontinence After Prostate Treatment: AUA/GURS/SUFU Guideline (2024). *The Journal of Urology*, 212. <https://doi.org/10.1097/ju.0000000000004088>
- Cardoso, L. P., Carmo, F. L. do, Reis, G. S., Santos, R. V. de S., Silva, L. A. S., Souza, M. T. de S., Guimarães, E. de C., & Almeida, G. K. M. de. (2025). Abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária decorrentes da pós-prostatectomia radical:

- uma revisão integrativa de literatura. *Cuadernos de Educación Y Desarrollo*, 17(2), e7569. <https://doi.org/10.55905/cuadv17n2-077>
- Castellan, P., Ferretti, S., Litterio, G., Marchioni, M., & Schips, L. (2023). Management of Urinary Incontinence Following Radical Prostatectomy: Challenges and Solutions. *Clinical Risk Management*, 19, 43-56. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S283305>
- Chen, Y.-H., Juan, Y.-S., Wei, W.-C., Geng, J.-H., Chueh, K.-S., & Lee, H.-Y. (2023). Effects of early pelvic floor muscle training on early recovery of urinary incontinence after prostate surgery. *Urological Science*, 34(1), 39–45. https://doi.org/10.4103/UROS.UROS_59_22
- Cheng, H., Wang, Y., Qi, F., Si, S., Li, X., & Chen, M. (2020). Preoperative pelvic floor muscle exercise does not reduce the rate of postprostatectomy incontinence: evidence from a meta-analysis and a systematic review. *Translational Andrology and Urology*, 9(5), 2146156–2142156. <https://doi.org/10.21037/tau-20-684>
- Chitre, A., & Kulkarni, J. N. (2022). Effect of early pelvic floor muscle exercises (Kegel's) after Robotic Prostatectomy in Prostate cancer patients. *Journal of Robotic Surgery*, 17. <https://doi.org/10.1007/s11701-022-01506-6>
- Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. (2022). *Parecer COREN-SP Nº 015/2022 - Atuação do enfermeiro na reabilitação do trato urinário*. https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PARECER_015_Atuação_Enferm_Trato_Urinario.pdf
- Cordeiro, M. C. O., & Menoita, E. C. P. C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Coutinho, C. (2023). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática*. Almedina.

- Cunha, A. P. D. L., Silva, A. L. C., Melo, A. L. M., Junqueira, L. P., Souza, J. R. F. de, & Carvalho, F. L. D. (2021). Atualização no Tratamento da Incontinência Urinária Masculina Pós Prostatectomia Radical: Qual a Melhor Opção? *Revista Urominas*, 9–13. https://urominas.com/wp-content/uploads/2021/10/4_Atualizacao-no-Tratamento-da-Incontinencia-Urinaria-Masculina-Ps-Prostatectomia-Radical-Qual-a-Melhor-Opo.pdf
- de Souza, A. P. de. (2023). Physical therapy effectiveness in patients with urinary incontinence after radical prostatectomy: A literature review. *Research, Society and Development*, 12(1), e10712128914. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.28914>
- de Souza, A., Linhares, M., Araujo, P., Silva, R., Lima, B., Pinho, P., & Tavares, T. (2023). Prostatectomia robótica para câncer de próstata: análise das complicações nos avanços na abordagem cirúrgica urológica a luz da literatura. *Studies in health sciences*, 4(4), 1312–1324. <https://doi.org/10.54022/shsv4n4-015>
- Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, & P. Abrams (Eds.). (2023). *Incontinence* (7th ed.). ICUD–ICS. <https://www.ics.org/ici>
- European Association of Urology. (2024). *EAU Guidelines on Prostate Cancer*. Edn. presented at the EAU Annual Congress Paris. <https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer>
- Eufrasio, V. B. S., Pita, E. J. V., Romualdo, I. M. L., Amorim, I. G. R., Macedo, L. F. R., & Assis, S. F. B. (2022). Incontinência pós-prostatectomia e assistência de enfermagem: uma revisão integrativa. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*. https://doi.org/10.30886/estima.v20.1264_pt
- Ferlay, J., M. Ervik, F. Lam, M. Laversanne, M. Colombet, L. Mery, M. Piñeros, A. Znaor, I. Soerjomataram, & F. Bray. (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/today>
- Feng, X., Lv, J., Li, M., Lv, T., & Wang, S. (2022). Short-term Efficacy and Mechanism of

- Electrical Pudendal Nerve Stimulation Versus Pelvic Floor Muscle Training Plus Transanal Electrical Stimulation in Treating Post-radical Prostatectomy Urinary Incontinence. *Urology*, 160, 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2021.04.069>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Gacci, M., De Nunzio, C., Sakalis, V., Rieken, M., Cornu, J.-N., & Gravas, S. (2023). Latest Evidence on Post-Prostatectomy Urinary Incontinence. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 1190. <https://doi.org/10.3390/jcm12031190>
- García-Sánchez, C., García-Obrero, I., Barrero-Candau, R., García-Ramos, J. B., Rodríguez-Pérez, A. J., & Medina-López, R. A. (2022). Randomized and Open Trial to Assess the Effectiveness of the Guided Pelvic Floor Exercises Pre-Radical Robotic Prostatectomy on the Improvement of Urinary Incontinence. Initial Results. *Archivos Espanoles de Urologia*, 75(6), 544–551. <https://doi.org/10.56434/j.arch.esp.urol.20227506.80>
- García-Santos, M. P., Chamón-Sánchez R., Sánchez-Infante, J., Bernardino-Bernardino, M. V., Serrano-Rodríguez, M. A., & García-Alegre, Y. (2021). Effectiveness of electrostimulation in the treatment of pelvic floorPhysiotherapy in patients with urinary incontinence after radical prostatectomy. *Cuestiones de Fisioterapia*, 50(1), 3–13. <https://doi.org/10.48047/CU>
- Gerlegiz, E., Akbayrak, T., Gürşen, C., Yazici, M. S., Bolat, N. M., Akdoğan, B., Nakip, G., & Özgül, S. (2025). Lifestyle recommendations and pelvic floor muscle training with Knack maneuver for post-prostatectomy urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 33(2). <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09197-z>
- Gezginci E, Goktas S, & Ata, A. (2022). Effect of perioperative pelvic floor muscle training program on incontinence and quality of life after radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 37(4), 534–544.

<https://doi.org/10.1177/02692155221134477>

Guerra, M. J., Pinto-de Almeida, S., Nogueira, H. M., & Pereira-Alves, P. J. (2023).

Validation of the International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UI SF) for the Portuguese population. *Enfermería Global*, 22(71), 490–500. <https://doi.org/10.6018/eglobal.554941>

Giraudó, D., Lamberti, G., & Ciardi, G. (2023). Pelvic Floor Muscle Training for Urinary Incontinence After Radical Prostatectomy: A Narrative Review. *Urologia Journal*, 90(3), 039156032311667. <https://doi.org/10.1177/03915603231166729>

Gu, J., Chen, H., Gao, C., Ren, P., Lu, X., & Cao, J. (2024). Clinical efficacy of a rehabilitation management protocol for urinary incontinence after robot-assisted laparoscopic prostatectomy. *Supportive Care in Cancer*, 32(10). <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08846-z>

He, K., Yang, X., Zhu, Z., Dai, D., Zhang, J., Chen, J., & Duan, Y. (2022). Clinical effect of micturition interruption exercise on urinary incontinence after radical prostatectomy. *Supportive Care in Cancer*, 30(4), 3241–3247. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06780-y>

Hudolin, T., Mitrović, K., Bakula, M., Kuliš, T., Penezić, L., & Zekulić, T. (2022). Pelvic rehabilitation for urinary incontinence after radical prostatectomy. *Acta clinica Croatica*(61), 71-75. doi:10.20471/acc.2022.61.s3.10

Hutchison, D., Jones, M. K., Ghosal, S., Lawton, J., Greene, K. L., & Rapp, D. E. (2024). Comparison of In-person Versus Online Comprehensive Pelvic Floor Rehabilitation Program Following Prostatectomy. *Urology*, 190, 90–96. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2024.05.033>

Izidoro, L. C. de R., Azevedo, C., Pereira, M. G., Couto, T., Borges, C. J., de, M., & Regina, L. (2024). Effect of cognitive-behavioral program on quality of life in men with post-

- prostatectomy incontinence: a randomized trial. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 58. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2024-0187en>
- Junwen, S., & Rongjiang, W. (2020). The Efficacy of the WeChat App Combined with Pelvic Floor Muscle Exercise for the Urinary Incontinence after Radical Prostatectomy. *BioMed Research International*, 2020, 1–4. <https://doi.org/10.1155/2020/6947839>
- Kang, C. S., Kim, D. H., Choi, J. H., Lee, C., Jeh, S. U., Kam, S. C., Hwa, J. S., Hyun, J. S., & Choi, S. M. (2023). Pelvic floor muscle exercise with or without duloxetine for postprostatectomy urinary incontinence: A retrospective single-center study. *Medicine*, 102(32), e34657. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000034657>
- Khorrami, M.-H., Mohseni, A., Gholipour, F., Alizadeh, F., Zargham, M., Izadpanahi, M.-H., Sichani, M. M., & Khorrami, F. (2023). Single Session Pre-Operative Pelvic Floor Muscle Training with Biofeedback on Urinary Incontinence and Quality of Life after Radical Prostatectomy: A Randomized Controlled Trial. *Urological Science*, 34(1), 23–27. https://doi.org/10.4103/uros.uros_12_22
- Lage, D. R. (2024). *Contributo do enfermeiro de reabilitação na prevenção da incontinência urinária pós prostatectomia radical: scoping review (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)*. Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/51413>
- Lane, J. A., Donovan, J. L., Young, G. J., Davis, M., Walsh, E. I., Avery, K. N. L., Blazeby, J. M., Mason, M. D., Martin, R. M., Peters, T. J., Turner, E. L., Wade, J., Bollina, P., Catto, J. W. F., Doherty, A., Gillatt, D., Gnanapragasam, V., Hughes, O., Kockelbergh, R., ... Metcalfe, C., for the ProtecT Study Group. (2022). Functional and quality of life outcomes of localised prostate cancer treatments (Prostate Testing for Cancer and Treatment [ProtecT] study). *BJU International*, 130(3), 370–380. <https://doi.org/10.1111/bju.15739>

- Xiangyun, L., Zhen, L., Mengyao, H., Lin, Z., Xiaonan, S., Jingxiong, W., Chunhui, L., Wenwen, C., Weigang, Y., & Yancai, L. (2022). Curative effect of pelvic floor muscle exercise on urinary incontinence after radical prostatectomy - Comparisons of different approaches at different time point. *Andrologia*, *54*(5).
<https://doi.org/10.1111/and.14373>
- Ma, J., Xu, W., Chen, R., Zhu, Y., Wang, Y., Cao, W., Ju, G., Ren, J., Ye, X., He, Q., Chang, Y., & Ren, S. (2023). Robotic-assisted versus laparoscopic radical prostatectomy for prostate cancer: the first separate systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and non-randomised studies. *International journal of surgery*, *109*(5), 1350–1359. <https://doi.org/10.1097/JS9.000000000000193>
- Marino, F., Rossi, F., & Sacco, E. (2023). Post-Prostatectomy Urinary Incontinence. In *Tertiary Care - Medical, Psychosocial, and Environmental Aspects*. IntechOpen.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.114136>
- Mata, L. R. F. da, Azevedo, C., Izidoro, L. C. de R., Ferreira, D. F., Estevam, F. E. B., Amaral, F. M. A., & Chianca, T. C. M. (2021). Prevalence and severity levels of post-radical prostatectomy incontinence: different assessment instruments. *Rev Bras Enferm.*, *74*(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0692>
- Mata, L. R. F. da, Azevedo, C., Menezes, A. C., Chagas, S. S. de C., Izidoro, L. C. de R., Estevam, F. E. B., & Chianca, T. C. M. (2022). Cross-cultural adaptation and validation of the Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy for the Brazilian context. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *43*. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210163.en>
- Matsunaga, A., Yoshida, M., Shinoda, Y., Sato, Y., Kamei, J., Niimi, A., Fujimura, T., Kume, H., & Igawa, Y. (2022). Effectiveness of ultrasound-guided pelvic floor muscle training in improving prolonged urinary incontinence after robot-assisted radical

prostatectomy. *Drug Discoveries & Therapeutics*, 16(1), 37–42.

<https://doi.org/10.5582/ddt.2022.01004>

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research*. Springer.

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. doi:org/10.1016/0029-6554(94)90045-0

Mungovan, S. F., Carlsson, S. V., Gass, G. C., Graham, P. L., Sandhu, J. S., Akin, O.,

Scardino, P. T., Eastham, J. A., & Patel, M. I. (2021). Preoperative exercise interventions to optimize continence outcomes following radical prostatectomy.

Nature reviews. Urology, 18(5), 259-281. doi:org/10.1038/s41585-021-00445-5

Oh, J. J., Kim, J. K., Lee, H., Lee, S., Jin Jeong, S., Kyu Hong, S., Eun Lee, S., & Byun, S.

(2020). Effect of personalized extracorporeal biofeedback device for pelvic floor

muscle training on urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 39(2), 674–681.

<https://doi.org/10.1002/nau.24247>

Ordem dos Enfermeiros. (maio de 2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. Lusodidacta

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória*.

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby.

Ouchi, M., Kitta, T., Chiba, H., Higuchi, M., Yui Abe-Takahashi, Togo, M., Naohisa

Kusakabe, Murai, S., Kikuchi, H., Matsumoto, R., Osawa, T., Abe, T., & Shinohara, N. (2024). Physiotherapy for continence and muscle function in prostatectomy: a randomised controlled trial. *BJU International*, *134*(3).

<https://doi.org/10.1111/bju.16369>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & McGuinness, L. A. (2021). The PRISMA 2020 statement: an Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *British Medical Journal*, *372*(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: *Scoping reviews*. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-12>

Portugal, Decreto-Lei n.º 104/98 (1998, abril 21). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, *93*(Série I-A de 1998-04-21). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/p/cons/20240119/pt/html>

Pyda-Karwica, M., Karwica, M., Kopczyński, J., Orłowska, M., Krata, M., Skrzyński, A., & Masiak, J. (2018). Current status and new approaches in prostate cancer diagnosis. *Pol J Public Health*, *128*(4), 166-169. <https://doi.org/10.2478/pjph-2018-0033>

Rahnama'i, M. S., Marcelissen, T., Geavlete, B., Tutolo, M., & Hüscher, T. (2021). Current Management of Post-radical Prostatectomy Urinary Incontinence. *Frontiers in Surgery*, *8*, 647656. <https://doi:10.3389/fsurg.2021.647656>

Rangganata, E., & Rahardjo, H. E. (2021). The Effect of Preoperative Pelvic Floor Muscle Training on Incontinence Problems after Radical Prostatectomy: A Meta-Analysis. *Urology Journal*, *18*(4), 380–388. <https://doi.org/10.22037/uj.v18i.6481>

- Rapp, D. E., Farhi, J., DeNovio, A., Barquin, D., Mallawaarachchi, I., Ratcliffe, S. J., Hutchison, D., & Greene, K. L. (2023). Comparison of In-person FPMRS-directed Pelvic Floor Therapy Program Versus Unsupervised Pelvic Floor Exercises Following Prostatectomy. *Urology*, *178*, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2023.06.007>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, *2*(26), pp. 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Portugal, Regulamento n.º 392/2019. (2019, Maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro. *Diário da República*, *2*(85), pp. 13565 - 13568. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Ribeiro, O. M. P. L., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). *Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Rodrigues, C. S. S., Cardozo, A. M. R., Silva, V. H. da, Amorim, R. B. G. de, & Barros, A. O. (2020). Assistência de enfermagem ao paciente prostatectomizado. *V CONAPESC*. Realize. Obtido de https://editorarealize.com.br/editora/anais/conapesc/2020/TRABALHO_EV138_MD1_SA22_ID976_09112020201710.pdf
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revistas Percursos*, *15*. Obtido de http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Russo, F., Temporiti, F., Cifoletti, D., Benaglia, E., Franzini, C., Fasulo, V., Paciotti, M., Buffi, N. M., & Gatti, R. (2025). Effects of a home-based pelvic floor muscle training with and without action and cue observation on urinary incontinence after prostatectomy: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, *39*(3), 295–305.

<https://doi.org/10.1177/02692155241309086>

Santos, J.E.M, Brasil, V.V., Azevedo, C., Izidoro, L.C.R, Batista, A.J.G, Ferreira, A.C.S, & da Mata, L.R.F (2024). Pelvic floor muscle training in men with post-prostatectomy urinary incontinence: a *scoping review*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7335.4386>

Sha, P., Gao, X., Yu, R., Li, Y., Zhang, Y., Zhu, Z., Wu, T., & Liu, C. (2024). Enhancing daily living and cognitive functions in traumatic brain injury patients through Orem's self-care theory. *Frontiers in neurology*, 15, p. 1449417. [doi:org/10.3389/fneur.2024.1449417](https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1449417)

Scott, K. M., Gosai, E., Bradley, M. H., Walton, S., Hynan, L. S., Lemack, G., & Roehrborn, C. (2020). Individualized pelvic physical therapy for the treatment of post-prostatectomy stress urinary incontinence and pelvic pain. *International Urology and Nephrology*, 52(4), 655–659. <https://doi.org/10.1007/s11255-019-02343-7>

Soto González, M., Da Cuña Carrera, I., Gutiérrez Nieto, M., López García, S., Ojea Calvo, A., & Lantarón Caeiro, E. M. (2020). Early 3-month treatment with comprehensive physical therapy program restores continence in urinary incontinence patients after radical prostatectomy: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 39(5), 1529–1537. <https://doi.org/10.1002/nau.24389>

Szczygielska, D., Knapik, A., Pop, T., Rottermund, J., & Saulicz, E. (2022). The Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training in Men after Radical Prostatectomy Measured with the Insert Test. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2890. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052890>

Taleb, F. R., Sameh, W. M., Tolba, K. G., Hegazi, S. A., & Altaheri, A. T. (2022). The effect of nursing interventions on urinary, bowel and sexual dysfunction among post-radical prostatectomy patients. *International Journal of Urological Nursing*, 17(1), 70–77.

<https://doi.org/10.1111/ijun.12338>

Terzoni, S., Ferrara, P., Mora, C., & Destrebecq, A. (2022). Long-term effect of extracorporeal magnetic innervation for post-prostatectomy urinary incontinence: 1-year follow-up. *International Journal of Urological Nursing*, 16(1), 26–31.

<https://doi.org/10.1111/ijun.12297>

Viana, R., Viana, S., Neto, F., & Mascarenhas, T. (2015). Adaptation and validation of the King's Health Questionnaire in Portuguese women with urinary incontinence. *International urogynecology journal*, 26(7), 1027–1033.

<https://doi.org/10.1007/s00192-015-2628-6>

Vilelas, J. (2020). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (3^a ed.).

Edições Silabo.

Wennerberg, C., Hellström, A., Schildmeijer, K., & Ekstedt, M. (2023). Effects of Web-Based and Mobile Self-Care Support in Addition to Standard Care in Patients After Radical Prostatectomy: Randomized Controlled Trial. *JMIR Cancer*, 9, e44320.

<https://doi.org/10.2196/44320>

Yang, J., Ye, H., Long, Y., Zhu, Q., Huang, H., Xie, H., Luo, Y., Zhong, Y., Chen, J. M., & Wang, M. (2022). Effect of pelvic floor muscle training on urinary incontinence after radical prostatectomy: An umbrella review of meta-analysis and systematic review.

Clinical Rehabilitation, 37(4), 494–515. <https://doi.org/10.1177/02692155221136046>

Yıldız, N., Çelen, S., Özlülerden, Y., & Alkan, H. (2023). Efficacy of perineal electrical stimulation in men with urinary incontinence after radical prostatectomy. A prospective randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*, 42(1).

<https://doi.org/10.1002/nau.25096>

- Yu, K., Bu, F., Jian, T., Liu, Z., Hu, R., Chen, S., & Lu, J. (2024). Urinary incontinence rehabilitation of after radical prostatectomy: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Oncology, 13*, 1307434. doi:org/10.3389/fonc.2023.1307434
- Zeng, Y., & Wang, J. (2024). Pelvic Floor Muscle Exercises can Effectively Improve Urinary Incontinence after Radical Prostatectomy: Systematic Review and Meta-Analysis Based on Randomised Controlled Trials. *Archivos Espanoles de Urologia, 77*(6), 658–665. <https://doi.org/10.56434/j.arch.esp.urol.20247706.90>
- Zhang, Y., Hou, S., Qi, Z., Wu, S., Zhu, K., & Wang, W. (2023). Non-pharmacological and nonsurgical interventions in male urinary incontinence: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing, 32*(17-18), 6196–6211. <https://doi.org/10.1111/jocn.16749>
- Zhou, L., Chen, Y., Yuan, X., Zeng, L., Zhu, J., & Zheng, J. (2023). Preoperative pelvic floor muscle exercise for continence after radical prostatectomy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health, 11*.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1186067>

Apêndices

Apêndice I – Matriz de trabalho de campo

Etapa	Atividades	Descrição/Objetivo	Duração (horas)
1. Planeamento	<ul style="list-style-type: none"> • Definição do tema 	Definir as atividades e os objetivos do trabalho de campo.	6
	<ul style="list-style-type: none"> • Planeamento das observações, entrevistas 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do cronograma 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração dos guiões de entrevistas 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Envio de e-mails e realização de contactos telefónicos 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentação teórica/Revisão da literatura 	Pesquisa de literatura científica atual sobre IU pós-prostatectomia radical.	30
2. Recolha de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de entrevistas com profissionais de saúde: enfermeiros e Urologista 	Obter a perspetiva de diferentes profissionais sobre o programa: relevância, desafios e sugestões de melhoria.	5
		Reunir informações sobre a necessidade e a viabilidade do programa.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de entrevistas a doentes submetidos a prostatectomia radical 	Apurar a experiência dos doentes com a IU.	3
	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de entrevistas a doentes que irão submetidos a prostatectomia radical 	Compreender as necessidades, preocupações e expectativas dos doentes.	
3. Análise dos dados	<ul style="list-style-type: none"> • Análise e organização dos dados recolhidos 	Analisar e organizar as informações recolhidas. Interpretar os resultados.	6
	<ul style="list-style-type: none"> • Transcrição das entrevistas 		
4. Realização do relatório de campo	<ul style="list-style-type: none"> • Redigir o relatório com as observações e análise dos dados 	Organizar as informações recolhidas e redigir um relatório que inclua os resultados das entrevistas, observações e conclusões.	10

Apêndice III – Registo de observação



Registo de Observação

Data: 17/01/2025

Local: Consulta de urologia

Observador(es): Ana Bonifácio

Objetivo da Observação: Identificar o papel da enfermagem na IU pós-prostatectomia radical; avaliar a existência de consulta específica de enfermagem para esta condição.

Contextualização

- **Descrição do ambiente:** Consulta externa de urologia
- **Participantes envolvidos:** Enfermeiros da consulta de urologia
- **Tempo de observação:** 30 minutos
- **Registo de Observações**

Hora	Comportamento/Situação Observada	Notas e Reflexões
13:30	Não existe uma consulta de enfermagem para a incontinência urinária.	
	Os enfermeiros não assistem/participam nas consultas de urologia.	
	Não há EEER na consulta de urologia.	
	Após o diagnóstico de cancro da próstata e discussão do caso, o urologista propõe o doente para realizar prostatectomia radical como opção terapêutica, posteriormente, o doente é avaliado pelo anestesiologista e aguarda a convocação para a cirurgia.	
	A consulta pós-cirúrgica com o urologista realiza-se algumas semanas após a cirurgia, a enfermagem não participa ativamente nesta consulta.	

Conclusões e Insights

A atuação da enfermagem passa por colaborar na realização de exames (fluxometria, cistoscopia, ecografia, entre outros), substituição de sondas vesicais, entre outros procedimentos.

A inexistência de uma consulta de enfermagem específica para a reabilitação da IU representa uma lacuna no acompanhamento dos doentes submetidos a prostatectomia radical e indica uma oportunidade de intervenção estruturada.

Sugestões de Melhoria/Ações Futuras

Esta observação reforça a necessidade da criação de um programa de enfermagem estruturado que inclua uma consulta de enfermagem específica para a IU; intervenção precoce no pré-operatório e seguimento no pós-operatório; maior integração da enfermagem na consulta de urologia. Poderia ser benéfico incluir EEER na consulta externa de urologia para fornecer informações mais detalhadas sobre a reabilitação pélvica.

A implementação de um programa estruturado pode reduzir o risco de complicações e custos relacionados com tratamentos adicionais e melhorar a QV dos doentes.

Apêndice IV – Guião e registo de entrevista aos profissionais de saúde**Registo de Entrevista 1**

Data: 16/01/2025

Local: Gabinete do Enfermeiro Gestor do serviço de cirurgia

Entrevistador: Ana Bonifácio

Entrevistado: Enfermeiro Gestor

Objetivo da Entrevista

Apresentar a temática em estudo; Expor os objetivos do programa a ser desenvolvido; Perceber o apoio e a concordância do Enfermeiro Gestor em relação ao tema.

Questões Elaboradas

1. Considera a temática da Incontinência urinária pós-prostatectomia um tema relevante a desenvolver no âmbito da enfermagem de reabilitação?
2. Considera importante a elaboração e a implementação de um programa enfermagem de reabilitação ao homem com Incontinência urinária pós-prostatectomia radical? Tem sugestões para o desenvolvimento e sucesso deste programa?
3. Na sua opinião, quais são os aspetos fundamentais a ter em conta para a estruturação deste programa?
4. Quais os principais benefícios que podem resultar da implementação de um programa estruturado de reabilitação?
5. Acredita que a implementação deste programa, terá impacto na equipa de enfermagem e na instituição? Na sua perspetiva, de que forma poderá contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados e a satisfação dos doentes?
6. Que desafios ou fatores dificultadores prevê na implementação deste programa de reabilitação? De que maneira poderão ser superadas essas mesmas dificuldades?

Respostas Obtidas

Pergunta 1: Sim, sem dúvida.

Pergunta 2: Sim, penso que a enfermagem de reabilitação é uma área nobre de atuação a nível da reabilitação em geral e nesta área cirúrgica em particular.

Pergunta 3: A técnica cirúrgica aplicada, complicações frequentes, tempo estimado de recuperação.

Pergunta 4: Recuperação precoce do doente, melhoria da disfunção urinária e finalmente ganhos em qualidade vida.

Pergunta 5: Tem impacto, claro que sim. Penso que a mobilização e treino precoce do doente quer a nível de sedentarismo quer a nível de disfunção urinária são fundamentais para uma rápida e eficaz recuperação, o que se traduz numa melhor qualidade de cuidados e por sua vez aumenta o nível de satisfação dos doentes.

Pergunta 6: Reatividade médica e de enfermagem. Apostar fortemente na divulgação e formação dos intervenientes.

Reflexões e Análise

O enfermeiro gestor reforça a importância da formação académica para o meu crescimento profissional e para a restante equipa. Parabeniza o interesse em melhorar os cuidados o que, seguramente, trará mais qualidade ao trabalho desenvolvido e à reabilitação em particular.

Conclusões

Da reunião com o Enfermeiro Gestor concluo o seu apoio e incentivo em melhorar a prática e a satisfação dos doentes. E que este trabalho será desafiante.

Registo de Entrevista 2

Data: 17/01/2025

Local: Sala de reuniões – serviço de cirurgia

Entrevistador: Ana Bonifácio

Entrevistado: EEER 1 do serviço de cirurgia

Objetivo da Entrevista

Apresentar a temática em estudo; Conhecer o parecer sobre o tema; Expor os objetivos do programa a ser desenvolvido; Obter uma visão colaborativa e construtiva para o desenvolvimento de um programa eficaz, alinhado com as necessidades dos doentes.

Questões Elaboradas

1. Considera a temática da Incontinência urinária pós-prostatectomia um tema relevante a desenvolver no âmbito da enfermagem de reabilitação?
2. Considera importante a elaboração e a implementação de um programa enfermagem de reabilitação ao homem com Incontinência urinária pós-prostatectomia radical? Tem sugestões para o desenvolvimento e sucesso deste programa?
3. Na sua opinião, quais são os aspetos fundamentais a ter em conta para a estruturação deste programa?
4. Quais os principais benefícios que podem resultar da implementação de um programa do mesmo?
5. Acredita que a implementação deste programa, terá impacto na equipa de enfermagem e na instituição? Na sua perspetiva, de que forma poderá contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados e a satisfação dos doentes?
6. Que desafios ou fatores dificultadores prevê na implementação deste programa de reabilitação? De que maneira poderão ser superadas essas mesmas dificuldades?
7. Gostaria de destacar ou sugerir algum aspeto adicional para enriquecer o programa?

Respostas Obtidas

Pergunta 1: Sim, é importante, na medida em que temos no serviço de cirurgia doentes do foro urológico e aos quais não é dado qualquer apoio ou realizados ensinamentos por parte do EEER. É uma área na qual a enfermagem de reabilitação do serviço ainda não atua.

A nossa atuação iria assentar em cuidados/exercícios não só para o próprio doente como, também, envolver as companheiras/família para a aceitação da nova condição desse homem.

Pergunta 2: Sim, sem dúvida, que seria importante implementarmos um programa a este nível. Sugeria algumas etapas para a sua criação, nomeadamente, uma vez que temos um número considerável de doentes do foro urológico fazia um levantamento das necessidades, tentava perceber que condições o serviço me poderia oferecer para o poder fazer e se a instituição estava disposta a colaborar. Seria também importante apostar na formação de EEER nesta área e, talvez a inclusão de outros profissionais de forma a dar apoio, por exemplo, na vertente psicológica, sem esquecer a inclusão da esposa ou de outros elementos da família para que o doente se sinta à vontade com a sua condição de saúde. A sua implementação poderia, por exemplo, também, começar antes da cirurgia com a possível criação de uma consulta de enfermagem direcionada para estes homens e após a alta continuar a monitorização do doente, reforçar ensinamentos e avaliar os benefícios dos mesmos.

Pergunta 3: O serviço apresenta as condições físicas necessárias para a realização dos ensinamentos aos doentes e família. Há que ter conta que seriam necessários mais EEER e a receptividade das chefias à implementação do programa.

Pergunta 4: Melhorar a qualidade de vida do doente, torná-lo mais independente. Ajudar a colmatar os efeitos da cirurgia, muitos doentes por vergonha isolam-se.

Pergunta 5: Sim sem dúvida, tem impacto tanto na restante equipa de enfermagem como no próprio serviço/instituição. Como somos poucos EEER a consciencialização e a formação de outros enfermeiros iria permitir capacitar e despertar para esta temática, sendo uma área muito específica deveria apostar-se na formação dos EEER. Há que ter conta que vai exigir a necessidade de mais EEER no serviço.

Pergunta 6: A não adesão do doente, falta de recursos humanos e físicos. Para colmatar estas dificuldades a instituição deve ter verbas para fazer face à falta de recursos físicos, apostar na formação específica dos EEER, haver apoio psicológico a estes doentes para a aceitação da sua condição atual. Necessidade acompanhar os doentes após a alta.

Pergunta 7: Apostar na formação de mais profissionais. Talvez a articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários, fosse importante, de forma a dar continuidade ao programa de reabilitação instituído no hospital.

Reflexões e Análise

A entrevista com a EEER revelou várias considerações sobre a importância da implementação de um programa de reabilitação para a IU pós-prostatectomia radical, assim como os desafios e as estratégias necessárias para o seu sucesso. Através das respostas, podemos observar uma forte necessidade de intervenções especializadas, formação contínua dos profissionais de saúde, e uma abordagem colaborativa para garantir a eficácia do programa.

Conclusões

A entrevista com a EEER revela que a implementação de um programa de reabilitação da IU pós-prostatectomia radical é essencial e pode proporcionar benefícios significativos para a QV dos doentes. No entanto, a sua implementação depende de várias condições, como a disponibilização de recursos humanos e físicos adequados, apoio institucional e colaboração de outros profissionais, incluindo apoio psicológico.

A proposta de realizar o levantamento das necessidades dos doentes, bem como formação específica dos enfermeiros, parece ser uma estratégia essencial para garantir o sucesso do programa. A importância de envolver a família, particularmente as esposas, no processo de reabilitação também foi destacada como uma medida crucial para melhorar a aceitação da condição e o apoio emocional ao doente.

Apesar dos desafios, como a falta de adesão dos doentes e a escassez de recursos, a implementação de um programa de reabilitação eficaz tem o potencial de melhorar significativamente tanto a qualidade de vida dos doentes quanto a eficácia da equipa de enfermagem. A articulação com os cuidados de saúde primários e a criação de uma abordagem contínua após a alta são elementos-chave para garantir a sustentabilidade e o impacto positivo do programa a longo prazo.

Registo de Entrevista 3

Data: 17/01/2025

Local: Sala de reuniões – serviço de cirurgia

Entrevistador: Ana Bonifácio

Entrevistado: EEER 2 do serviço de cirurgia

Objetivo da Entrevista

Apresentar a temática em estudo; Conhecer o parecer sobre o tema; Expor os objetivos do programa a ser desenvolvido; Obter uma visão colaborativa e construtiva para o desenvolvimento de um programa eficaz, alinhado com as necessidades dos doentes.

Questões Elaboradas

1. Considera a temática da incontinência urinária pós-prostatectomia um tema relevante a desenvolver no âmbito da enfermagem de reabilitação?
2. Considera importante a elaboração e a implementação de um programa enfermagem de reabilitação ao homem com incontinência urinária pós-prostatectomia radical? Tem sugestões para o desenvolvimento e sucesso deste programa?
3. Na sua opinião, quais são os aspetos fundamentais a ter em conta para a estruturação deste programa?
4. Quais os principais benefícios que podem resultar da implementação de um programa do mesmo?
5. Acredita que a implementação deste programa, terá impacto na equipa de enfermagem e na instituição? Na sua perspetiva, de que forma poderá contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados e a satisfação dos doentes?
6. Que desafios ou fatores dificultadores prevê na implementação deste programa de reabilitação? De que maneira poderão ser superadas essas mesmas dificuldades?
7. Gostaria de destacar ou sugerir algum aspeto adicional para enriquecer o programa?

Respostas Obtidas

Pergunta 1: Sim.

Pergunta 2: Sim, uma vez que os ensinamentos são realizados durante pouco tempo, os internamentos são curtos, devemos ter em conta que a incontinência se irá prolongar durante algum tempo, o que implica acompanhar esses doentes, por exemplo, em consulta de enfermagem ou até mesmo na deslocação à casa dos doentes.

Pergunta 3: Programa devidamente estruturado e como já referi providenciar o devido acompanhamento do doente após a alta.

Pergunta 4: Benefícios para o doente e serviço.

Pergunta 5: Sim. Grande parte dos doentes ficam incontinentes após a cirurgia, se tiverem um programa que os acompanha poderão ter melhorias, tanto na qualidade de vida como na satisfação.

Pergunta 6: Falta de recursos humanos. As barreiras que a instituição pode colocar, devido os custos.

Pergunta 7: Não.

Reflexões e Análise

As respostas fornecidas oferecem uma visão abrangente sobre as necessidades dos doentes, as exigências de uma abordagem eficaz na enfermagem de reabilitação e as dificuldades associadas à implementação desse tipo de programa.

O entrevistado concordou plenamente com a relevância do tema, sublinhando a importância de um programa estruturado, dado o impacto significativo da IU pós-prostatectomia na qualidade de vida dos doentes. A questão central abordada é o tempo limitado de internamento, que dificulta o acompanhamento eficaz dos doentes no período pós-cirúrgico imediato. A falta de acompanhamento contínuo é um ponto crítico, destacando-se a necessidade de programas que se estendam além do hospital, oferecendo apoio na comunidade ou até mesmo visitas domiciliárias.

Conclusões

A entrevista deixou claro que a implementação de um programa de reabilitação da IU pós-prostatectomia radical é relevante e benéfica tanto para os doentes quanto para os serviços de saúde. O acompanhamento de curto e médio prazo, seja por meio de consultas de enfermagem

ou visitas domiciliárias, é um aspeto crucial para garantir a recuperação e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Apesar dos desafios como a falta de recursos humanos e barreiras orçamentárias, os benefícios de um programa estruturado são inegáveis.

Registo de Entrevista 4

Data: 31/01/2025

Local: Sala de reuniões

Entrevistador: Ana Bonifácio

Entrevistado: Elementos do NER da ULS da Guarda

Objetivo da Entrevista

Recolher contributos valiosos para a construção de um programa de enfermagem de reabilitação ao homem com Incontinência urinária pós-prostatectomia.

Questões Elaboradas

1. Considera a temática da Incontinência urinária pós-prostatectomia um tema relevante a desenvolver no âmbito da enfermagem de reabilitação?
2. Considera importante a elaboração e a implementação de um programa enfermagem de reabilitação ao homem com Incontinência urinária pós-prostatectomia radical? Tem sugestões para o desenvolvimento e sucesso deste programa?
3. Na sua opinião, quais são os aspetos fundamentais a ter em conta para a estruturação deste programa?
4. Que benefícios podem resultar da implementação da implementação do mesmo?
5. Na sua opinião, quais são os aspetos fundamentais a ter em conta para a estruturação deste programa?
6. Acredita que a implementação deste programa, terá impacto na equipa de enfermagem e na instituição? Na sua perspetiva, de que forma poderá contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados e a satisfação dos doentes?
7. Gostaria de destacar ou sugerir algum aspeto adicional para enriquecer o programa?

Respostas Obtidas

Pergunta 1: Sim, sem dúvida alguma, até porque é uma temática pouco abordada e por muitos desconhecida.

Pergunta 2: Sim. Realização do ensino dos exercícios de fortalecimento pélvico previamente à cirurgia, durante o internamento e realização de follow-up posterior. Caso fosse possível, continuação de consulta de enfermagem de reabilitação em ambulatório após a alta.

Pergunta 3: Fundamentação através de evidência recente, envolvimento por parte dos gestores do serviço e explicação do programa a toda a equipa de enfermagem do serviço.

Pergunta 4: Colocaria como meta, redução do número de dias de internamento melhoria da qualidade de vida do doente evidenciada com aplicação de escala no primeiro contacto e no follow-up.

Pergunta 5: Sim, acredito que todos os programas de reabilitação tragam benefícios à instituição, equipas e principalmente doentes, quer seja na funcionalidade, quer seja na qualidade de vida. Temos é que a demonstrar e divulgar depois.

Pergunta 6: Poderemos ter dificuldades de recursos humanos (EEER), por outro lado pode justificar o aumento do número de horas de EEER no serviço em causa.

Pergunta 7: Não.

Reflexões e Análise

- Evidência científica: os elementos presentes reforçaram a necessidade de suportar o projeto na melhor e mais atual evidência científica. Destacaram a importância de demonstrar os benefícios da reabilitação pélvica na recuperação do controlo da continência urinária, especialmente numa área de atuação ainda pouco desenvolvida por EEER.
- Escalas: Foi sugerida a utilização de escalas que permitam avaliar os ganhos das intervenções de enfermagem de reabilitação, o que ajudaria a avaliar a necessidade, a viabilidade e os benefícios do projeto.
- **Acompanhamento** do doente: destacada a importância de um acompanhamento contínuo desde o pré-operatório. Possível criação de uma consulta de enfermagem com apoio dos enfermeiros da consulta de urologia. O apoio do gestor do serviço e a parceria com a equipa médica urológica foram destacados.
- Transição dos cuidados: Sugerida a ampliação do programa aos cuidados de saúde primários por forma a aumentar a sua abrangência e impacto. Foi, também, destacada a importância das Equipas de Cuidados Continuados Integrados para garantir uma abordagem coordenada e integrada.

Sugerida uma possível candidatura a possíveis financiamentos para o projeto.

Conclusões

A reunião com o NER foi bastante produtiva. O NER demonstrou o seu apoio ao projeto e deu algumas sugestões para o seu desenvolvimento.

Com base nas sugestões recebidas, foco na integração do projeto no sistema de saúde mais amplo.

Registo de Entrevista 5

Data: 31/01/2025

Local: Via zoom

Entrevistador: Ana Bonifácio

Entrevistado: Enfermeiro Belmiro Rocha

Objetivo da Entrevista

Auscultar o parecer sobre a temática; Recolher contributos para a criação do programa.

Questões Elaboradas

1. Considera a temática da Incontinência urinária pós-prostatectomia um tema relevante a desenvolver no âmbito da enfermagem de reabilitação?
2. Tem conhecimento de algum programa implementado a nível nacional?
3. Quais são os aspetos fundamentais a ter em conta para a estruturação deste programa?

Respostas Obtidas

Pergunta 1: A questão da reabilitação pélvica foi uma área que nós, EEER, já tivemos há muitos anos, esteve aqui connosco, mas com a questão da falta de EEER foi-se perdendo e hoje estamos a tentar ganhar, novamente, esta questão, apesar de não ser fácil.

Este projeto tem muita relevância, é muito pertinente e, portanto, vai a uma área que para nós é uma lacuna. Se conseguir melhorar a IU e conseguir que 10-20% dos doentes consigam ter uma melhoria da sua funcionalidade, da sua independência das atividades de vida diária, uma melhor qualidade de vida, já estarei a fazer um excelente trabalho.

Pergunta 2: Não conheço, formalmente, porque infelizmente se forem trabalhos de dissertações ou relatórios, isso, forçosamente as pessoas têm que publicar, quando são trabalhos que fazemos na nossa casa a maior parte das vezes as pessoas não divulgam, não publicam e, portanto, depois não conhecemos.

Mas, parece-me ser um projeto exequível e real no contexto da prática.

Pergunta 3: Os resultados que venha a ter possam ser individualizados, que possam traduzir ganhos sensíveis em cuidados de enfermagem de reabilitação. No âmbito da tua intervenção tu tens resultados e destes resultados tens ganhos em saúde e destes ganhos em saúde pode-se dizer que são sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Tem interesse que estejas a fazer este trabalho, que seja um trabalho para o futuro. Portanto, nesse sentido, sendo um trabalho para futuro, que possas utilizar e dar continuidade. Qual é o grande fito disto? Que possas vir a ter, nomeadamente, uma consulta de enfermagem de reabilitação nesta área que traduza autonomia e visibilidade. Porque tu quando fazes um contrato com uma instituição, o que é que que a instituição contratualiza? Número de cirurgias, número de consultas, tens que fazer alguma coisa que possa traduzir esta visibilidade. O fito tem que ser a ideia de que possas ter um dia uma consulta de enfermagem neste âmbito, que seja com a sua autonomia, a sua independência e é claro, evidentemente, tenha as suas primeiras consultas, as suas follow-up, tudo devidamente estruturado.

Há todo o interesse que, quando possível, que a gente possa fazer as coisas devidamente articuladas e multidisciplinares. Há todo interesse de integrar profissionais de diferentes áreas (por exemplo psicólogos). As organizações gostam que as equipas sejam multidisciplinares. Não invalida que depois o desenho do projeto não seja, essencialmente, centrado nas intervenções do enfermeiro de reabilitação e é isso que depois te vai poder dizer que aqueles resultados e ganhos são sensíveis a cuidados de enfermagem de reabilitação. Contudo, num projeto multidisciplinar há que ter cautela, pois podes ter outros profissionais a recolher louros de uma coisa que não fizeram. Hoje em dia é muito importante, que consigas os teus resultados em saúde, os teus ganhos, que consigas ter uma sensibilidade aos teus cuidados, que é para poderes dizer que, por exemplo, 80% dos resultados que ali se obtiveram são graças ao nosso trabalho. Porquê? Porque é com base nestes resultados que depois o decisor contrata mais ou menos profissionais, daquela área? Se tu disseres assim a intervenção do enfermeiro de reabilitação nessa consulta de reabilitação pélvica evita ou pelo menos diminui o número de infeções, aumenta a qualidade de vida, e essencialmente, diminui o número de idas à urgência, ou diminui o número de internamentos ou re-internamentos, o gestor ao ouvir isto, dá muito dinheiro. É esta a lógica que tu tens que ter, quando agora fizeres o teu trabalho para poderes capitalizar.

Agora é só estruturar o programa, sistematizar, pensar numa coisa realista, que apesar de ser para efeitos académicos, depois deves dar continuidade para efeitos profissionais.

Reflexões e Análise

Através das respostas e contributos do Enfermeiro Belmiro, entendi melhor os desafios, as necessidades e as melhores práticas para desenvolver este programa, para além de me conduzir à reflexão sobre como garantir a eficácia do programa.

Conclusões

A implementação de um programa de reabilitação é uma mais valia e trará ganhos para a saúde destes homens.

A necessidade de se criar um programa multidisciplinar devidamente estruturado, fundamentado, com ganhos para o doente e instituição.

Registo de Entrevista 6

Data: 22/01/2025

Local: Gabinete médico

Entrevistador: Ana Bonifácio

Entrevistado: Urologista

Objetivo da Entrevista

Compreender a visão da especialidade de Urologia sobre a importância da reabilitação pélvica na recuperação da continência urinária; avaliar se os urologistas apoiam a construção de um programa de reabilitação direcionado para a reabilitação da eliminação vesical após a prostatectomia.

Questões Elaboradas

- 1. Pela sua experiência, qual a prevalência da Incontinência urinária pós-prostatectomia radical?**
2. Qual é o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida dos homens submetidos a prostatectomia radical?
3. Quais são os tratamentos ou as intervenções mais indicadas para doentes que apresentam incontinência urinária pós a cirurgia?
4. Existe algum tipo de acompanhamento, no pós-operatório, disponível para a reabilitação da continência urinária? Como é realizado o encaminhamento destes doentes? Qual é a resposta oferecida pela instituição às necessidades destes doentes?
5. Considera importante a implementação de um programa de enfermagem de reabilitação para a recuperação da continência urinária após a prostatectomia radical?
6. Que sugestões deixa para a criação e implementação de um programa de reabilitação direcionado para estes doentes?

Respostas Obtidas

Pergunta 1: A prevalência varia com o tempo pós-operatório. Nos primeiros meses é quase universal, sendo que com o tempo vai diminuindo. Ao fim de um ano, a taxa de IU significativa com impacto na qualidade de vida dos doentes rondará os 10%. Contudo, uma taxa bastante superior manterá uma ligeira IU para grandes esforços, sem grande impacto na qualidade de vida.

pergunta 2: A IU mantida e significativa tem um grande impacto emocional nestes doentes, limitando-os muitas vezes de se envolverem em atividades que antes realizavam regularmente por vergonha e medo de perder urina. Do ponto de vista financeiro também poderá ter impacto, dados os custos significativos associados ao consumo de cuecas-fraldas.

Pergunta 3: Cada caso terá de ser avaliado individualmente, sendo que não há uma opção que satisfaz todos os casos. Numa fase inicial, os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico poderão ter um papel relevante em acelerar a recuperação da continência. Numa fase mais tardia, quando se percebe que a continência não melhorará mais, poderão ser equacionadas cirurgias para tentar melhorar a continência, nomeadamente colocação de *slings* ou esfíncteres urinários artificiais.

Pergunta 4: Neste momento não há qualquer protocolo em funcionamento na ULS Guarda. Alguns doentes, por iniciativa própria e assumindo as despesas, procuram apoio de reabilitação no setor privado.

Pergunta 5: Sim. Qualquer programa que vise a educação e otimização dos cuidados prestados terá relevância clínica.

Pergunta 6: Criação de um programa que avalie os doentes desde o pré-operatório até ao pós-operatório. Avaliação previa à cirurgia, com educação do doente em relação à recuperação e exercícios a realizar. Ensino prévio dos exercícios recomendados. Posterior acompanhamento no pós-operatório com monitorização da execução dos exercícios e avaliação da evolução de cada doente.

Reflexões e Análise

A entrevista com o médico Urologista focou-se na importância da reabilitação pélvica no pós-operatório da prostatectomia radical, abordando a prevalência e o impacto da IU, os tratamentos indicados e a necessidade de um programa estruturado de reabilitação. As respostas fornecem uma visão detalhada sobre o impacto da IU na QV dos doentes e a relevância de um acompanhamento adequado para garantir a recuperação da continência urinária.

Conclusões

A entrevista com o médico Urologista fornece uma visão esclarecedora sobre a importância de um programa de reabilitação para a IU pós-prostatectomia radical. A prevalência da IU varia ao longo do tempo, com impacto emocional e social significativo. O acompanhamento pós-operatório é uma área que ainda carece de uma estrutura adequada dentro da ULS da Guarda, e muitos doentes procuram suporte fora da instituição.

O médico Urologista apoia a criação de um programa de reabilitação de enfermagem, enfatizando a importância de educação e monitorização contínua ao longo do período pós-operatório. A implementação de um programa que avalie os doentes desde o pré-operatório até o pós-operatório, com foco na execução de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, seria uma abordagem eficaz para acelerar a recuperação da continência urinária e melhorar a QV dos doentes.

Essa entrevista reforça a necessidade de integrar cuidados especializados e estruturados para apoiar os doentes durante todo o processo de recuperação, desde a cirurgia até a reabilitação completa. A falta de protocolos institucionais torna claro que a criação de um programa dentro da instituição seria um passo crucial para garantir um atendimento de qualidade, acessível a todos os doentes, sem sobrecarregar financeiramente os mesmos.

Apêndice V – Guião e registo de entrevista aos doentes



Registo de Entrevista 1

Data: 23/01/2025

Local: Serviço de Cirurgia

Entrevistador: Ana Bonifácio

Entrevistado: Doente com cancro da próstata que irá ser submetido a prostatectomia radical (Doente 1)

Objetivo da Entrevista

Perceber as expectativas, conhecimentos sobre o procedimento e a importância atribuída à reabilitação pós-operatória.

Questões Elaboradas

1. Com que idade foi diagnosticado o cancro? Que sintomas apresentava?
2. Após receber o diagnóstico, quanto tempo demorou até ser agendada a cirurgia?
3. Foi-lhe explicada a cirurgia a que vai ser submetido e dado a conhecer as complicações que poderiam decorrer da mesma? Como se sente em relação à cirurgia?
4. O que sabe sobre os exercícios de reabilitação disponíveis? Está ciente da importância da reabilitação após a cirurgia?
5. Considera importante participar num programa de reabilitação após a cirurgia? Estaria disposto a aderir à reabilitação pélvica para otimizar a sua recuperação?
6. Conta com o apoio de familiares ou amigos?

Respostas Obtidas

Pergunta 1: Foi-me diagnosticado aos 69 anos, após a realização de análises que mostraram aumento da PSA. Posteriormente, realizei TAC e RM que não foram conclusivos. A PSA continuou a aumentar e depois de ter feito a biópsia prostática foi realizado o diagnóstico.

Pergunta 2: Cerca de um ano.

Pergunta 3: Foi-me explicada a cirurgia e as complicações. Sei que posso ficar incontinente e com impotência sexual.

Pergunta 4: Não conheço o que se pode fazer, nem como posso ser orientado nesse sentido.

Pergunta 5: Se fosse aconselhado a fazer exercícios, estaria disposto a aderir e a realizar os exercícios. Tudo o que possa fazer para recuperar aceito.

Pergunta 6: Tenho o apoio incondicional da minha mulher e falamos abertamente sobre tudo.

Reflexões e Análise

Doente apresenta uma atitude positiva perante o diagnóstico, reconhece as complicações como a IU e a disfunção erétil, mas não lhe foi dada nenhuma orientação sobre como lidar com essas complicações. É essencial que o doente receba informações claras sobre as opções de tratamento disponíveis, estratégias de adaptação e apoio psicológico para melhor enfrentar as mudanças e melhorar a QV.

Conclusões

Todo os ensinamentos que possam ser realizados são uma mais valia para o doente, para a aceitação e adesão a programas de reabilitação que melhorem a continência urinária e por sua vez a QV.

Registo de Entrevista 2

Data: 20/01/2025

Local: Casa do doente

Entrevistador: Ana Bonifácio

Entrevistado: Doente submetido a prostatectomia radical (Doente 2)

Objetivo da Entrevista

Compreender a vivência do doente com incontinência urinária e o seu impacto na qualidade de vida; identificar as suas dificuldades; avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida do doente.

Questões Elaboradas

1. Com que idade foi diagnosticado o cancro?
2. Que sintomas apresentava?
3. Após receber o diagnóstico, quanto tempo demorou até ser operado?
4. Foi-lhe explicada a cirurgia a que ia ser submetido e dado a conhecer as complicações que poderiam decorrer da mesma? Foi informado sobre a possibilidade de ocorrer incontinência urinária após a cirurgia?
5. Após a cirurgia, que complicações apresentou? E, ao fim de quanto tempo de pós-operatório surgiu a incontinência urinária?
6. Foi encaminhado para realizar reabilitação da incontinência urinária? Faz ou fez algum tratamento para a incontinência urinária? Que abordagens terapêuticas realiza?
7. Observou melhorias no controlo urinário com a reabilitação? Qual tem sido a evolução?
8. Sabendo dos efeitos secundários, em particular da incontinência urinária, e sabendo que esta poderia ser minimizada com exercícios de reabilitação, estaria disposto a aderir a um programa de reabilitação no pré-operatório e no pós-operatório imediato à cirurgia? Quais os benefícios esperados?
9. Hoje em dia ainda apresenta incontinência urinária?
10. Até que ponto a incontinência urinária afeta ou afetou o seu dia-a-dia?

Respostas Obtidas

Pergunta 1: Tinha 60 anos. Foi a minha esposa, que me incentivou a ir ao médico porque me levantava muitas vezes à noite para urinar. Fui ao médico de família, que me mandou fazer análises regulares e me receitou medicação. Posteriormente, como conhecia um familiar no IPO, e com o aumento da PSA, fui fazer uma biópsia, após a realização da biópsia fui operado.

Pergunta 2: Tinha vontade urinar e não conseguia, depois urinava às pinguinhas.

Pergunta 3: 2 anos.

Pergunta 4: Foi-me explicada.

Pergunta 5: IU e impotência sexual que ainda se mantém. O médico queria que tomasse Viagra e se não resultasse queria que fizesse um tratamento experimental. Usava penso após a cirurgia, usei durante cerca de 2 semanas.

Pergunta 6: Não fui. Tenho um sobrinho fisioterapeuta e falei com ele.

Pergunta 7: Houve melhorias com a reabilitação da parte da incontinência, sim. Gostaria de ter recebido mais orientação sobre exercícios ou outras terapias que pudessem ajudar e se me tivessem dito antes que a reabilitação ajudava, teria começado mais cedo.

Pergunta 8: Sim.

Pergunta 9: Não.

Pergunta 10: Tinha medo de urinar as cuecas e estar fora de casa. A minha mulher foi de uma grande ajuda e apoio, muitas vezes ela é que puxava o assunto e apesar das alterações da cirurgia arranjávamos estratégias para a vida íntima. Gostava de ter um acompanhamento psicológico para me ajudar a lidar com isto.

Reflexões e Análise

Através das respostas dadas, é possível compreender tanto o impacto emocional como as dificuldades sentidas no dia-a-dia devido à IU, além da sua perceção da reabilitação e do acompanhamento pós-operatório.

Conclusões

A entrevista proporciona uma visão das dificuldades enfrentadas pelos doentes após a realização de prostatectomia radical, com ênfase nos desafios da IU e nas limitações decorrentes da falta de orientação adequada para reabilitação. A falta de um programa formal de reabilitação parece ser uma lacuna importante, uma vez que o doente obteve melhorias após realizar reabilitação.

A prevenção precoce e a educação no pré-operatório, combinadas com um acompanhamento contínuo no pós-operatório, são essenciais para melhorar a QV dos doentes. O doente estaria disposto a aderir a um programa que envolvesse tanto o pré quanto o pós-operatório.

O impacto da IU não afeta apenas o bem-estar físico, afeta também o bem-estar emocional e social dos doentes. Portanto, a criação de um programa de reabilitação estruturado e bem orientado, com apoio de diversos profissionais da saúde, é crucial para melhorar a recuperação e adaptação dos doentes, proporcionando-lhes uma maior QV e maior autonomia na superação dos desafios impostos pela cirurgia.

Registo de Entrevista 3

Data: 20/01/2025

Local: Casa do doente

Entrevistador: Ana Bonifácio

Entrevistado: Doente submetido a prostatectomia radical (Doente 3)

Objetivo da Entrevista

Compreender a vivência do doente com incontinência urinária e o seu impacto na qualidade de vida; identificar as suas dificuldades; avaliar o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida do doente.

Questões Elaboradas

1. Com que idade foi diagnosticado o cancro?
2. Que sintomas apresentava?
3. Após receber o diagnóstico, quanto tempo demorou até ser operado?
4. Foi-lhe explicada a cirurgia a que ia ser submetido e dado a conhecer as complicações que poderiam decorrer da mesma? Foi informado sobre a possibilidade de ocorrer incontinência urinária após a cirurgia?
5. Após a cirurgia, que complicações apresentou? E, ao fim de quanto tempo de pós-operatório surgiu a incontinência urinária?
6. Foi encaminhado para realizar reabilitação da incontinência urinária? Faz ou fez algum tratamento para a incontinência urinária? Que abordagens terapêuticas realiza?
7. Observou melhorias no controlo urinário com a reabilitação? Qual tem sido a evolução?
8. Sabendo dos efeitos secundários, em particular da incontinência urinária, e sabendo que esta poderia ser minimizada com exercícios de reabilitação, estaria disposto a aderir a um programa de reabilitação no pré-operatório e no pós-operatório imediato à cirurgia? Quais os benefícios esperados?
9. Hoje em dia ainda apresenta incontinência urinária?
10. Até que ponto a incontinência urinária afeta ou afetou o seu dia-a-dia?

Respostas Obtidas

Pergunta 1: Foi diagnosticado em junho de 2023, tinha 63 anos.

Pergunta 2: Urinava muitas vezes à noite.

Pergunta 3: Fui proposto para cirurgia em janeiro de 2024, demorou cerca de 6 m.

Pergunta 4: Foi, o médico explicou-me tudo. Foi-me dada a informação a nível sexual e em termos urinários.

Pergunta 5: Tive alta algaliado. Uma semana após a remoção do cateter vesical, tive necessidade de usar fralda. Cheguei a usar 3 fraldas de cada vez, depois passei para 2 e depois para uma. Neste momento, uso penso diário, 1 penso por dia. Ingiro mais líquidos durante a noite, porque durante o dia estou fora.

Pergunta 6: Fui encaminhado pelo médico, para realizar terapia pélvica numa clínica, que ainda frequente de 15/15 dias. Comecei a terapia em maio de 2024. Inicialmente fazia exercícios de contração do ânus após a dejeção, agora só faço exercícios na fisioterapia.

Pergunta 7: Sim, mas poucas.

Pergunta 8: Aderi de imediato assim que fui encaminhado pelo médico.

Pergunta 9: Sim.

Pergunta 10: Na vida conjugal, a não aceitação da minha condição física leva-me a comer mais. E não gosto de falar sobre o meu problema. Durante o dia, quando estou na rua, evito beber muito para não ter acidentes.

Reflexões e Análise

A entrevista com o doente, submetido a prostatectomia radical, oferece uma visão sobre a sua experiência com a IU no pós-operatório e as dificuldades emocionais sentidas.

O doente reconhece que a IU tem um impacto significativamente negativo na sua vida diária, causando desconforto e ansiedade. Admite que, antes da cirurgia, não tinha total compreensão dos potenciais efeitos secundários, como a IU.

Conclusões

O doente demonstrou uma adesão positiva ao tratamento e à reabilitação pélvica.

A QV do doente foi afetada pela IU, especialmente na sua vida social e conjugal. O desconforto emocional associado à condição e o desejo de não falar sobre o problema destacam a necessidade de apoio psicológico, uma vez que as implicações emocionais e sociais são tão importantes quanto as implicações físicas.

O encaminhamento para terapia pélvica e a adesão do doente a esta abordagem sugerem que programas estruturados de reabilitação podem ser eficazes, mas é necessário um acompanhamento contínuo e personalizado para garantir que os pacientes alcancem os melhores resultados possíveis.

Apêndice VI – Termo de consentimento informado**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO****Programa de enfermagem de reabilitação ao homem com incontinência urinária pós prostatectomia radical – Trabalho de Projeto**

Eu, Ana Cláudia Miragaia Bonifácio, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola superior de Saúde de Viseu, estou a desenvolver um programa de enfermagem de reabilitação inserido na problemática da reabilitação da incontinência urinária após a prostatectomia radical e solicito a sua participação através de uma entrevista semiestruturada com o objetivo de compreender a experiência do homem submetido a prostatectomia radical e investigar se este realiza exercícios direcionados para recuperar a continência urinária. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para o desenvolvimento de programas de enfermagem de reabilitação mais eficazes e melhorar a qualidade de vida do homem.

A entrevista será conduzida de forma a respeitar a sua privacidade e terá a duração de cerca de 30 minutos. A informação obtida será registada por escrito pela investigadora em tempo real. As anotações da entrevista serão tratadas de forma confidencial e com garantia de anonimato. Na apresentação dos dados, poderão ser transcritos excertos, devidamente citados e sempre garantindo o carácter totalmente anónimo. A sua participação é totalmente voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Os dados pessoais serão mantidos em sigilo, e a sua identidade não será revelada.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar de livre vontade e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome do entrevistado:

Assinatura do entrevistado:

Nome da investigadora:

Assinatura da Investigadora:

Data: ___/___/_____

Apêndice VII – Documento de suporte à apresentação e discussão em sede de seminário





Programa de Enfermagem de Reabilitação na Pessoa com Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical

7º CMER
Ana Cláudia Miragaia Bonifácio

Apresentação e discussão em Seminário

Unidade Curricular: Opção 2 - Desenvolvimento de Projeto de Dissertação/ Trabalho de Projeto
Orientação: Professor Doutor Carlos Albuquerque

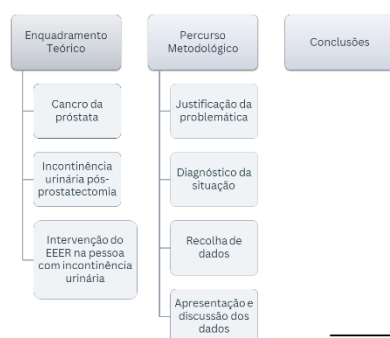
Fevereiro de 2025

1ª Etapa Apresentação em Seminário



02

Sumário



03

ENQUADRAMENTO TEÓRICO



04



Cancro da Próstata

- É o 2º tipo de cancro mais comum entre os homens e o 5º em termos de mortalidade;
- Em 2022, estimados 1.466.680 novos casos no mundo e 7.529 novos casos em Portugal, sendo a neoplasia maligna mais frequente entre os homens e a 3ª principal causa de mortalidade masculina no país.



PUBBLIX, 14 JUL 2024

05



Prostatectomia Radical



- Tratamento de eleição no cancro da próstata localizado;
- Consiste na remoção cirúrgica da próstata, da cápsula circundante e das vesículas seminais, seguida da anastomose vesico-uretal, com ou sem linfadenectomia pélvica, preservando, sempre que possível, a função dos órgãos pélvicos;
- A prostatectomia radical pode ser realizada por diferentes abordagens: retro-púbica, perineal, laparoscópica e assistida por robótica.

SANTO GILBERTO, 10 JUL 2019

06



ENGLISH MAJOR - LINGUISTICS

Incontinência urinária pós- prostatectomia radical

Definição

- A incontinência urinária é definida como a queixa de qualquer perda involuntária de urina.

Tipos Principais

• **Incontinência de Esforço (70%):** Ocorre durante atividades que aumentam a pressão intra-abdominal e está associada à disfunção do esfíncter.

• **Incontinência de Urgência (30%):** Caracterizada pela perda de urina que sucede, imediatamente, a uma súbita e intensa sensação de urgência miccional, relacionada com a denervação parcial da bexiga.



(WIKIMÉDIA, 11 JUL 2023)

07

Incontinência urinária pós-prostatectomia radical



- ❖ A prevalência da incontinência urinária varia entre 41,4% até 80,3% (Mata et al., 2021).
- ❖ Prevalência entre 66,7% e 95,2% (Silva et al., 2023)
- ❖ Prevalência de 1 a 87% (Gacci et al., 2023)
- ❖ Diversos estudos relatam um retorno progressivo da continência ao longo primeiro ano após a prostatectomia radical, com uma taxa que varia entre 66 a 97% aos 12 meses.
- ❖ Fatores de Risco:
 - Fatores Relacionados ao doente: Idade avançada; Obesidade
 - Fatores Biológicos: Presença de disfunção urinária pré-operatória; Características anatómicas da próstata e da uretra (tamanho, forma e complacência)
 - Fatores Cirúrgicos e Técnicos: Extensão da dissecação cirúrgica; Lesão dos feixes neurovasculares; Falta de preservação do colo vesical ou inadequada reconstrução dos suportes uretrais.
- ❖ Impacto negativo na qualidade de vida.

Mirghafour et al., 2021; Moore, Ross, & Sirois, 2023; Ruffano et al., 2022; Ortolano et al., 2023; Moore et al., 2021



ENGLISH MAJOR - LINGUISTICS

Instrumentos de Avaliação



Imbrici et al., 2024; Webb et al., 2021; Vanni et al., 2022; Raj et al., 2024

Métodos objetivos

- Pad-test;
- Pad-used;

Métodos subjetivos

- Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy (UISRP)
- International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)
- King's Health Questionnaire (KHQ)
- Quality of Life (QOL)
- The Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASAS)



Estratégias de reabilitação

Conservadoras 01

- Modificações no estilo de vida: ajustes na ingestão de líquidos, cessação tabágica, controle do IMC, redução de irritantes da bexiga (cafeína, álcool, alimentos picantes, micção dupla ou prolongada, prática de atividade física;
- Treino muscular do pavimento pélvico (TMPP): como os exercícios de kegel;
- Biofeedback;
- Estimulação elétrica;
- Programas pré e pós-operatórios



Cirúrgicas 02

- Balões periuretrais;
- Injeção de agentes de volume na parede uretral;
- Implante de esfínteres urinários artificiais;
- Colocação de slings masculinos.

Redução significativa da taxa de incontinência nos primeiros 6 meses após a cirurgia com o uso do TMPP

Trapani, 2024; Sanna et al., 2024

Grillo et al., 2022; Pineda et al., 2022; Marino, Piroli & Sacco, 2023; Mangano et al., 2022; D'Amico et al., 2024; Yu et al., 2024



Intervenções do EEER na pessoa com incontinência urinária pós-prostatectomia



- A intervenção do EEER é eficaz na recuperação da continência urinária pós prostatectomia, atuando em programas pré e pós-operatórios.
- O EEER tem um papel fundamental no tratamento da incontinência urinária, tanto na identificação do problema, como na implementação de terapias que visem fortalecer os músculos do pavimento pélvico, promover a saúde e a qualidade de vida.
- O EEER utiliza técnicas como o TMPP, biofeedback, exercícios de Kegel e estimulação elétrica que, combinados com orientação educativa contínua, demonstram uma redução significativa na incontinência urinária e uma recuperação funcional mais célere.
- A intervenção realizada não fortalece apenas os músculos responsáveis pela continência, mas também promove o autocuidado e melhora o bem-estar dos homens.

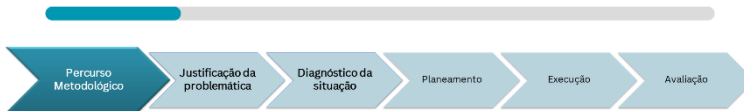
Grillo et al., 2022; Pineda et al., 2022; Marino, Piroli & Sacco, 2023; Mangano et al., 2022; D'Amico et al., 2024; Yu et al., 2024



Processo metodológico



12



13

Justificação da problemática



Lacuna na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a homens submetidos prostatectomia radical.

Ausência de intervenções de enfermagem específicas para a reabilitação destes homens evidencia a necessidade de desenvolver competências para abordar esta problemática e de implementar um programa que contribua para minimizar o problema da alteração da continência urinária e que proporcione uma melhor qualidade de vida.

A incontinência urinária pós-prostatectomia é um complicação comum e impactante.

A implementação de uma programa de enfermagem baseado em evidência pode minimizar os efeitos adversos da cirurgia, melhorar a qualidade de vida e oferecer suporte durante o processo de readaptação.

14

Programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com incontinência urinária pós-prostatectomia: um protocolo de revisão scoping

Título: Programa de enfermagem de reabilitação na pessoa com incontinência urinária pós-prostatectomia: uma revisão scoping.

Introdução: A prostatectomia radical é o tratamento cirúrgico de eleição para o cancro da próstata. Como qualquer cirurgia, esta intervenção não é isenta de complicações, sendo a incontinência urinária um fenómeno extremamente comum e impactante, com repercussões negativas significativas na qualidade de vida e nas atividades de vida diárias do homem. A intervenção diferenciada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel crucial na recuperação da incontinência urinária.

Objetivo: O objetivo desta revisão scoping será mapear a evidência científica sobre os programas de enfermagem na recuperação da continência urinária após prostatectomia, analisando as suas abordagens, estratégias e impacto na recuperação dos homens.

Materiais e Métodos: Será realizada uma Scoping Review, seguindo as orientações do Joanna Briggs Institute. Irá recorrer-se às bases de dados MEDLINE Complete via Pubmed, CINAHL e PEDRO. A seleção dos estudos, publicados entre 2020-2024, a extração e síntese dos dados será realizada por dois revisores independentes.

Resultados: Prevemos a inclusão de estudos que demonstrem que os programas existentes e as suas contribuições sejam efetivamente válidas para a capacitação do homem na recuperação da continência urinária.

Conclusões: A realização desta revisão scoping será essencial para fornecer um panorama atualizado das abordagens adotadas, das estratégias utilizadas e dos seus impactos na recuperação da continência urinária.

15



Dignóstico da situação



- Elaboração de um mapa-cognitivo para identificar e validar a situação-problema, relacionada com a incontinência urinária pós-prostatectomia;
- Permiteu obter uma visão abrangente da situação real, identificar as lacunas existentes na prestação dos cuidados de reabilitação e embasar a criação do programa direcionado para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos homens com incontinência urinária pós-prostatectomia radical.

16



Dignóstico da situação

- Realizado um trabalho de campo que teve como objetivos principais:
- Verificar a pertinência do tema da incontinência urinária pós-prostatectomia para a prática de enfermagem de reabilitação, analisando as práticas atuais;
 - Auscultar e recolher as opiniões de profissionais de saúde para identificar lacunas existentes nos cuidados e validar a relevância do tema;
 - Consultar profissionais reconhecidos, para obter insights e sugestões para a estruturação do programa;
 - Identificar as necessidades e os desafios enfrentados pelos homens com incontinência urinária pós-prostatectomia;
 - Integrar as perceções dos profissionais e as experiências dos doentes, a fim de construir um panorama abrangente que justifique a criação de um programa de reabilitação baseado em evidência.



Etapa	Atividades	Descrição/Objetivo	Tempo (horas)
1. Planeamento	<ul style="list-style-type: none"> • Definição do tema • Formulário de observação, entrevistas • Identificação de intervenções • Definição do âmbito de intervenção • Criação de mapas e validação de recursos laborais • Apresentação Início/Través da literatura 	Definir as atividades e os objetivos do trabalho de campo.	4
2. Recolha de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de entrevistas com profissionais de saúde • Realização de entrevistas com doentes submetidos a prostatectomia radical • Realização de entrevistas a doentes que não submeteram a prostatectomia radical • Realização de entrevistas 	<p>Objetivo a posteriori de identificar profissionais sobre o programa reabilitativo, desafios e sugestões de melhoria.</p> <p>Recolher informações sobre a comunidade e a realidade do programa.</p> <p>Apurar a experiência dos doentes com a incontinência urinária.</p>	30
3. Análise dos dados	<ul style="list-style-type: none"> • Análise e organização dos dados recolhidos • Planificação de entrevistas 	<p>Oferecer a posteriori de identificar profissionais sobre o programa reabilitativo, desafios e sugestões de melhoria.</p> <p>Analisar e organizar as informações recolhidas, interpretar os resultados.</p>	6
4. Atualização do relatório de campo	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o relatório com as conclusões e análise dos dados 	Organizar as informações recolhidas e redigir um relatório que inclua os resultados das entrevistas, observações e conclusões.	10

17



Recolha de dados

Observação

- Consulta externa de Urologia;
- Comunicação via e-mail e telefónica com um enfermeiro autor de um programa de reabilitação dirigido a esta temática.

Entrevistas

- EER do serviço de cirurgia
- Enfermeiro gestor
- Membros do NER
- EER Belmiro Rocha
- Urologista
- Doentes

18

Análise e interpretação dos dados

Das entrevistas aos profissionais de saúde



Perceção sobre a relevância do tema

- Foi validada a importância do tema na prática de enfermagem de reabilitação pelos entrevistados.
- Invisibilidade do tema na prática clínica, revela uma lacuna assistencial existente e a necessidade de inclusão da enfermagem especializada neste contexto.

Necessidade de um programa de reabilitação

- Um programa eficaz não se pode limitar ao período de internamento, mas deve incluir o acompanhamento pós-cirúrgico, havendo necessidade de iniciar precocemente a reabilitação, para além de se criarem consultas específicas para esta população.
- Um programa de reabilitação eficaz deve envolver diferentes profissionais, tornando-o mais abrangente e eficiente.
- Necessidade de capacitação profissional como um fator essencial para a qualidade dos cuidados prestados.
- Destaca-se a importância da gestão hospitalar no suporte financeiro e organizacional do programa e a apresentação de evidências concretas é um argumento eficaz para garantir o apoio institucional.

19

Análise e interpretação dos dados

Das entrevistas aos profissionais de saúde



Desafios e dificuldades para a implementação do programa de reabilitação

- A carência de profissionais especializados é um dos principais obstáculos para a viabilização do projeto.
- A sobrecarga dos profissionais pode dificultar a inclusão de novas atividades, exigindo a reestruturação das equipas.
- A resistência financeira da administração hospitalar é um dos desafios mencionados para viabilizar o programa.
- A adesão dos doentes pode ser um desafio, tornando essencial o trabalho educativo dos profissionais de saúde.

Sugestões de melhoria do programa de reabilitação

- O acompanhamento por meio de indicadores pode comprovar a eficácia do programa e a garantir a sua continuidade.
- A divulgação de casos de sucesso pode contribuir para a sensibilização dos gestores e dos profissionais de saúde.
- A articulação entre com os cuidados de saúde primários é uma estratégia sugerida para garantir a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

20

Análise e interpretação dos dados

Das entrevistas aos doentes



Conhecimento sobre a cirurgia e complicações

- Os doentes tiveram perceção das possíveis complicações pós-cirúrgicas, como a incontinência urinária e a disfunção erétil. No entanto, percebe-se que não estavam plenamente cientes do impacto dessas complicações na qualidade de vida.

Reabilitação pós-operatória

- A falta de informação e conhecimento prévio sobre a reabilitação é um fator crítico.
- A ausência de orientações pré-operatórias pode comprometer a adesão aos tratamentos e ter um impacto negativo na recuperação.
- A adesão à reabilitação pélvica foi positiva quando os doentes receberam orientação adequada, o que reforça a importância de um acompanhamento multidisciplinar, com a introdução precoce de programas de reabilitação, tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório imediato.

21

Análise e interpretação dos dados

Das entrevistas aos doentes



Impacto da incontinência urinária

- O uso de pensos e fraldas demonstra a necessidade de estratégias para minimizar o impacto desta condição na vida diária.
- A incontinência urinária teve um impacto significativo na vida dos doentes, com relatos de medo, vergonha e insegurança.

Impacto na vida social e familiar

- A relação conjugal tem um papel crucial no suporte emocional dos doentes.
- O impacto psicológico da incontinência urinária é evidente, levando a dificuldades na aceitação da nova condição e a alterações emocionais, como a compulsão alimentar.
- O apoio familiar, especialmente do cônjuge, é um fator essencial para o doente lidar com as mudanças. A aceitação da parceira e a adaptação da intimidade demonstram capacidade de enfrentar a sua nova condição.

Necessidade de mais informação e apoio

- Percebe-se destes discursos que os doentes não receberam orientações suficientes sobre a incontinência urinária e a reabilitação.
- Um doente entrevistado procurou ajuda por conta própria, enquanto outro demonstrou frustração por não ter sido informado previamente sobre as opções terapêuticas existentes.

22



Conclusões



Os dados recolhidos, confirmam que a incontinência urinária pós-prostatectomia é um problema relevante e com impacto negativo na qualidade de vida dos homens.



As entrevistas com profissionais de saúde destacaram a ausência de intervenções específicas e estruturadas para a reabilitação destes doentes.

É sugerida a implementação de consultas pré-operatórias para habilitar os doentes para a reabilitação da continência urinária, sendo que um acompanhamento multidisciplinar poderá otimizar a recuperação e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

23



Conclusões



Os principais desafios identificados centram-se na falta de recursos humanos e financeiros, mas há um forte reconhecimento dos benefícios para os doentes, profissionais e para a própria instituição.



A análise dos dados reforça que a implementação de um programa de enfermagem baseado em evidência pode preencher as lacunas existentes, promovendo uma recuperação eficaz e melhorando a qualidade de vida dos doentes.



Há uma clara lacuna na educação dos doentes sobre as opções de reabilitação.
A falta de informação sobre como lidar com a incontinência urinária e a importância da reabilitação pré e pós-operatória é um ponto crítico que precisa ser abordado nos cuidados de enfermagem.



Bibliografia

Abrams, P., Cardozo, L., Fair, M., Griffiths, D., Hosier, P., Umstetter, U., & Kerrebroeck, P. (2003). The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, 61(1), 37-49. doi:10.1016/S0090-4295(02)02243-4

Angus-Grecia, A., Andon-Solares, I., Echazú-Serrano, E., Subero-Vieira, A., Rodríguez-Roca, B., Juárez-Vela, R., & Situstegui Dordá, P. (2023). Quality of Life after Radical Prostatectomy: A Longitudinal Study. *Nursing Reports*, 13(3), pp. 1051-1063. doi.org/10.3390/nursrep13030902

Barbieri, J. (2013). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

Castellan, P., Ferrerri, S., Litterio, G., Marchionni, M., & Schipio, L. (2023). Management of Urinary Incontinence Following Radical Prostatectomy: Challenges and Solutions. *Clinical Risk Management*, 19, 49-56. doi.org/10.2147/CRM.S283305

Cao, L., Yang, Z., Qi, L., & Chen, M. (2015). Robot-assisted and laparoscopic vs open radical prostatectomy in clinically localized prostate cancer: perioperative, functional, and oncological outcomes: A Systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 94(27). doi.org/10.1097/MD.0000000000001370

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. (2022). *PALESTRAS CONTEÚDO 2022*. Atuação do enfermeiro na reabilitação do trato urinário. Obtido de https://portal.cerem-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/PALESTRAS_2022_Atualizacao_Enferm_Trato_Urinario.pdf

Courinho, C. (2023). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática. Alameda.

Cunha, A., Silva, A., Melo, A., Jansqueira, I., Souza, J., & Carvalho, T. (2021). Atualização no Tratamento da Incontinência Urinária Masculina Pós-Prostatectomia Radical: Qual a Melhor Opção? *Revista Urologia*.

de Sousa, A., Linhares, M., Araújo, P., Silva, R., Lima, R., Pinho, P., & Tavares, T. (2023). Prostatectomia robótica para câncer de próstata: análise das complicações nos avanços na abordagem cirúrgica urológica a luz da literatura. *STUDIES IN HEALTH SCIENCES*, 4(4), 1312-1324. doi.org/10.54020/shv4n4-015

Decreto Lei nº 104/98, de 21 de abril - Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. 11998. Diário da República, 3.ª Série I-A de 1998-04-21. Obtido de <https://data.dre.pt/lei-dec-101/04/1998/pl-cos/20200110/pl-pr>

dos Santos, J., Brasi, V., Azevedo, C., de Hesende Idroiro, L., Batista, A., Ferreira, A., & da Mata, L. (2021). Pelvic floor muscle training in men with post-prostatectomy urinary incontinence: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 32. doi:10.1590/1518-8345.7333-8398

EAU Guidelines. (2024). *Guidelines on Prostate Cancer*. Edn. presented at the EAU Annual Congress Paris. Obtido de <https://uroweb.org/guidelines>

Eufraias, V., Pina, C., Romaldos, I., Amorim, I., Macedo, I., & Assis, S. (2022). INCONTINÊNCIA PÓS-PROSTATECTOMIA E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Brasileira Journal of Enterostomal Therapy*. doi.org/10.30886/estima.v20i284.P1E51MABrazilian

Journal of Enterostomal Therapy

Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., & Soerjomataram, I. (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Obtido em 10 de Janeiro de 2025. de <https://gco.iarc.fr/w/index.php/about/factsheet/cancers?prostatefactsheet.pdf>

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Lusodidacta.

Giaci, M., De Nuzzo, C., Galassi, V., Rinken, M., Cornu, J. N., & Grava, S. (2023). Latest Evidence on Post-Prostatectomy Urinary Incontinence. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 1203.

Hudonin, J., Mitrović, K., Kraljica, M., Kulić, J., Penčić, I., & Žekulčić, T. (2022). PELVIC REHABILITATION FOR URINARY INCONTINENCE AFTER RADICAL PROSTATECTOMY. *Acta clinica Croatica*(61), 71-75. doi:10.20471/acc.2022.61.02.10

Idroiro, L., Azevedo, C., Pereira, M., Chianca, T., Borges, C., Oliveira, L., & Mata, L. (2024). Effect of cognitive-behavioral program on quality of life in men with post-prostatectomy incontinence: a randomized trial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. doi: 10.1590/1980-220X-REV-2024-0187n

Lago, D. R. (2024). Contributo do enfermeiro de reabilitação na prevenção da incontinência urinária pós prostatectomia radical: scoping review (Relatório de Estágio de Monitoramento e Avaliação de Reabilitação). Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/51413>



Bibliografia

Mata, L., Azevedo, C., Idroiro, L., Ferreira, D., Esteves, F., Amaral, F., & Chianca, T. (2021). Prevalence and severity levels of post-radical prostatectomy incontinence: different assessment instruments. *Rev Bras Enferm*, 74(2). doi:10.1590/0034-7167-2020-0902

Mata, L., Azevedo, C., Mendes, A., Lúcio, L. L., Esteves, F., & Chianca, T. (2022). Adaptação transcultural e validação da Urinary Incontinence Scale After Radical Prostatectomy para o contexto brasileiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43(6)02101631. doi.org/10.1590/1981-1487.2022.202101631.pt

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research*. Springer.

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed. ed.). Lipincott Williams & Wilkins.

Meleis, A., & Trangensten, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0

Ministério da Saúde. (2021). *Prostatectomia radical assistida por robô em pacientes com câncer de próstata localizado*. Brasília - DF. Obtido de https://www.gov.br/conitect-pt-br/india/relatorios/2021/20210903-relatorio_prostatectomia_caprostate_662_2021_final.pdf

Mungovan, S., Carlson, S., Glas, G., Graham, P., Sandhu, J., Akin, O., & Scardino, P. (2021). Preoperative exercise interventions to optimize continence outcomes following radical prostatectomy. *Nature reviews Urology*, 18(9), 229-241. doi.org/10.1038/s41585-021-00445-9

Ordem dos Enfermeiros. (maio de 2016). *CIPE Versão 2015 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Lusodidacta.

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby.

Pyda Karwica, M., Karwica, M., Koczyński, J., Orłowska, M., Krata, M., Skrzyński, A., & Maslak, J. (2018). Current status and new approaches in prostate cancer diagnosis. *Pol J Public Health*, 126(4), 166-169.

Rahmatul, M. S., Marcelissen, T., Geavlete, B., Tutolo, M., & Hüsch, T. (2021). Current Management of Post-radical Prostatectomy Urinary Incontinence. *Frontiers in Surgery*, 8(647856). doi:10.3389/fsurg.2021.647856

Roy, M., & Turkle, M. (2013). Marilyn Anne Ray's theory of bureaucratic caring. In M. Smith, M. Turkle, & Z. Wolf (Eds.), *Caring in nursing classics: An essential resource* (3rd ed.). Springer.

Obtido de https://admin.lp.ac.mz/admin/admin/panel/sp_files/files/digital/core%20books/Nursing/Nursing%20Theories%20and%20Practice%20-%20Smith%20et%20al%20-%202013.pdf page=382

Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República, 26 (2ª série), pp. 4744-4750. Obtido de <https://www.ordenenfermeiros.pt/media/10778/04744-4750.pdf>

Regulamento nº 392/2019 - Regulamento das competências específicas do enfermeiro. (2019). Diário da República, 21(8), pp. 13565 - 13568. Obtido de <https://data.dre.pt/lei-dec-392/2019/lei-dec-392-2019-1322219839>

Ribeiro, O., Moura, M., & Ventura, J. (2021). Referências teóricas orientadoras do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. *Líder - Edições Técnicas*, Lda.

Rodrigues, C., Cardozo, A., da Silva, V., de Amorim, R., & Barros, A. (2020). Assistência de enfermagem ao paciente prostatectomizado. V CONAPTEC. Realize. Obtido de https://www.conaptec.com.br/edicao/analise/compec/2020/FABAL_HQ_LV138_M01_SAZZ_03976_09112020021310.pdf

Rufo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Coleção descritiva de etapas. *Revistas Percursos*, 15. Obtido de http://web.uec.br/Percursos/Revistas/Percursos_15.pdf

Santos, J., Brasi, V., Azevedo, C., Idroiro, L., Batista, A., A., & Ferreira, A. (2024). Pelvic floor muscle training in men with post prostatectomy urinary incontinence: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, pp. 32. doi:10.1590/1518-1838-7333-8369

Sha, P., Gao, X., Yu, R., Li, Y., Zhang, Y., Zhu, Z., ... Liu, C. (2024). Enhancing daily living and cognitive functions in traumatic brain injury patients through Orem's self-care theory. *Frontiers in Neurology*, 15, p. 1449417. doi.org/10.3389/fneur.2024.1449417

Vieira, J. (2020). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento* (3ª ed.). Edições Sítio66

Yu, K., Bi, F., Jian, T., Liu, Z., Hu, R., Chen, S., & Li, J. (2024). Urinary incontinence rehabilitation of after radical prostatectomy: a systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in Oncology*, 15, 1301454. doi.org/10.3389/fonc.2023.1301454

2ª Etapa Aberto à discussão



Obrigado



Apêndice VIII – Poster apresentado no II Congresso Internacional: “A Família no Epicentro da Enfermagem de Saúde Familiar”


II Congresso Internacional
A Família no Epicentro da Enfermagem
de Saúde Familiar
30, 31 Janeiro | 2025



Capacitação do familiar cuidador na recuperação da incontinência urinária pós-prostatectomia radical: um protocolo de revisão scoping

Ana Bonifácio⁽¹⁾, Carlos Albuquerque⁽²⁾, Paula Rocha⁽³⁾, Susana Batista⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Unidade Local de Saúde da Guarda; ana.claud@bonifacio@gmail.com; ⁽²⁾ Escola Superior de Saúde de Viseu; CACB; UICISA-E c.albuquerque@esv.ipv.pt; ⁽³⁾ Escola Superior de Saúde de Viseu; CACB; UICISA-E paularocha@esv.ipv.pt; ⁽⁴⁾ Escola Superior de Saúde de Viseu; CACB; UICISA-E sbatista@esv.ipv.pt

Introdução	Materiais e Métodos	Conclusões
<ul style="list-style-type: none"> ❖ A prostatectomia radical é o tratamento cirúrgico de eleição para o cancro da próstata. ❖ Como qualquer cirurgia, esta intervenção não é isenta de complicações, sendo a incontinência urinária um fenómeno extremamente comum e impactante, com repercussões negativas significativas na qualidade de vida e nas atividades de vida diárias do homem. ❖ A intervenção diferenciada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação associada ao suporte familiar desempenham um papel crucial na recuperação da incontinência urinária. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Será realizada uma Scoping Review, seguindo as orientações do Joanna Briggs Institute. ➢ Irá recorrer-se às bases de dados MEDLINE Complete via Pubmed, CINAHL e PEDRO. ➢ A seleção dos estudos, publicados entre 2020-2024, a extração e síntese dos dados será realizada por dois revisores independentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A realização desta revisão scoping será essencial para sintetizar a existência de impactos positivos na capacitação do cuidador por parte dos enfermeiros de reabilitação e contribuir para se identificarem áreas de intervenção em que os cuidadores mais sentem necessidades de empoderamento na recuperação da continência urinária.
<p>Objetivo: Mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação na capacitação do familiar cuidador na recuperação da continência urinária em homens submetidos a prostatectomia radical.</p>	<h4>Resultados</h4> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prevemos a inclusão de estudos que demonstrem que as intervenções de enfermagem de reabilitação sejam efectivamente válidas para a capacitação do familiar cuidador na recuperação da continência urinária em homens submetidos a prostatectomia radical. É esperado que esta capacitação possa potenciar a melhoria da qualidade de vida dos doentes sujeitos a prostatectomia radical. 	

Referências Bibliográficas

de Resende Idrovo, L., Almeida, C., Pereira, M., Chianca, T., Borges, C., de Almeida Cavalcante Oliveira, L., & Mata, L. (2024). Effect of cognitive-behavioral program on quality of life in men with post-prostatectomy incontinence: a randomized trial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 58, e20240187. <https://doi.org/10.11606/1980-220X-REEUSP-2024-0187>

Gacci, M., De Nunzio, C., Sabatini, V., Rieken, M., Corini, J. N., & Grossi, S. (2023). Latest Evidence on Post-Prostatectomy Urinary Incontinence. *Journal of Clinical Medicine*, 12(8), 1590. <https://doi.org/10.3390/jcm12081590>

Mata, L., Almeida, C., Idrovo, L., Ferreira, D., Esteves, C., Antunes, F., & Chianca, T. (2021). Prevalence and severity levels of post-radical prostatectomy incontinence: different assessment instruments. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20200602. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0602>

Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A Enfermagem de Reabilitação no Empoderamento e Capacitação da Pessoa em Processo de Transição Saúde-Doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 21(1), 64-8. <https://doi.org/10.12116/rev.2020.v21n1.8.174>

Apêndice IX – Protocolo *scoping review*

Título: Programas de reabilitação na pessoa com incontinência urinária pós-prostatectomia: protocolo *scoping review*.

Introdução: A prostatectomia radical é a principal abordagem cirúrgica para o tratamento do cancro da próstata. No entanto, como qualquer procedimento cirúrgico, não está isenta de complicações, sendo a incontinência urinária uma das mais frequentes e impactantes. Esta condição afeta significativamente a qualidade de vida dos doentes, interferindo nas suas atividades diárias e no seu bem-estar psicológico. Neste contexto, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desempenha um papel essencial na recuperação da continência urinária, através de estratégias específicas para a reabilitação funcional do pavimento pélvico e promoção da autonomia do doente.

Objetivo: O objetivo deste estudo é mapear a evidência científica existente sobre os programas de reabilitação direcionados para a recuperação da continência urinária em homens submetidos a prostatectomia radical. Além disso, pretende-se identificar os diferentes tipos de intervenções utilizadas nesses programas e descrever as estratégias implementadas. Para tal, a revisão procurará responder à seguinte questão: “Que programas de intervenção existem para homens com incontinência urinária pós-prostatectomia radical?”.


Materiais e Métodos: O protocolo seguirá a metodologia do *Joanna Briggs Institute* e utilizará a estratégia PPC para a formulação da questão orientadora da pesquisa. A população (P) será constituída por homens com incontinência urinária pós-prostatectomia radical. O conceito (C) abordado refere-se a programas de intervenção dirigidos para a recuperação da incontinência urinária. O contexto (C) da pesquisa será qualquer ambiente de prestação de cuidados. Serão incluídos estudos quantitativos, qualitativos e mistos, incluindo investigações descritivo-exploratórias e ensaios clínicos randomizados e não randomizados. A pesquisa será realizada nas bases de dados: PubMed, MEDLINE (via EBSCO), CINAHL, B-on, *Nursing & Allied Health Collection* (via EBSCO), *Cochrane* (incluindo *Central Register of Controlled Trials*, *Academic Search Complete* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*),

MedicLatina (via EBSCO), *Web of Science* e PEDro. Apenas serão considerados estudos publicados entre 2020 e 2025, em português, inglês ou espanhol. A extração e síntese dos dados será realizada por dois revisores independentes.

Resultados: O mapeamento dos programas permitirá identificar as diferentes abordagens utilizadas pelos enfermeiros na recuperação da continência urinária em homens submetidos a prostatectomia radical.

Conclusões: A revisão resultante deste protocolo possibilitará a seleção de intervenções eficazes para a conceção de um programa estruturado destinado à reabilitação da incontinência urinária em homens pós-prostatectomia radical.

Palavras-chave: Enfermagem; Incontinência Urinária; Prostatectomia; Reabilitação.



PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS-PROSTATECTOMIA: PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

Ana Bonifácio^[1], Carlos Albuquerque^[2], Paula Rocha^[3], Susana Batista^[4]

^[1] Unidade Local de Saúde da Guarda; ana.claudia_bonifacio8@gmail.com;
^[2] Escola Superior de Saúde de Viseu; CACB; UICISA-E calbuquerque@essv.ipv.pt;
^[3] Escola Superior de Saúde de Viseu; CACB; UICISA-E paularocha@essv.ipv.pt;
^[4] Escola Superior de Saúde de Viseu; CACB; UICISA-E sbatista@essv.ipv.pt

INTRODUÇÃO

- ❖ A prostatectomia radical é o tratamento cirúrgico de eleição para o cancro da próstata
- ❖ Como qualquer procedimento cirúrgico não está isento de complicações, sendo a incontinência urinária uma das mais frequentes e impactantes, com repercussões negativas significativas na qualidade de vida e na atividade de vida diária do homem
- ❖ A intervenção diferenciada do EER desempenha um papel crucial na recuperação da continência urinária, através de estratégias específicas para a reabilitação funcional do pavimento pélvico e promoção da autonomia do homem

Objetivo
Mapear a evidência científica existente sobre programas de intervenção direcionados para a recuperação da continência urinária em homens submetidos a prostatectomia radical, analisando as suas abordagens, estratégias e impacto no processo de reabilitação

Questão de revisão
"Que programas de intervenção existem para homens com incontinência urinária pós prostatectomia radical?"

MATERIAL E MÉTODOS

- Será realizada uma *Scoping Review*, seguindo as orientações do *Joanna Briggs Institute*, com base em estudos publicados entre 2020-2025.
- Utilizará estratégia PPC: População: Homens com incontinência urinária pós-prostatectomia radical
 Conceito: Programas de intervenção dirigidos para a recuperação da continência urinária, conduzidos por enfermeiros
 Contexto: Ambiente hospitalar
- A pesquisa será realizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection Comprehensive e Cochrane Central Register of Controlled Trials e PEDro, bem como literatura cinzenta
- A extração e síntese dos dados será realizada por dois revisores independentes

RESULTADOS

- ❖ O mapeamento dos programas de intervenção permitirá identificar as diferentes abordagens utilizadas pelos enfermeiros na recuperação da continência urinária em homens submetidos a prostatectomia radical

CONCLUSÃO

- ❖ A revisão resultante deste protocolo possibilitará a seleção de intervenções eficazes para a conceção de um programa estruturado destinado à reabilitação da incontinência urinária pós-prostatectomia radical

Referências

- Gacci, M., De Nunzio, C., Sakalis, V., Rieken, M., Comu, J. N., & Gravas, S. (2023). Latest Evidence on Post-Prostatectomy Urinary Incontinence. *Journal of Clinical Medicine*, 1190, 12(3). <https://doi.org/10.3390/jcm12031190>
- Lage, D. R. (2024). *Contributo do enfermeiro de reabilitação na prevenção da incontinência urinária pós prostatectomia radical: scoping review (Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)*. Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/51413>

6º Congresso Nacional | 4º Congresso Internacional ACEPS | Viseu 2025

Apêndice X – Extração de dados dos estudos incluídos

Título, Autor e Ano	Desenho do Estudo	Objetivos	Intervenção Principal	Resultados	Conclusões
<p>Pfilates and Hypopressives for the Treatment of Urinary Incontinence After Radical Prostatectomy: Results of a Feasibility Randomized Controlled Trial</p> <p>Au et al. (2020)</p>	RCT	Avaliar a viabilidade e a eficácia dos exercícios de TMPP com e sem Pfilates e Hipopressivos na recuperação da IU pós-prostatectomia radical	TMPP com ou sem Pfilates/Hipopressivos	GI reduziu perda urinária no <i>Pad Test</i> 24 h (-242.3g vs -203.2g GC, p<0.001). Menos fugas diárias às 26 semanas. QV e função erétil sem diferenças (p=0.11).	A combinação de Pfilates e Hipopressivos com TMPP é viável e promove a recuperação mais rápida da continência urinária em doentes pós-prostatectomia. Estudos futuros com amostras maiores e seguimento prolongado são necessários para confirmar benefícios a longo prazo e explorar impactos na QV e função erétil.
<p>The Efficacy of the WeChat App Combined with Pelvic Floor Muscle Exercise for the Urinary Incontinence after Radical Prostatectomy</p> <p>Junwen & Rongjiang (2020)</p>	Retrospectivo	Estudar o efeito do WeChat combinado com TMPP na IU pós-prostatectomia radical	TMPP + Aplicação <i>WeChat</i>	GI reduziu <i>Pad Test</i> 24 h: 254g vs 293g (1 mês, p<0.05), 76g vs 98g (3 meses, p<0.05), 23g vs 48g (6meses, p<0.001), 5g vs 11g (12 meses, p<0.001). Continência (0g): GI 31% vs GC 13% (3 meses, p<0.05), 50% vs 24% (6meses, p<0.01), 69% vs 63% (12 meses, p>0.05).	A combinação de <i>WeChat</i> com TMPP é uma abordagem acessível e eficaz para reduzir a IU e aumentar a continência, com benefícios significativos até 12 meses. Por ser uma intervenção gratuita e de fácil acesso, esta abordagem mostra-se promissora e merece ser aplicada a um maior número de doentes.

<p>Effect of personalized extracorporeal biofeedback device for pelvic floor muscle training on urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy: A randomized controlled trial</p> <p>Oh et al. (2020)</p>	RCT	Avaliar a eficácia de um dispositivo de <i>biofeedback</i> (<i>Anykegel</i>) para TMPP na recuperação da IU pós-prostatectomia radical robótica	TMPP + <i>Biofeedback</i> vs TMPP sem <i>Biofeedback</i>	<p>GI reduziu perda urinária no <i>Pad Test</i> 24 h (71.0g vs 120.8g GC, 1 mês, $p=0.028$); sem diferenças 2 meses, 3 meses. IPSS melhor no GI (1 mês, $p=0.046$).</p> <p>IIEF-5 sem diferenças. Taxa de continência (0g no <i>Pad Test</i>): GI 67.5% vs GC 61.9% (3 meses).</p>	O dispositivo de <i>biofeedback Anykegel</i> é eficaz na melhoria precoce da continência urinária (1 mês) e facilita o treino autônomo de TMPP, com benefícios adicionais nos sintomas urinários. O dispositivo permite aos doentes realizarem os exercícios de forma regular e autónoma, sem necessidade de deslocações frequentes à clínica, proporciona ao médico acesso remoto a dados objetivos sobre frequência e desempenho do treino, facilitando a monitorização clínica.
<p>Individualized pelvic physical therapy for the treatment of post-prostatectomy stress urinary incontinence and pelvic pain</p> <p>Scott et al. (2020)</p>	Retrospectivo	Determinar se um programa de fisioterapia pélvica individualizada destinado a normalizar a DPP (hipoativa e hiperativa), pode melhorar a IU de esforço e a dor pélvica pós-prostatectomia	Fisioterapia pélvica individualizada	<p>87% reduziram o uso de absorventes (média de 5.1-3.1, $p<0.001$); 58% ≤ 2/dia. Dor pélvica: 0.88-0.30 ($p<0.001$); 86% sem dor. Força MPP: +28.97μV ($p=0.049$). Tônus muscular: -2.30μV ($p=0.032$).</p> <p>Doentes com DPP hiperativa/mista necessitaram de mais sessões ($p=0,004$), mas melhoria mais rápida ($p<0,001$).</p>	A fisioterapia pélvica individualizada é eficaz na redução da IU de esforço e da dor pélvica, focada na normalização da função do pavimento pélvico e não apenas em exercícios de Kegel. Doentes com DPP hiperativa, o componente de relaxamento muscular é essencial, contribuindo para o aumento da força e alívio da dor.

<p>Early 3-month treatment with comprehensive physical therapy program restores continence in urinary incontinence patients after radical prostatectomy: A randomized controlled trial</p> <p>Soto González et al. (2020)</p>	RCT	<p>Verificar se um tratamento precoce de 3 meses com eletroterapia e <i>biofeedback</i> restaura a continência em doentes com IU pós-prostatectomia radical</p>	<p>Eletroterapia , <i>biofeedback</i> e TMPP</p>	<p>GI com 64% vs GC 9.1% continentemente no <i>Pad Test</i> 1 h (3 meses, p=0.001; 6 meses, p=0.001). <i>Pad Test</i> 24 h: GI 44% vs GC 4.5% (3meses, p=0.003; 6m, p=0.001). ICIQ-SF melhor no GI (2 meses, p=0.014; 3 meses, p=0.001; 6 meses, p<0.0001).</p>	<p>O programa precoce de fisioterapia pélvica com EE e <i>biofeedback</i> ajuda a recuperar a continência urinária após 3 meses, com benefícios sustentados aos 6 meses e melhoria significativa na QV.</p>
<p>Effectiveness of electrostimulation in the treatment of pelvic floor Physiotherapy in patients with urinary incontinence after radical prostatectomy</p> <p>García-Santos et al. (2021)</p>	Quase-experimental	<p>Analisar o efeito um programa de fisioterapia pós-operatória do pavimento pélvico sobre o grau de IU e investigar a influência da idade, do uso de EE e do tempo de espera até ao início do tratamento nos resultados obtidos</p>	<p>Fisioterapia com Kegel, <i>biofeedback</i> e EE</p>	<p>83.3% melhoraram <i>Pad Test</i> 24 h. IU severa: G1 -25.64% (p<0.01), G2 - 36.34% (p=0.01). IU moderada: G1 - 30.01% (p=0.005), G2 - 36.34% (p=0.012). IU leve: sem diferenças (p>0.05). Tempo espera: 20.06 meses vs 36.10 meses (p=0.024).</p>	<p>A fisioterapia pélvica com TMPP e <i>biofeedback</i> com ou sem EE é eficaz na redução da IU, especialmente quando iniciada precocemente. A EE não adiciona benefícios significativos nos resultados.</p>
<p>Effectiveness of systemic acupuncture in the control of urinary incontinence following radical prostatectomy: a randomized clinical trial</p> <p>Bernardes et al. (2022)</p>	RCT	<p>Avaliar a efetividade da acupuntura sistêmica com TMPP na IU pós-prostatectomia radical</p>	<p>Acupuntura + TMPP vs apenas TMPP</p>	<p>GI reduziu perda urinária vs GC em T1 (p=0.006), T2 (p<0.001). Ambos melhoraram a IU; GI superior (p<0.001).</p>	<p>A acupuntura sistêmica combinada com TMPP oferece benefícios adicionais na redução da IU em comparação com TMPP isolado. A intervenção é simples, não invasiva e pode melhorar a assistência ao doente.</p>

<p>Short-term Efficacy and Mechanism of Electrical Pudendal Nerve Stimulation Versus Pelvic Floor Muscle Training Plus Transanal Electrical Stimulation in Treating Post-radical Prostatectomy Urinary Incontinence</p> <p>Feng et al. (2022)</p>	RCT	Avaliar a eficácia a curto prazo da EE do nervo pudendo em comparação com o TMPP combinado com a EE transanal no tratamento da IU pós-prostatectomia radical	EE nervo pudendo vs. TMPP com EE Transanal	Eficácia $\geq 25\%$: GI 68,7% vs GC 34,4% (8 semanas $p=0.005$); $\geq 50\%$: GI 28,1% vs GC 15,6%. ICIQ-SF: GI 17,438–10,734 vs GC 17,344–13,219 ($p<0.05$). GI superior em quantidade vazamento, fraldas, sintomas, QV ($p<0.05$). eletromiografia maior no GI ($p<0,001$). Adesão GI 82,8%; melhoria mediana 50,0% (60 tratamentos); taxas sustentadas 54,6%-54,2% (1-3 anos).	A EE do nervo pudendo é mais eficaz a curto prazo (8 semanas) que TMPP com estimulação transanal, com benefícios em ICIQ-SF, QV, e sustentabilidade a longo prazo (1-3 anos).
<p>Randomized and Open Trial to Assess the Effectiveness of the Guided Pelvic Floor Exercises Pre-Radical Robotic Prostatectomy on the Improvement of Urinary Incontinence</p> <p>García-Sánchez et al. (2022)</p>	RCT	Avaliar o efeito do TMPP guiado pré-prostatectomia robótica na robótica na taxa de IU, comparado com informação escrita	TMPP	IU: GI 39% vs GC 51% ($p>0.05$). Gravidade: GI 33% leve, 25% moderada, 25% severa; GC 59% leve, 14% moderada, 14% severa. QV pior no GI em “problemas emocionais” e “relações pessoais”.	O TMPP guiado pré-operatório não demonstrou superioridade significativa sobre as instruções escritas na redução da IU. A IU está correlacionada com a idade, urgência urinária e deterioração da QV.
<p>Clinical effect of micturition interruption exercise on urinary incontinence after radical prostatectomy</p> <p>He et al. (2022)</p>	Retrospectivo caso-controlo	Explorar a eficácia do exercício de interrupção da micção com Kegel na IU pós-prostatectomia radical	Interrupção da micção + Kegel	GI recuperou continência média de 3,6 meses vs GC 5.4 meses. IU: GI 75% vs GC 95.8% (1m), 41.7% vs 75% (3 meses), 12.5% vs 33.3% (6 meses, $p<0.01$). ICIQ-SF menor no GI ($p<0.05$). Adesão: GI 83.3% vs GC 58.3% ($p<0.01$).	O exercício de interrupção da micção é mais eficaz e promove maior adesão que os exercícios de Kegel na recuperação da IU pós-prostatectomia. A sua simplicidade facilita a adesão e o treino correto dos MPP.

<p>Effectiveness of ultrasound-guided pelvic floor muscle training in improving prolonged urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy Matsunaga et al. (2022)</p>	<p>Prospetivo</p>	<p>Avaliar o efeito do TMPP guiado por ultrassom transperineal na IU prolongada pós-prostatectomia radical assistida por robô</p>	<p>TMPP + <i>biofeedback</i> guiado por ultrassonografia transperineal</p>	<p>Aumento da frequência de contrações: 7.5-10 (p<0.001); duração: 2.6 s- 9.0s (p=0.017). <i>Pad Test 24 h</i>: 397.0g-248.6g (p=0.024). I-QOL: 61.0 – 72.1 (p<0.001).</p>	<p>O TMPP guiado por ultrassonografia é eficaz na redução da IU prolongada e na melhoria da QV, promovendo maior autonomia no treino.</p>
<p>The Effectiveness of Pelvic Floor Muscle Training in Men after Radical Prostatectomy Measured with the Insert Test Szczygielska et al. (2022)</p>	<p>Experimental</p>	<p>Avaliar a eficácia do TMPP com recurso a <i>biofeedback</i> na IU pós-prostatectomia radical</p>	<p>TMPP + <i>biofeedback</i></p>	<p>Redução no <i>Pad Test 1 h</i> (p<0.0001). Continência (≤1g): GI-B 85%, GI-A 60%, GI-C 45%. GI-B redução média 1.73ml. Sem correlação com idade, IMC e tempo pós-cirurgia.</p>	<p>O TMPP combinado com <i>biofeedback</i> é altamente eficaz na redução da IU, com o <i>biofeedback</i> potencializando os resultados.</p>
<p>Long-term effect of extracorporeal magnetic innervation for post-prostatectomy urinary incontinence: 1-year follow-up Terzoni et al. (2022)</p>	<p>Retrospectivo não randomizado</p>	<p>Investigar os efeitos a longo prazo da Estimulação Magnética Extracorpórea associada ao TMPP de manutenção, em comparação com o TMPP isolado, na manutenção da continência após o término de um programa de reabilitação. Apresentar os resultados a longo prazo da aplicação de um programa de TMPP de manutenção a doentes tratados com Estimulação Magnética</p>	<p>Estimulação magnética + TMPP</p>	<p>Ambos mantiveram perdas 0-5g (3, 6, 12 meses, p>0.05). Estabilização das perdas urinárias mais consistente no grupo com TMPP (Rho=0.89 vs 0.85, 12 meses).</p>	<p>O TMPP é essencial para a manutenção da continência a longo prazo, enquanto a estimulação magnética pode acelerar a recuperação inicial.</p>

		Extracorpórea ou com exercícios de Kegel.			
Effect of different postures of Pilates combined with Kegel training on pelvic floor muscle strength in post-prostatectomy incontinence An et al. (2023)	RCT prospetivo	Comparar o efeito de diferentes posturas de Pilates combinadas com Kegel na força dos MPP pós-prostatectomia	Pilates + Kegel	Eletroniografia dos MPP: GI-A 13.04 – 1.58 μ V, GI-B 13.85 – 45.87 μ V, GI-C 14.80 – 47.85 μ V ($p < 0.01$). R ² : 0.76-0.91.	O Pilates combinado com o Kegel demonstrou maior eficácia na ativação dos MPP em comparação com o treino de Kegel isolado. A escolha da postura deve ser individualizada para maximizar a adesão e o conforto do doente.
Effect of early pelvic floor muscle exercises (Kegel's) after Robotic Prostatectomy in Prostate cancer patients Chitre & Kulkarni (2023)	Retrospectivo	Estudar o efeito do exercício de Kegel pós-prostatectomia e estudar o tempo necessário para que os MPP ganhem força e resistência, conduzindo à continência urinária	Exercícios de Kegel + exercícios complementares do pavimento pélvico	Continência: 94.2% (3 meses). Força MPP: grau 2 – 4 (6 semanas). <i>Pad Test</i> 24 h: 72g – 12g (6 semanas). IPSS: 27 – 6 (6 semanas).	Os exercícios precoces de Kegel são eficazes na recuperação da continência (94.2% em 3 meses), na força muscular do pavimento pélvico e na melhoria da QV. A intervenção precoce deve ser a abordagem de referência, privilegiando técnicas complementares para otimizar resultados.
Effect of perioperative pelvic floor muscle training program on incontinence and quality of life after radical prostatectomy: A randomized controlled trial Gezginci et al. (2023)	RCT	Avaliar o efeito de um programa de TMPP peri-operatório na IU e QV pós-prostatectomia radical	TMPP vs cuidados habituais	ICIQ-SF: GI 7.40 vs GC 15.03 (3m, $p < 0.001$). ICIQ-MLUTS melhor no GI em esvaziamento, incontinência, frequência, noctúria ($p < 0.001$). QV superior no GI ($p < 0.001$).	O TMPP peri-operatório reduz significativamente a IU e melhora a QV aos 3 meses, sendo uma estratégia essencial na reabilitação pós-prostatectomia.
Pelvic floor muscle exercise with or without duloxetine for	Retrospectivo	Avaliar a eficácia da combinação do TMPP com duloxetina na IU pós-	TMPP com ou sem duloxetina	IU: GI 61.43% vs GC 77.60% (2 semanas, $p < 0.05$); sem diferença 3, 6, 9, 14 meses	A combinação de TMPP + duloxetina melhora a IU precoce, mas não apresenta benefícios

<p>postprostatectomy urinary incontinence: A retrospective single-center study</p> <p>Kang et al. (2023)</p>		<p>prostatectomia</p>		<p>($p > 0.05$). 8.57% GI descontinuaram duloxetina.</p>	<p>significativos a longo prazo. O uso de duloxetina deve ser cuidadosamente monitorizado devido aos efeitos colaterais.</p>
<p>Single Session Pre-Operative Pelvic Floor Muscle Training with Biofeedback on Urinary Incontinence and Quality of Life after Radical Prostatectomy: A Randomized Controlled Trial</p> <p>Khorrani et al. (2023)</p>	<p>RCT</p>	<p>Avaliar o efeito de uma única sessão de TMPP com <i>biofeedback</i> pré-operatório na IU e QV pós-prostatectomia radical</p>	<p>TMPP + <i>biofeedback</i></p>	<p>ICIQ-UI menor no GI (1mês, $p=0.01$; 3 meses, $p=0.029$; 6 meses, $p=0.058$). ICIQ-LUTSqol melhor no GI (1m, $p < 0.001$; 3 meses, $p=0.005$; 6 meses, $p=0.011$).</p>	<p>Uma sessão única de TMPP com <i>biofeedback</i> pré-operatório é eficaz na redução precoce da IU e na melhoria da QV até 6 meses. Esta abordagem é prática e deve ser considerada em protocolos pré-cirúrgicos.</p>
<p>Comparison of In-person FPMRS-directed Pelvic Floor Therapy Program Versus Unsupervised Pelvic Floor Exercises Following Prostatectomy</p> <p>Rapp et al. (2023)</p>	<p>Revisão retrospectiva</p>	<p>Comparar TMPP supervisionado vs não supervisionado na continência pós-prostatectomia radical</p>	<p>TMPP supervisionado vs não supervisionado</p>	<p>IU esforço menor no GI (6m, $p=0.014$; 12 meses, $p=0.004$). Continência: GI 55% vs GC 20% (12 meses). Uso médio de absorventes diários: GI 0.19 vs GC 0.79 ($p > 0.05$). QV sem diferença.</p>	<p>O TMPP supervisionado é superior ao não supervisionado na redução da IU de esforço até 12 meses, promovendo maior continência.</p>
<p>The effect of nursing interventions on urinary, bowel and sexual dysfunction among post-radical prostatectomy</p>	<p>Quase-experimental</p>	<p>Avaliar o efeito de intervenções de enfermagem com TMPP nas disfunções urinária, intestinal e sexual pós-prostatectomia radical</p>	<p>Intervenções enfermagem com TMPP + educação e suporte psicológico</p>	<p>IU: 80% – 45.3% ($p \leq 0.001$). SHIM: 9.16 – 10.33 ($p \leq 0.001$). Incontinência fecal: 16.7% – 13.3% ($p > 0.05$).</p>	<p>As intervenções de enfermagem são eficazes na redução da IU e na melhoria da função sexual, mas não apresentam impacto significativo na incontinência fecal. Programas de reabilitação</p>

patients Taleb et al. (2023)					devem ser oferecidos pós-prostatectomia radical como componentes dos cuidados de enfermagem.
Effects of Web-Based and Mobile Self-Care Support in Addition to Standard Care in Patients After Radical Prostatectomy: Randomized Controlled Trial Wennerberg et al. (2023)	RCT	Avaliar o efeito do suporte digital (ePATH) com cuidado padrão na continência pós-prostatectomia radical	Suporte digital (ePATH) baseado na teoria da autodeterminação + TMPP	Uso do ePATH: 64% (53/83), 11% 12m. Continência: sem diferença ($\beta=-5.60$, $p=0.09$). Função sexual: sem diferença ($\beta=-0.12$, $p=0.97$). TMPP e atividade física sem diferença ($p>0.05$).	O suporte digital ePATH não demonstrou benefícios adicionais na continência ou autocuidado em comparação com o cuidado padrão. Adaptações na interface e suporte técnico são necessárias para melhorar a adesão e eficácia.
Efficacy of perineal electrical stimulation in men with urinary incontinence after radical prostatectomy. A prospective randomized controlled trial Yildiz et al. (2023)	RCT prospectivo	Avaliar a eficácia da EE perineal na ansiedade, depressão e QV relacionada com a IU e parâmetros clínicos pós-prostatectomia radical	EE perineal	GI melhorou IU, QV, ansiedade ($p<0.05$); depressão sem diferença ($p=0.506$). Continência: GI 44.8% vs GC 7.2% ($p<0.001$). Redução $\geq 50\%$ IU: GI 69% vs GC 25% ($p=0.001$). <i>Pad Test</i> 24 h: GI 69.13g vs GC 121.39g ($p=0.005$).	A EE perineal é uma intervenção eficaz e bem tolerada para melhorar a IU, a QV e a ansiedade pós-prostatectomia.
Effectiveness of Auricular Acupuncture and Pelvic Floor Muscle Training in the Management of Urinary Incontinence Following Surgical	RCT	Avaliar a eficácia da acupuntura auricular com TMPP na IU pós-prostatectomia radical	Acupuntura auricular + TMPP	Ambos reduziram IU (sem diferença inter-grupos). GI com menor impacto na QV em “medidas de gravidade” ($p=0.013$), “emoções” ($p<0.001$), “sono/humor” ($p=0.008$); -20.8% noctúria ($p=0.007$), -25.3% urgência	A acupuntura auricular combinada com TMPP foi mais efetiva que o TMPP isolado na redução do impacto da IU na QV, noctúria e urgência urinária, sendo uma abordagem complementar valiosa.

<p>Treatment for Prostate Cancer: A Randomized Clinical Trial</p> <p>Azevedo et al. (2024)</p>				(p=0.002).	
<p>Clinical efficacy of a rehabilitation management protocol for urinary incontinence after robot-assisted laparoscopic prostatectomy</p> <p>Gu et al. (2024)</p>	Coorte retrospectivo/prospetivo	Avaliar a eficácia de um protocolo de gestão da reabilitação para a IU pós-prostatectomia laparoscópica robótica	TMPP + Biofeedback + aplicação móvel	GI reduziu <i>Pad Test</i> 24 h (2 meses, 6 meses, p<0.01); ICIQ-SF menor (1m, p<0.01); QV maior (1, 2, 6 meses, p<0.01); <i>Broome Pelvic Muscle Self-efficacy Scale</i> menor (1, 2, 3, 6 meses, p<0.01).	O protocolo de reabilitação com TMPP, biofeedback e suporte digital é eficaz na melhoria da função urinária e QV.
<p>Clinical Study on Low-Frequency Electrical Pulse Acupoint Stimulation Combined with Pelvic Floor Muscle Exercise in the Treatment of Urinary Incontinence after Radical Prostatectomy</p> <p>Huang et al. (2024)</p>	Retrospectivo	Explorar a eficácia da estimulação de acupontos com pulsos elétricos de baixa frequência combinada com exercícios dos MPP no tratamento da IU pós-prostatectomia radical	Estimulação de acupontos com pulsos elétricos de baixa frequência + TMPP	GI reduziu o uso de pensos, acelerou a continência, melhorou urodinâmica (fluxo, capacidade, pressão uretral). SF-36 maior (p<0.05).	A estimulação de acupontos combinada com TMPP foi mais eficaz do que o TMPP isolado no tratamento da IU pós-prostatectomia radical eficaz na melhoria da IU, urodinâmica e QV, sendo uma abordagem promissora. Estudos prospectivos são necessários para confirmar os resultados.
<p>Comparison of In-person Versus Online Comprehensive Pelvic Floor Rehabilitation Program Following Prostatectomy</p> <p>Hutchison et al. (2024)</p>	Retrospectivo	Comparar os resultados do TMPP presencial vs online na continência pós-prostatectomia	TMPP presencial vs online	GI (online) reduziu IU esforço (3 semanas, 3 meses, 12 meses, p<0.05); sem diferença aos 6 meses Taxa de cura da IU: GI 75% vs GC 60% (12 meses, p=0.6). Uso diário de pensos menor no GI (p>0.05). QV sem diferença entre grupos, sem melhorias	O TMPP online é tão eficaz quanto o presencial na redução da IU, com vantagens de acessibilidade. Programas online devem ser expandidos para melhorar o acesso à reabilitação.

				significativas.	
Effect of cognitive-behavioral program on quality of life in men with post-prostatectomy incontinence: A randomized trial Izidoro et al. (2024)	RCT	Avaliar os efeitos de um programa cognitivo-comportamental na QV de homens com IU pós-prostatectomia	Programa cognitivo-comportamental baseado na Teoria Cognitiva Social	GI reduziu <i>Pad Test</i> (50.9g – 3.4g vs GC 53.6g–15.1g, $p \leq 0.001$). Sintomas urinários melhoraram no GI ($p \leq 0.005$). QV superior no GI.	O programa cognitivo-comportamental é eficaz na redução da IU e na melhoria da QV, sendo uma intervenção custo-efetiva, viável e replicável na prática clínica
Effects of a home-based pelvic floor muscle training with and without action and cue observation on urinary incontinence after prostatectomy: A randomized controlled trial Russo et al. (2024)	RCT	Investigar os efeitos do TMPP domiciliário com e sem observação de ação na IU pós-prostatectomia	TMPP + observação de ação e sinal visual	GI reduziu <i>Pad Test</i> (192.3g vs GC 84.5g, $p = 0.037$, $d = 0.53$). Ambos melhoraram IPSS, ICIQ-SF, QV ($p < 0.05$). GI melhorou a função erétil ($p = 0.034$). Adesão sem diferenças ($p > 0.05$).	O TMPP com observação de ação e sinais visuais é mais eficaz na redução da IU em comparação com o TMPP isolado. A observação sistemática de tarefas funcionais, sincronizada com um sinal visual que indica o momento adequado para contrair o pavimento pélvico, potencializou os ganhos na continência. Esta técnica deve ser considerada para programas domiciliários.
Physiotherapy for continence and muscle function in prostatectomy: a randomised controlled trial Ouchi et al. (2024)	RCT	Avaliar a eficácia do TMPP supervisionado pré/pós-operatório na continência e na função muscular pós-prostatectomia radical	TMPP supervisionado	GI reduziu IU (3m, $p < 0.05$), continência 65.2% vs GC 31.6% (12 meses, $p = 0.030$). Pressão e duração contrações maiores no GI. QV sem diferença.	O TMPP supervisionado melhora significativamente a continência e a função dos MPP.
Lifestyle recommendations and pelvic floor muscle training with Knack	RCT	Avaliar os efeitos adicionais da manobra de <i>Knack</i> com TMPP e estilo de vida na IU pós-prostatectomia	TMPP + manobra de <i>Knack</i> + recomendação	GI melhorou ICIQ-UI SF e <i>Pad Test</i> 1 h ($p < 0.001$, $p < 0.05$). QV melhor no GI em impacto, limitações, emoções	A combinação de TMPP com manobra de <i>Knack</i> e recomendações de estilo de vida reduz significativamente a IU e

maneuver for post-prostatectomy urinary incontinence: a randomized controlled trial Gerlegiz et al. (2025)			ões de estilo de vida	($p < 0.05$). Adesão estilo de vida: 14.4%-100%. Sem eventos adversos registrados.	melhora a QV em comparação com o TMPP isolado.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	-----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------

Apêndice XI – Detalhes das intervenções

Estudo	Momento de início	Descrição da intervenção	Duração total	Esquema das sessões	Contexto da intervenção	Profissional responsável
Au et al. (2020)	Pós-operatório, após a remoção do cateter urinário	GC: TMPP com contrações máximas isoladas dos MPP. GI: TMPP combinado com Pfilates (exercícios baseados em Pilates, enfatizando força do core, estabilidade e respiração) e exercícios hipopressivos (foco em músculos abdominais profundos e coordenação diafragmática). Suporte semanal por telefone/e-mail para monitorização e progressão.	Até 26 semanas ou resolução da IU	Diárias, progressão a cada 2 semanas	Domicílio	Cinesiologista treinado
Junwen & Rongjian g (2020)	Pós-operatório, após a remoção do cateter e alta hospitalar	Grupo A: TMPP autônomo com suporte via aplicativo WeChat, incluindo vídeos instrucionais e lembretes automáticos para prática diária. Grupo B: TMPP autônomo com instruções verbais e escritas. Ambos os grupos receberam orientações sobre anatomia, função e contração correta dos MPP.	6-51 semanas (média: 15 ± 5,7 semanas)	Diária, 3 séries/dia	Domicílio	Enfermeiras (acompanhamento) e urologistas (avaliações)
Oh et al. (2020)	Pós-operatório, imediatamente após a remoção do cateter	GI: TMPP com dispositivo de <i>biofeedback</i> extracorporal (Anykegel) que mede força e duração das contrações pélvicas, mais instruções verbais e escritas para continuar TMPP. GC: TMPP autônomo com instruções verbais/escritas.	3 meses	4 vezes/dia, 10 min/sessão	Domicílio (TMPP diários) e hospital (instruções mensais)	Assistente físico experiente (instruções verbais e escritas); não especificado para Anykegel
Scott et al.	Pós-operatório,	Fisioterapia pélvica individualizada,	Individualizada,	1 vez/seman	Hospital (sessões	Fisioterapeutas

(2020)	média de 6,8 m após cirurgia	adaptada após avaliação inicial das disfunções do pavimento pélvico (DPP): DPP hipoativa - “uptraining” com Kegels e “manobra Knack”; DPP hiperativa - “downtraining” (com respiração diafragmática, alongamentos, “Kegels reversos”) e terapia manual miofascial); DPP mista - “downtraining” seguido de “uptraining”. <i>Biofeedback</i> usado em casos de dificuldade de contração. Todos receberam ensinamentos sobre bexiga (recomendações dietéticas, micção programada e técnicas de supressão da urgência).	conforme progresso	a, média 4 sessões, máximo 18	supervisionadas); domicílio (exercícios)	especializados em DPP
Soto González et al. (2020)	Pós-operatório, 1 semana após remoção do cateter (3 semanas após cirurgia)	GI: Eletroterapia combinado com <i>biofeedback</i> por eletromiografia e TMPP supervisionado em hospital e casa. Inclui fase de consciencialização com ensino de anatomia, funcionamento muscular, processo de micção, recomendações sobre controle de líquidos, limitação de cafeína/álcool, diário miccional e instruções para TMPP autônomo via vídeo instrucional no WeChat. GC: TMPP autônomo. Ambos os grupos receberam um guia para realização dos exercícios de MPP em casa.	3 meses	GI: Eletroterapia 15 min, <i>biofeedback</i> 30 min, 3 vezes/semana.; TMPP: 3 vezes/dia. GC: TMPP 3 vezes/dia	Hospital (sessões supervisionadas); domicílio (exercícios)	Fisioterapeutas
García-Santos et al. (2021)	Pós-operatório, após 12 meses da cirurgia (média: 20,06 ±	Instruções iniciais: tratamento e seus objetivos, anamnese, exame da musculatura abdômino-pélvica e toque retal para avaliação manual da	Até alta médica	2 sessões/semana., 30 min (hospital); 10 vezes/dia	Hospital (<i>biofeedback</i> /EE); domicílio (TMPP)	Fisioterapeuta especializado

	17,13 m)	força e resistência da musculatura do pavimento pélvico. Inclui instruções verbais e escritas sobre os exercícios de Kegel, técnicas de bloqueio perineal durante o esforço e manobras de inibição do detrusor. G1: Kegel com <i>biofeedback</i> (com cateter retal). G2: mesmo protocolo que G1+ EE intracavitária.		(domicílio)		
Bernardes et al. (2022)	Pós-operatório, após remoção do cateter (10-15 dias após recrutamento)	GC: TMPP com orientações presenciais e manual que detalha 6 etapas de exercícios para reconhecimento e fortalecimento dos MPP. GI: Acupuntura sistêmica combinada com TMPP, com orientações presenciais e manual ilustrado para prática em casa.	8 semanas	8 sessões semanais, 25 min de acupuntura	Hospital e domicílio (exercícios)	Investigadores (não especificados)
Feng et al. (2022)	Pós-operatório, pós-prostatectomia	Grupo 1: EE do nervo pudendo com elétrodos de superfície em pontos sacrais, promovendo contrações passivas dos MPP. Grupo 2: TMPP com EE transanal e <i>biofeedback</i> em sessões supervisionadas, com prática diária em casa.	8 semanas	Estimulação do Nervo Pudendo: 3 vezes/semana, 20 min; TMPP+EE: 3 vezes/semana (40 min supervisionado) + 3 sessões/dia (casa)	Hospital (supervisionado); domicílio (TMPP)	Terapeuta treinado
García-Sánchez et al. (2022)	Pré-operatório, enquanto aguarda cirurgia; reinício após remoção do cateter	GI: TMPP orientado por fisioterapeuta, composto por 3 sessões presenciais (informação sobre os exercícios, conscientização – treino para tomada de consciência dos MPP e automatização - ajuda para automatizar a	Média 46 dias (pré-operatório); não especificada pós-cirurgia (avaliações em 4 e 8 semanas)	3 sessões presenciais antes da cirurgia (GI); prática em casa sem especificação (GI + GC)	Ambulatório (presenciais); domicílio	Fisioterapeuta

		execução dos exercícios); GC: TMPP autónomo com instruções escritas para exercícios em casa.				
He et al. (2022)	Pós-operatório, 1 mês após alta hospitalar	GI: Exercícios de interrupção da micção, contraindo conscientemente os músculos perineais durante a micção para parar e controlar ativamente o fluxo, repetindo até a conclusão. Após dominar isso, realizaram contrações simultâneas de abdômen, períneo e ânus fora da micção. GC: Exercícios de Kegel em casa. Acompanhamento telefónico/consultas.	6 meses (até 12 meses de seguimento)	GI: 15-20 repetições/grupo, diária; GC: 3 sessões/dia	Domicílio (acompanhamento remoto)	Enfermeiros (inferido)
Matsunaga et al. (2022)	Pós-operatório, média de 3,3 anos após cirurgia	TMPP com <i>biofeedback</i> guiado por ecografia transperineal e instruções verbais. Inclui educação sobre anatomia pélvica com folheto e modelo anatómico, treino de TMPP pré-operatório, sessão verbal pós-operatória de TMPP (7 dias após cirurgia) e sessões mensais com ecografia, se necessário. Sessões adicionais para incontinência severa.	3 meses	1 vez a cada 2-3 semana (média 4,6 sessões); TMPP diário em casa	Hospital (ultrassom); domicílio (TMPP)	Fisioterapeuta
Szczygulska et al. (2022)	Pós-operatório, mínimo de 2 semanas após remoção do cateter	TMPP com exercícios em diferentes posições, incluindo contrações curtas e longas, e interrupção voluntária do fluxo urinário para controlo do esfíncter uretral. Grupo B: treino com <i>biofeedback</i> eletromiográfico com elétrodos para treino dos músculos estabilizadores lombares (multífidos e transversos abdominais).	10 semanas	Semanais (15-30 min); prática diária 10-15 min, 3 vezes/dia	Consultório de fisioterapia (supervisionadas); domicílio (diária)	Fisioterapeuta especializado

Terzoni et al. (2022)	Pós-operatório, pós-prostatectomia	Reabilitação inicial: TMPP em casa ou estimulação magnética extracorporal em hospital para doentes sem redução de perdas (< 50 g/dia). Programa de manutenção: TMPP diário em casa com exercícios variados para fibras tônicas e fásicas, em diferentes posições, com instruções para evitar contração de músculos acessórios.	Estimulação magnética: 6 semanas; TMPP: \bar{x} de 8 semanas; Manutenção: 1 ano	Estimulação magnética: 3 sessões/semana, 20 min; Manutenção: diária (manhã e tarde, 2 séries/dia)	Hospital (reabilitação); domicílio (manutenção)	Enfermeiro especialista
An et al. (2023)	Pós-operatório, Grupo A: <3 m; B: 4-6 m; C: >6 m após cirurgia	Kegel com Pilates, incluindo 4 exercícios em diferentes posturas: Apenas Kegel (deitado), Kegel com respiração de Pilates (inspiração lenta, contração abdominal na expiração, Kegel na inspiração); Kegel com elevador (sentado, tronco ereto, elevação e descida com respiração profunda); e Kegel com agachamento (posição ereta, agachamento com respiração controlada). Avaliação por eletromiografia.	2 meses	40 min/dia	Centro de Reabilitação	Não especificado
Chitre & Kulkarni (2023)	Pós-operatório, 3º dia pós-cirurgia (com cateter)	Exercícios de Kegel iniciados no 3º dia pós-cirurgia, inclui contrações e relaxamento dos MPP, além de exercícios complementares após remoção do cateter (10º dia): contração dos MPP para fibras de contração lenta (sustentadas) - contrair e manter e exercícios de inclinação pélvica posterior, ponte pélvica, adutores estáticos e rotação pélvica. Feedback manual abdominal para garantir técnica correta.	6 semanas	5 vezes/dia	Domicílio e hospital (instruções iniciais)	Fisioterapeuta
Gezginçi	Pré-	GI: TMPP com treino	3 meses	Sessão	Hospital	Enfermeira de

et al. (2023)	operatório (admissão); reinício após remoção do cateter	inicial na admissão hospitalar, técnicas de controlo vesical e recomendações de estilo de vida (nutrição, ingestão de líquidos, atividade física). Inclui materiais escritos, visitas diárias pós-cirurgia (5 dias) e lembretes telefónicos semanais. GC: Formação habitual presencial de 10-15 min. (informações sobre a cirurgia, atividades pós-operatórias, sintomas esperados após a remoção do cateter e instruções de controlo).		inicial 30 min; contínuo por 3 meses, lembretes semanais	(treino inicial); domicílio (contínuo)	incontinência
Kang et al. (2023)	Pós-operatório, durante hospitalização pós-prostatectomia	TMPP com treino inicial hospitalar, incluindo instruções para contrair o ânus, seguido de prática diária em casa com manual de orientações. Grupo TMPP + Duloxetina: Mesmo protocolo de TMPP com adição de duloxetina (30 mg/dia) após alta.	Pelo menos 12 meses	Sessão inicial 30 min; diária após alta	Hospital (treino inicial); domicílio (diário)	Especialistas em exercício
Khorrami et al. (2023)	Pré-operatório, 1 mês antes da prostatectomia	GI: Sessão única de TMPP com <i>biofeedback</i> , seguido de TMPP autónomo em casa. Incluindo contrações máximas com eléctrodes de superfície e instruções de treino vesical. Prática diária em casa. GC: Sem instruções sobre TMPP.	1 mês (pré-operatório)	1 sessão de 1 h; 2 vezes/dia, 30 min (casa)	Hospital (sessão única); domicílio (exercícios)	Fisioterapeuta experiente
Rapp et al. (2023)	Pré-operatório e 3 sem após a cirurgia	TMPP supervisionado: 1 visita pré-operatória com treino manual e educação para identificação e recrutamento correto dos MPP, seguido de programa domiciliário com visitas aos 3 e 6 m para avaliação da contração e adição de técnicas ("counterbracing" e	12 meses	Visitas aos 3, 6, 12 meses; 30 repetições/dia (Grupo supervisionado)	Hospital; domicílio	Especialista em medicina pélvica (TMPP supervisionado); cirurgião oncológico (TMPP não supervisionado)

		"knack"). TMPP não supervisionado: Exercícios pélvicos domiciliários guiados por recursos escritos ou verbais fornecidos pelo cirurgião.				
Taleb et al. (2023)	Pré-operatório, admissão, durante a intervenção e preparação para a alta	Intervenção de enfermagem com 5 sessões: 1ª sessão - Introdução, consentimento e explicação do estudo e da intervenção; 2ª sessão - Educação sobre complicações pós-operatórias (urinárias, intestinais, sexuais); 3ª sessão - Avaliação inicial, ensino de TMPP, entrega de folheto; 4ª sessão - Ensino de estratégias de coping para a IU e intestinal, repetição do TMPP; 5ª sessão - Reforço do TMPP e suporte psicológico, aconselhamento sobre atividade sexual, referência a conselheiro sexual, se necessário. Mantidos contactos telefónicos durante o estudo.	Pelo menos 12 semanas	5 sessões individuais; TMPP diário em casa	Hospital; domicílio (exercícios)	Enfermeiros de cirurgia médica, fisioterapeutas (TMPP)
Wennerberg et al. (2023)	Pós-operatório, pós prostatectomia radical	GI: TMPP autónomo via ePATH (aplicativo com exercícios de Kegel, atividade física, lembretes). GC: cuidado padrão com informações verbais e escritas.	1 ano	Acesso ao ePATH por 1 ano; TMPP 3 vezes/dia	Domicílio (web/aplicativo)	Enfermeiros especialistas
Yildiz et al. (2023)	Pós-operatório, entre 2 semanas e 1 ano após remoção do cateter	Grupo 1: EE perineal em com um dispositivo de estimulação (Myomed 632). Grupo 2: sem intervenção.	8 semanas	3 dias/semana, 20 min/sessão, 24 sessões	Hospital	Enfermeiro de reabilitação uroginecológica
Azevedo et al.	Pós-operatório,	GC: TMPP com orientações escritas em	8 semanas	TMPP 3 vezes/dia;	Ambulatório de urologia	Enfermeira especialista

(2024)	10-15 dias após remoção do cateter	manual. GI: TMPP com acupuntura auricular. TMPP consistiu em contrações voluntárias máximas.		acupuntura 1 vez/semana		em acupuntura
Gu et al. (2024)	Pré-operatório; reinício após remoção do cateter	Protocolo de reabilitação com educação pré-operatória, TMPP com <i>biofeedback</i> e uso de aplicativo móvel para lembretes diários. Inclui sessões supervisionadas em clínica e prática autônoma em casa, com EE por <i>biofeedback</i> em casos de recuperação inadequada.	Mais de 12 meses	Seguimento a 1,2,3,6 e 12 meses; exercícios 5 vezes/dia via aplicativo	Hospital; domicílio (via aplicativo)	Enfermeiras especialistas em incontinência; reabilitadores do pavimento pélvico
Huang et al. (2024)	Pós-operatório, GI: 3º dia após cirurgia; GC: não especificado, pressupõe-se 2-3 semanas após remoção do cateter	GC: TMPP convencional (Kegel), guiados por profissional. GI: TMPP com EE de pontos de acupuntura com baixa frequência	20 dias ambos os grupos; GC: 2 ciclos de tratamento, 10 sessões/ciclo; EE: 10 sessões/ciclo de tratamento	TMPP: 3 vezes/dia, 10 repetições/sessão; EE: 2 vezes/dia, 30 min/sessão	Hospital	Equipa médica (não especificada)
Hutchison et al. (2024)	Pós-operatório, 3 semanas após prostatectomia radical	TMPP presencial: Visita pré-operatória com educação sobre IU pós-prostatectomia e explicação do programa de reabilitação pélvica; treino inicial presencial para realização correta das contrações dos MPP; Programa domiciliário - TMPP com contrações rápidas e sustentadas e técnicas de “counterbracing” e “knack”. TMPP online: Tutorial online pré-operatório (www.hfimes.com), calendário e materiais educativos; Programa domiciliário idêntico ao	12 meses	Sessões presenciais iniciais; programa domiciliário contínuo	Sistema de saúde (presencial/online)	Especialista em incontinência/fisioterapia (presencial); coordenadores de pesquisa (online)

		TMPP presencial, inclui educação sobre anatomia e fisiologia pélvica, modificação dietética, terapia comportamental (exemplo.: técnicas de supressão de urgência).				
Izidoro et al. (2024)	Pós-operatório, 15-20 dias após remoção do cateter	Programa cognitivo-comportamental: 4 sessões presenciais com manual educativo, vídeo motivacional, acompanhamento telefónico semanal, TMPP e ajustes de estilo de vida. Inclui persuasão social e reforço vicário. GC: cuidados usuais com orientações verbais e TMPP.	3 meses	4 sessões presenciais ; acompanhamento telefónico semanal	Hospital e domicílio (acompanhamento telefónico)	Pesquisador principal (inicial); pesquisadores treinados (avaliações)
Ouchi et al. (2024)	Pré-operatório, 2 m antes da cirurgia e pós-operatório após remoção imediata do cateter	Grupo TMPP supervisionado: TMPP com visitas supervisionadas com “manobra Knack” e recomendações de estilo de vida de vida. GC: instruções verbais de TMPP e os mesmos conselhos de estilo de vida que o grupo TMPP supervisionado.	12 meses	7 sessões presenciais (3 pré-operatórias , 1 após remoção do cateter, 1, 3, 6 e 12 meses pós-cirurgia); 40 min por sessão; exercícios diários em casa.	Hospital (supervisionadas); domicílio (exercícios)	Fisioterapeuta especializado
Russo et al. (2024)	Pós-operatório (45-50 dias após a cirurgia)	TMPP domiciliário para ambos os grupos. GI: observação de vídeos com homens a realizar exercícios, sincronizados com sinal visual para contração dos MPP, seguido de imitação dos movimentos observados. GC: observação de vídeos de paisagens antes dos exercícios.	8 semanas	5 sessões/semana, 30 min (40 sessões no total); 6 sessões supervisionadas	Domicílio; hospital (sessões supervisionadas)	Fisioterapeuta (reabilitação pélvica); urologista (realização do vídeo)
Gerlegiz et al. (2025)	Pós-operatório, pelo menos 3 semanas após remoção do	Grupo I: TMPP com manobra de <i>Knack</i> e recomendações de estilo de vida. Grupo II: TMPP com manobra de <i>Knack</i> .	8 semanas	3-6 sessões diárias em casa, controlo a cada 2 semanas	Hospital e domicílio	Fisioterapeutas especializados

	cateter	Grupo III: TMPP isolado. Inclui supervisão clínica e diário de exercícios.				
--	---------	-------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Apêndice XII – Detalhes das contrações

Estudo	Detalhes das contrações
Au et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Máximas isoladas (TMPP); não especificado (Pfilates/Hipopressivos) - Número de Contrações/Repetições: TMPP: 30-45/dia (semana 1-2), até 180/dia (semana 7-26); Pfilates: Pfilates: 15-45/dia; Hipopressivos: 3-12/dia - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: Kegels: 5-10 s; Pfilates: 3-10 s; Hipopressivos: 5-30 s - Posições Praticadas: Deitada, sentada, em pé e de joelhos - Progressão: Aumento a cada 2 semanas até semana 26 - Músculos Alvo: MPP; abdominais profundos, diafragma (Pfilates/hipopressivos)
Junwen & rongjiang (2020)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Sustentadas e rápidas (TMPP) - Número de Contrações/Repetições: 3 séries de 10 contrações/dia, com 3-4 contrações rápidas/série - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: 6-8 s sustentadas; não especificado (rápidas) - Posições Praticadas: Não especificadas - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Oh et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Máximas (TMPP com <i>biofeedback</i>) - Número de Contrações/Repetições: Não especificado (ajustado pelo dispositivo) - Intensidade: Máxima - Tempo de Contração/Relaxamento: Mínimo 10 s; relaxamento não detalhado - Posições Praticadas: Não especificadas - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Scott et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Rápidas e longas (“uptraining”); relaxamento (“downtraining”) - Número de Contrações/Repetições: Não especificado - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: Não especificado (menciona Kegels rápidos e longos) - Posições Praticadas: Supina, sentada, movimentos funcionais (“uptraining”); deitada de lado (<i>biofeedback</i>) - Progressão: Individualizada; “downtraining” para “uptraining” (misto) - Músculos Alvo: MPP
Soto González et al. (2020)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Máximas voluntárias - Número de Contrações/Repetições: 3 séries de 10 contrações/dia - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: 6-8 s contração, 3-4 rápidas ao final; relaxamento não detalhado - Posições Praticadas: Não especificadas - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
García-Santos et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Rápidas e lentas - Número de Contrações/Repetições: 20 rápidas, 5 lentas/dia, 10 vezes/dia - Intensidade: EE acima do limiar muscular - Tempo de Contração/Relaxamento: 3 s/6 s (lentas); 10 s/10 s (EE) - Posições Praticadas: Supina ou lateral - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Bernardes et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Não especificado - Número de Contrações/Repetições: Não especificado - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: Não especificado - Posições Praticadas: Não especificadas

	<ul style="list-style-type: none"> - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Feng et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Passivas (EE nervo pudendo, EE transanal); máximas (TMPP) - Número de Contrações/Repetições: 30 contrações/sessão, 3 sessões/dia (TMPP) - Intensidade: Alta intensidade (TMPP); <60 mA (EE transanal); 45-55 mA (EE nervo pudendo) - Tempo de Contração/Relaxamento: 2-6 s/2-6 s (TMPP); contínua (EE) - Posições Praticadas: Decúbito ventral (EE nervo pudendo) - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
García-Sánchez et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Lentas e rápidas - Número de Contrações/Repetições: 3 séries de 10 lentas; 3 rápidas - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: 3-6 s (lentas, inicial); 5-10 s (lentas, progressão); relaxamento não especificado - Posições Praticadas: Não especificadas - Progressão: Aumento progressivo de tempos - Músculos Alvo: MPP
He et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Interrupção da micção; Kegel (GC) - Número de Contrações/Repetições: 15-20/grupo (terapia); não especificado (GC) - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: >20 s até desconforto (terapia); não especificado (GC) - Posições Praticadas: Não especificadas - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Matsunaga et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Rápidas e sustentadas máximas - Número de Contrações/Repetições: 10 rápidas, 1 sustentada de 10 s - Intensidade: Força máxima - Tempo de Contração/Relaxamento: 10 s (sustentadas); relaxamento não especificado - Posições Praticadas: Lateral (ultrassom); não especificada (casa) - Progressão: Ajuste baseado no desempenho - Músculos Alvo: MPP
Szczygielska et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Curtas (1 s) e longas (10 s) - Número de Contrações/Repetições: 10 curtas, 10 longas/sessão, 3 vezes/dia - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: 1 s (curtas), 10 s (longas); relaxamento implícito - Posições Praticadas: Supina, sentada, em pé - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Terzoni et al. (2022)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Rápidas e sustentadas (TMPP manutenção); induzidas (EE extracorporal) - Número de Contrações/Repetições: Manutenção: 10-20 repetições/exercício, 2 séries (manhã/tarde) - Intensidade: EE 50Hz - Tempo de Contração/Relaxamento: Manutenção: Rápidas (“tão rápido quanto o doente conseguir”) ou 5 s contração/ libertar o mais lentamente possível; Estimulação Magnética Extracorporal: 5 s estimulação/5 s repouso - Posições Praticadas: Supina (pernas esticadas/dobradas), em pé (pernas fechadas/abertas), sentada, a caminhar - Progressão: Não especificado - Músculos Alvo: MPP, elevador do ânus
An et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Máximas (Kegels) - Número de Contrações/Repetições: Não especificadas - Intensidade: Não especificado - Tempo de Contração/Relaxamento: 5 s/5 s - Posições Praticadas: Deitada, sentada e em pé

	<ul style="list-style-type: none"> - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Chitre & Kulkarni (2023)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Rápidas e lentas - Número de Contrações/Repetições: 10 repetições/exercício/sessão - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: Rápidas: pausa 5 s; lentas: 10 s (até 30 s na 3.^a semana), pausa 5 s - Posições Praticadas: Semi-Fowler (avaliação); não especificadas (exercícios) - Progressão: Sustentação de 30 s a partir da 3.^a semana - Músculos Alvo: MPP
Gezginci et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Não especificadas - Número de Contrações/Repetições: 5 vezes/dia (1.^a semana), aumentar 5 repetições/dia por semana - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: 3 s/3 s (inicial); até 7-8 s contração/7-8 s relaxamento (posterior) - Posições Praticadas: Sentada, deitada e em pé - Progressão: Aumento de 5 repetições/dia por semana - Músculos Alvo: MPP
Kang et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Não especificadas ("apertar o ânus") - Número de Contrações/Repetições: 10 repetições/ciclo, 5 ciclos/dia - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: 3 s/2 s (inicial); 10 s/10 s (progressão) - Posições Praticadas: Sentada - Progressão: De 3 s/2 s para 10 s/10 s - Músculos Alvo: MPP
Khorrami et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Máximas voluntárias - Número de Contrações/Repetições: 10-15 repetições - Intensidade: Máxima - Tempo de Contração/Relaxamento: 5-10 s; relaxamento não especificado - Posições Praticadas: Não especificadas - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Rapp et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Rápidas e sustentadas - Número de Contrações/Repetições: 30 repetições/dia - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: Não especificado - Posições Praticadas: Supina, sentada, em pé - Progressão: Adição de técnicas aos 3 e 6 meses - Músculos Alvo: MPP
Taleb et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Não especificadas - Número de Contrações/Repetições: Não especificadas - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: Não especificado - Posições Praticadas: Supina, sem contração de abdominais/glúteos/adutores - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Wennerberg et al. (2023)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Kegel (contrações e relaxamentos) - Número de Contrações/Repetições: Não especificado - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: Não especificado - Posições Praticadas: Não especificadas - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Yildiz et al.	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Induzidas por EE (sem contrações voluntárias)

(2023)	<ul style="list-style-type: none"> - Número de Contrações/Repetições: Não aplicável (estimulação contínua) - Intensidade: 1-100 mA (ajustada ao desconforto do doente) - Tempo de Contração/Relaxamento: Ciclo 5-10 s - Posições Praticadas: Litotomia - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Azevedo et al. (2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Rápidas e sustentadas - Número de Contrações/Repetições: 15-20 rápidas, 10-15 sustentadas/dia - Intensidade: Força para interromper fluxo - Tempo de Contração/Relaxamento: 5 s/5 s - Posições Praticadas: Pronação, sentada, em pé, andar - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Gu et al. (2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Rápidas ("<i>Quick Flicks</i>") e tónicas - Número de Contrações/Repetições: 5 rápidas, 5 tónicas/sessão - Intensidade: Monitorizada por <i>biofeedback</i> - Tempo de Contração/Relaxamento: Tónicas: 10 s/10 s; resistência: 1 min - Posições Praticadas: Não especificadas - Progressão: Ajustada na recuperação - Músculos Alvo: MPP
Huang et al. (2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Voluntárias (TMPP); induzidas (EE) - Número de Contrações/Repetições: 10 repetições/sessão; 3 sessões/dia - Intensidade: Não especificada (EE: 45-55 mA) - Tempo de Contração/Relaxamento: 5-10 s/10 s - Posições Praticadas: Supina (TMPP); pronação (EE) - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Hutchison et al. (2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Rápidas e sustentadas - Número de Contrações/Repetições: Não especificadas - Intensidade: Não especificada - Tempo de Contração/Relaxamento: Duração variada; não especificada - Posições Praticadas: Supina, sentada, em pé - Progressão: Não especificada - Músculos Alvo: MPP
Izidoro et al. (2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Máximas rápidas/submáximas, sustentadas/não sustentadas - Número de Contrações/Repetições: 10 ou 15 contrações/sessão- Intensidade: Máximas: Força máxima; Submáximas: inferior à máxima - Tempo de Contração/Relaxamento: Não especificado - Posições Praticadas: Deitada, sentada, em pé, a caminhar - Progressão: 6 fases progressivas em 12 semanas, com variação de frequência, tipo de contração e posição, sem especificar - Músculos Alvo: MPP
Ouchi et al. (2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Rápidas e sustentadas máximas - Número de Contrações/Repetições: 30 de cada tipo, 3 séries/dia - Intensidade: Esforço máximo - Tempo de Contração/Relaxamento: Rápidas: 1-2 s; sustentadas: 6-8 s; relaxamento: 6-8 s - Posições Praticadas: Deitada, ajoelhada, sentada, em pé - Progressão: Ajustada pela capacidade - Músculos Alvo: MPP
Russo et al. (2024)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Sustentadas (TMPP) + funcionais (durante as atividades diárias) - Número de Contrações/Repetições: Supina, sentada, em pé: 68 repetições/sessão (semanas 1-8, 24 supina, 24 sentada, 20 em pé); Funcionais: 15-60 repetições/sessão (semana 1-8, de 60 nas semanas 1-3 a 15 nas semanas 7-8); Total: 83-128 repetições/sessão, 5 sessões/semanas - Intensidade: Não especificada

	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de Contração/Relaxamento: 6 s/6 s (semanas 1-2); 8 s/4 s (semanas 2-8); Funcionais: não especificado - Posições Praticadas: Supina (joelhos 90°), sentada (cadeira), em pé; Funcionais: transições supino-sentado, sentado-em pé, apanhar objetos, subir degraus, tossir, vestir/despir - Progressão: Aumento de duração (6 s para 8 s), repetições (10-12 para 20-24 por postura), adição de movimentos (ponte, abdominal, pesos); Funcionais: tarefas mais complexas - Músculos Alvo: MPP
Gerlegiz et al. (2025)	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Contrações: Rápidas, lentas e submáximas - Número de Contrações/Repetições: 10 rápidas + 10 lentas + 20 submáximas/série; 3 séries/dia (semanas 1-2, 120/dia), 4 séries/dia (semanas 3-4, 160/dia), 5 séries/dia (semanas 5-6, 200/dia), 6 séries/dia (semanas 7-8, 240/dia) - Intensidade: Rápidas e lentas: máxima; Submáximas: 50% a contração máxima - Tempo de Contração/Relaxamento: Rápidas: 1 s/1 s; lentas: 3-6 s/relaxamento lento; submáximas; não especificado - Posições Praticadas: Decúbito lateral esquerdo (avaliação inicial); várias posições (exercícios em casa) - Progressão: Aumento de 1série/dia a cada 2 semanas - Músculos Alvo: MPP

Apêndice XIII – Diário miccional – 3 dias

Diário Miccional

Instruções ao doente:

- Registe todas as micções durante 3 dias consecutivos, incluindo o **horário** e o **volume urinado** (se possível medir com recipiente graduado).
- Registe sempre que sentir **urgência**, quando ocorrer uma **perda urinária** e se utilizou algum **absorvente/penso**.
- No final de cada dia, registe o número total de pensos/fraldas utilizados.
- Mantenha o diário junto de si durante o dia e à noite para não esquecer nenhum episódio.

Modelo de Registo:

Data: ___ / ___ / ____ |

Horário	Volume (ml)	Episódio de Urgência (✓)	Perda Urinária (✓)	Absorvente Utilizado (n.º e tipo)	Observações
07:30	250 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 penso diário	
09:15	180 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		“Não cheguei a tempo à casa de banho”

Dia 1 – Data: ___ / ___ / ____

Horário	Volume (ml)	Episódio de Urgência (✓)	Perda Urinária (✓)	Absorvente Utilizado (n.º e tipo)	Observações

Dia 3 – Data: ____ / ____ / ____

Horário	Volume (ml)	Episódio de Urgência (✓)	Perda Urinária (✓)	Absorvente Utilizado (n.º e tipo)	Observações
Total de pensos/fraldas usados no dia:					

Apêndice XIV – Pad Test 24 horas***Pad Test de 24 Horas***

Materiais necessários:

- Pensos novos (fornecidos)
- Balança digital (com precisão de 1 g)
- Saco para guardar os pensos usados

Este teste serve para medir com exatidão a quantidade de urina que perde ao longo de um dia normal.

Realize o teste no primeiro dia de preenchimento do diário miccional.

Os resultados ajudam a equipa de saúde a compreender melhor a sua situação.

Como realizar o teste:

- Use apenas os pensos fornecidos durante as 24 horas do teste.
- Troque o absorvente sempre que for necessário (não use dois ao mesmo tempo e não deite nenhum fora).
- Cada vez que trocar: retire o absorvente, coloque-o no saco identificado e use um novo.
- Mantenha as atividades habituais do seu dia (andar, tossir, subir escadas, sair de casa).
- Registe no diário: horário das idas à casa de banho, episódios de urgência, perdas de urina (quando ocorreram e em que situação), número de pensos utilizados.
- Após 24 horas, entregue todos os pensos usados na sessão de reabilitação.

Dicas práticas:

- Não altere a sua rotina diária – faça a sua vida normal.
- Se tiver dúvidas, peça ajuda para seguir corretamente os passos.
- Guarde sempre todos os pensos usados – nenhum deve ser descartado.

Apêndice XV – Guia do doente

Guia do Doente

Programa de Reabilitação da Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia Radical

Bem-vindo ao Seu Programa de Reabilitação da Continência Urinária Pós-Prostatectomia Radical

Este guia foi criado para o preparar para a sua cirurgia e iniciar o treino dos seus músculos do pavimento pélvico antes da cirurgia.

Seguir estas instruções ajudará a reduzir a **incontinência urinária** após a cirurgia e a melhorar a sua recuperação.

O Que é a Prostatectomia?

A prostatectomia é uma cirurgia para remover a próstata, uma glândula do tamanho de uma noz localizada perto da bexiga e do pénis.

É geralmente realizada para tratar cancro da próstata ou, em alguns casos, problemas graves como o aumento benigno da próstata.

A cirurgia pode ser feita por métodos abertos, laparoscópicos ou robóticos, dependendo da recomendação do seu urologista.

O Que Esperar no Pós-Operatório Imediato

Vai ter alta do hospital com algália que irá permanecer durante alguns dias.

Após a sua remoção, pode ter perdas de urina, que são normais nesta fase.

O Que Acontece Após a Prostatectomia?

Após a cirurgia, os músculos do pavimento pélvico (que ajudam a controlar a urina) podem ficar mais fracos.

Após a cirurgia, é normal sentir alguns efeitos temporários: **Incontinência Urinária**.

O Que Acontece Após a Prostatectomia?

Após a cirurgia, os músculos do pavimento pélvico (que ajudam a controlar a urina) podem ficar mais fracos.

Após a cirurgia, é normal sentir alguns efeitos temporários: **Incontinência Urinária**

O Que é a Incontinência Urinária?

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina, que pode ocorrer após a prostatectomia devido ao enfraquecimento ou dano aos músculos do pavimento pélvico e ao esfíncter urinário durante a cirurgia.

Pode haver perdas de urina, ao tossir, espirrar, levantar objetos, mudar de posição.

Por quanto tempo posso ter Incontinência Urinária?

Depois de 10 a 12 dias de cirurgia, a algália é retirada e geralmente acontece a incontinência urinária temporária.

A maioria dos homens recupera o controle da bexiga após 3 a 6 meses.

Como Tratar a Incontinência Urinária?

- Treino dos músculos do pavimento pélvico: com treino e acompanhamento, a maioria dos homens recupera progressivamente a continência.
- Medicamentos
- Cirurgias (ex.: esfíncter artificial)
- Mudanças de hábitos de vida: Alterações na dieta e rotina diária para apoiar a recuperação.

EXERCÍCIOS PARA A INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Os exercícios ajudam a fortalecer os músculos do pavimento pélvico e devem começar antes da cirurgia:

Você deverá fazer os exercícios 3 vezes ao dia:

1. De manhã
2. À tarde
3. À noite

Como reconhecer os músculos do pavimento pélvico?

- 1.º Deite-se de barriga para cima e dobre as pernas
- 2.º Depois imagine que está a tentar parar o jato de urina

Posições e Execução:

Os exercícios devem ser realizados em 3 posições:

- **Deitado de costas:** Deite-se de costas com os joelhos fletidos a 90° e os pés apoiados no chão. Mantenha a barriga relaxada.
- **Sentado:** Sente-se numa cadeira com os pés no chão e a coluna reta. Evite mexer as pernas ou contrair os glúteos.
- **Em pé:** Fique em pé com os pés alinhados com os ombros. Mantenha o equilíbrio e a respiração normal.

Repetições: Faça 5 a 10 contrações seguidas.

Pausa: Descanse 5 segundos entre cada contração.

Repita: 10 vezes

Dica: Concentre-se nos músculos entre o escroto e o ânus; evite contrair os glúteos ou a barriga.

Em cada posição, faça os 2 tipos de contrações (lentas e rápidas):

1. Contrações Lentas

Como fazer: contraia os músculos do pavimento pélvico como se fosse interromper o fluxo de urina.

- Segure a contração durante 6 a 8 segundos.
- Relaxe durante 6 a 8 segundos.
- Repita 10 vezes.
- Respire de forma contínua.

2. Contrações Rápidas:

Como fazer: Aperte e solte rapidamente os músculos do pavimento pélvico, como se puxasse para cima e para dentro:

- Contraia durante 1 a 2 segundos.
- Relaxe durante 1 a 2 segundos.

- Repita 10 vezes.
- Respire de forma contínua.

Objetivo: treinar a resposta rápida dos músculos.

Manobra de Knack (Contração Protetora)

Como fazer: contraia os músculos do pavimento pélvico de forma rápida e firme imediatamente antes e durante esforços como tossir, espirrar, levantar pesos, mudar de posição....

Objetivo: prevenir perdas urinárias durante esforços súbitos.

Plano Diário de Exercícios

- Manhã: 1 série de contrações lentas + 1 série de rápidas
 - Tarde: 1 série de contrações lentas + 1 série de rápidas
 - Noite: 1 série de contrações lentas + 1 série de rápidas
 - Ao longo do dia: aplicar a manobra de Knack em situações de esforço.
- Tempo total: cerca de 10 a 15 minutos/dia.

Como sentir a contração correta:

- Deve sentir a base do pênis e dos testículos a subir ligeiramente
- Coloque a mão na barriga se a sentir endurecer
- Não contraia os glúteos, a barriga ou as coxas
- Como respirar durante o exercício:
 - ✓ Inspire pelo nariz para preparar
 - ✓ Expire pela boca enquanto contrai os músculos

O que não pode fazer:

- ✓ Encolher os músculos da barriga
- ✓ Encolher o “rabo”
- ✓ Prender a respiração
- ✓ Apertar as pernas uma contra a outra

Hábitos de Vida Saudáveis

Hidratação: Beba água regularmente (1,5 a 2 litros por dia) até duas horas antes de dormir, mas evite excesso antes de dormir.

Evite fumar!

Dieta: Coma fibras (frutas, vegetais, cereais) para evitar prisão de ventre, que pode piorar a incontinência. Evite chá, café e bebidas alcoólicas.

Peso: Mantenha um peso saudável para reduzir a pressão na bexiga.

Atividade física: Evite levantar pesos pesados ou esforços intensos até autorização médica, mas caminhe quando possível.


Sono: Descanse bem para ajudar na recuperação.

Um Passo Importante para a Sua Recuperação!

Parabéns por iniciar este programa. A sua dedicação fará diferença. Estamos aqui para o apoiar em cada etapa!

Diário de Treino Pré-operatório

Dia	Sessão 1 (manhã)	Sessão 2 (tarde)	Sessão 3 (noite)	Observações
1	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	
2	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	
3	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	
4	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	
5	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	
6	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	
7	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	<input type="checkbox"/> Sustentadas <input type="checkbox"/> Rápidas	

 Nota: traga este diário preenchido para a próxima sessão.

Apêndice XVI – Template de Registo da Sessão de Enfermagem de Reabilitação**Template de Registo da Sessão de Enfermagem de Reabilitação**

Identificação da sessão

Data:	___/___/___	Semana do programa:	___
Sessão n.º:	___		

1. Sintomas (autoperceção do doente)

- Dor (Escala Numérica da Dor, 0–10): ____
- Urgência: Não Ocasional Frequente Constante
- Perdas urinárias: Não Ocasional Frequente Constante
- Nº absorventes/24 h: ____

2. Avaliação funcional

- Força dos MPP (Escala de Oxford Modificada): ____/5
- Resistência (segundos): ____ s
- Observações (co-contrações, cansaço, dificuldades): _____

3. Intervenção técnica (sessão)

- Posições treinadas: Decúbito Sentado Ortostatismo Marcha
- Séries/repetições sustentadas (6-8 s): ____ x ____
- Séries/repetições rápidas (1-2 s): ____ x ____
- Relaxamento completo entre contrações: Sim Não
- Respiração contínua: Sim Não
- Intercorrências durante a sessão: _____

4. Educação reforçada (sessão)

- Técnicas respiratórias/relaxamento
- Manobra de Knack
- Estratégias de supressão da urgência
- Cuidados com o cateter vesical
- Uso de absorventes e cuidados da pele
- Hábitos intestinais / prevenção obstipação
- Outros: _____

5. Plano domiciliário ajustado

- Séries/repetições prescritas: ____ x ____
- Posições recomendadas: Decúbito Sentado Ortostatismo
- Frequência diária: ____ sessões/dia
- Aplicação do Knack em:
 - Tosse/espirro Levantar/sentar Marcha/degraus Outros: ____
- Estratégias de urgência a treinar: _____

6. Metas até à próxima sessão

- Reduzir perdas
- Aumentar força/resistência MPP
- Melhorar técnica (seleção sem co-contrações)
- Aplicar Knack em ≥ 3 situações diárias
- Melhorar adesão ao plano domiciliário
- Outras metas: _____

Assinatura do EEER: _____

Observações finais: _____

Anexos

Anexo I – Escala de Oxford Modificada

Escala de Oxford Modificada:	
0	Ausência de resposta muscular
Grau 1	Esboço de contração não sustentada
Grau 2	Presença de contração de pequena intensidade mas que se sustenta
Grau 3	Contração moderada, com aumento de pressão no dedo do examinador com pequena elevação da parede vaginal no sentido cranial
Grau 4	Contração satisfatória, que comprime o dedo do examinador em direção a sínfise púbica
Grau 5	Contração forte, com compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção a sínfise púbica

Anexo II – Versão em português do ICIQ-SF

Número inicial

ICIQ-UI SF

CONFIDENCIAL

DIA MÊS ANO

DATA de HOJE

Muitas pessoas perdem urina em algum momento. Estamos a tentar perceber quantas pessoas perdem urina e quanto isso as incomoda. Ficariamos agradecidos se pudesse responder às seguintes perguntas, atendendo a como tem passado, em média, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1 Data de Nascimento:

DIA MÊS ANO

2 Sexo: Feminino Masculino

3 Com que frequência perde urina? (assinale uma opção)

Nunca

Uma vez por semana ou menos

Duas ou três vezes por semana

Uma vez ao dia

Diversas vezes ao dia

O tempo todo

4 Que quantidade de urina perde normalmente (esteja a usar proteção ou não)? (assinale uma opção)

Nenhuma

Uma pequena quantidade

Uma moderada quantidade

Uma grande quantidade

5 De uma forma geral, em que medida perder urina afeta a sua vida diária? Por favor assinale um número entre 0 (nada) e 10 (muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada muito

ICIQ Score: soma dos resultados 3+4+5= _____

6. Quando é que perde urina? (Assinale todas as opções que se aplicam)

Nunca

Perco antes de chegar à casa de banho

Perco quando tusso ou espirro

Perco quando estou a dormir

Perco quando estou a fazer exercícios físicos

Perco quando terminei de urinar e estou a vestir-me

Perco sem razão óbvia

Perco o tempo todo

Muito obrigado por ter respondido a estas perguntas

Anexo III – Versão em português do KHQ

Nota: O KHQ é um instrumento protegido por direitos de autor. A sua inclusão neste trabalho tem exclusivamente fins académicos e científicos, sem qualquer finalidade comercial.


**VERSÃO PORTUGUESA DO KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE
(KHQ)**
 (Kelleher, Cardozo, Khullar & Salvatore, 1997)

Rui Viana¹, Sara Viana², Ana Alves³, Félix Neto⁴, Teresa Mascarenhas⁵

1- Hospital de S. João - Porto/ University of Fernando Pessoa - Porto, Portugal
 2- Hospital de S. João - Porto, Portugal
 4- Faculty of Psychology and Educational Sciences University Porto, Portugal
 5- Department of Gynecology and Obstetrics, Hospital de S. João/ Faculty of Medicine of Porto University Porto, Portugal.

Rui Viana
 University of Fernando Pessoa
 Rua Carlos de Matos, 296
 4200-150 Porto - Portugal
 e-mail: rui@fup.upp.pt

Assinale, por favor, com uma única cruz (x) o círculo que melhor representa a sua situação.

Parte I

Perceção do estado geral de saúde

	Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Muito Mau
1. Como descreveria o seu estado de saúde atualmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Impacto da incontinência

	Não afeta	Pouco	Moderadamente	Muito
2. Até que ponto considera que o seu problema de bexiga afeta a sua vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

KHQ © Linda Cardozo and Con Kelleher, 1997. All Rights Reserved. King's Health Questionnaire (KHQ) - Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to measure the quality of life of urinary incontinent women. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104:1374-1379.
 King's Health Questionnaire (KHQ) contact information and permission to use: MOP Research Trust, Lyon, France. E-mail: cardoz@napi-trust.org - Internet: www.napi-trust.org

KHQv10L14_A11_0_por_PT_normal

Parte II

Gostaríamos de saber quais são os seus problemas de bexiga e até que ponto eles a afetam. Da lista que se segue, selecione apenas aqueles problemas que tem atualmente. Não selecione aqueles que não se aplicam no seu caso. Assinale com uma única cruz (x) o círculo que melhor representa a sua situação.

Até que ponto é que o seu problema de bexiga a afeta?

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Frequência: Ir à casa de banho frequentemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Noctúria: Levantar-se durante a noite para urinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Urgência: Uma vontade de urinar forte e difícil de controlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incontinência de urgência: Perda urinária associada a forte vontade de urinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Incontinência de stress: Perda urinária durante a atividade física. (p. ex.: ao tossir, espirrar, correr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Enurese noturna: Molhar a cama durante a noite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Incontinência durante a relação sexual: Perda urinária durante a relação sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Infecções urinárias frequentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Dor na bexiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Dificuldade na micção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Outros (por favor especificar): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parte III

De seguida, estão algumas atividades da vida diária que podem afetar o seu problema de bexiga. Até que ponto é que o seu problema de bexiga a afeta? Gostaríamos que respondesse a todas as questões. Assinale com uma única cruz (x) o círculo que melhor representa a sua situação.

Limitações Pessoais e da Vida Diária

	Não afeta	Um pouco	Moderadamente	Muito	
1. Até que ponto o seu problema de bexiga afeta as suas tarefas domésticas diárias? (p. ex.: limpar; ir às compras; etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. O seu problema de bexiga afeta as suas atividades físicas? (p. ex.: andar a pé; correr; praticar desporto; praticar ginástica; etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<hr/>					
	Não aplicável	Não afeta	Um pouco	Moderadamente	Muito
3. O seu problema de bexiga afeta a sua relação com o seu companheiro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O seu problema de bexiga afeta a sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. O seu problema de bexiga afeta a sua vida familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>					
	Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
6. O seu problema de bexiga afeta o seu sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. O seu problema de bexiga fá-la sentir-se cansada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Emoções e Relações Sociais		Não afeta	Um pouco	Moderadamente	Muito
9.	O seu problema de bexiga afeta a sua profissão ou as suas atividades diárias normais fora de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	O seu problema de bexiga afeta a sua capacidade de viajar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	O seu problema de bexiga afeta a sua vida social?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	O seu problema de bexiga limita a sua capacidade de ver/visitar amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	O seu problema de bexiga fá-la sentir-se deprimida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	O seu problema de bexiga fá-la sentir-se ansiosa ou nervosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	O seu problema de bexiga fá-la sentir-se mal consigo própria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
16.	Fica embaraçada por causa do seu problema de bexiga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sintomatologia Urinária I					
faz alguma coisa do que se segue? Se sim, com que frequência?		Nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
17.	Usa proteções para se manter seca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Muda a sua roupa interior quando ela fica molhada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Preocupa-se porque pode cheirar mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>