

## Intervenções de enfermagem para incontinência urinária e disfunção sexual após prostatectomia radical

Nursing interventions for urinary incontinence and sexual dysfunction after radical prostatectomy

Intervenciones de enfermería para incontinencia urinaria y disfunción sexual después de prostatectomía radical

Cassia Regina Gontijo Gomes<sup>1</sup>  
Aline Helena Appoloni Eduardo<sup>1</sup>  
María-Pilar Mosteiro-Díaz<sup>2</sup>  
Javier Pérez-Paniagua<sup>2</sup>  
Anamaria Alves Napoleão<sup>1</sup>

### Descritores

Cuidados de enfermagem; Incontinência urinária; Disfunção erétil; Prostatectomia

### Keywords

Nursing care; Urinary incontinence; Erectile dysfunction; Prostatectomy

### Descriptor

Atención de enfermería; Incontinencia urinaria; Disfunción eréctil; Prostatectomía

### Submetido

13 de Agosto de 2018

### Aceito

11 de Dezembro de 2018

### Resumo

**Objetivo:** Investigar, na literatura, intervenções de enfermagem para promover continência urinária e adaptação à disfunção sexual após prostatectomia radical.

**Métodos:** Revisão integrativa da literatura nas bases de dados PubMed, *Web of Science*, Scopus, CINAHL, e LILACS, utilizando os descritores "cuidados de enfermagem", "incontinência urinária", "disfunção erétil", e "prostatectomia" e as palavras chaves "enf\*", "impotência sexual masculina" e "prostatectomia radical".

**Resultados:** Dezoito publicações foram incluídas, entre essas, oito descreviam intervenções para a incontinência urinária, cinco para disfunção sexual e cinco para ambas as complicações. Foram encontradas três estratégias para implementação das intervenções, 16 intervenções para incontinência e 12 para disfunção sexual.

**Conclusão:** Nas estratégias para implementação das intervenções, notou-se a importância de que o enfermeiro utilize diferentes recursos para assistir os pacientes. Para a incontinência urinária, o foco das intervenções variou entre educativo, comportamental e físico. Para disfunção sexual, observou-se um predomínio de ações psicoeducativas aos pacientes e, quando possível, ao parceiro sexual.

### Abstract

**Objective:** Investigate, in the literature, nursing interventions to promote urinary continence and adapt to sexual dysfunction after radical prostatectomy.

**Methods:** Integrative literature review in the databases PubMed, *Web of Science*, Scopus, CINAHL, and LILACS, using the descriptors "nursing care", "urinary incontinence", "erectile dysfunction", and "prostatectomy", and the keywords "nurse", "male sexual impotence" and "radical prostatectomy".

**Results:** Eighteen publications were included, eight of which described interventions for urinary incontinence, five for sexual dysfunction and five for both complications. Three intervention strategies were found: 16 interventions for incontinence and 12 for sexual dysfunction.

**Conclusion:** In the implementation strategies of interventions, the importance of nurses using different resources to attend to patients was observed. For urinary incontinence, the focus of interventions varied among educational, behavioral and physical. For sexual dysfunction, a predominance of psychoeducational actions was observed, involving the patients and, when possible the sexual partners.

### Resumen

**Objetivo:** Investigar, en la literatura, intervenciones de enfermería para promover continencia urinaria y adaptación a la disfunción sexual después de prostatectomía radical.

**Métodos:** Revisión integrativa de la literatura en las bases de datos PubMed, *Web of Science*, Scopus, CINAHL, y LILACS, utilizando los descriptores "cuidados de enfermería", "incontinencia urinaria", "disfunción eréctil", y "prostatectomía" y las palabras claves "enf\*", "impotencia sexual masculina" y "prostatectomía radical".

**Resultados:** Dieciocho publicaciones fueron incluídas; entre ellas, ocho describían intervenciones para la incontinencia urinaria, cinco para disfunción sexual y cinco para ambas complicaciones. Se encontraron tres estrategias para la implementación de intervenciones, 16 intervenciones para incontinencia y 12 para disfunción sexual.

**Conclusão:** En las estrategias para la implementación de las intervenciones, se notó la importancia de que el enfermero utilice diferentes recursos para asistir a los pacientes. Para la incontinencia urinaria, el foco de las intervenciones varió entre educativo, conductual y físico. Para la disfunción sexual, se observó un predomínio de acciones psicoeducativas junto a los pacientes y, siempre que posible, junto al compañero sexual.

### Autor correspondente

Cassia Regina Gontijo Gomes  
http://orcid.org/0000-0002-9231-6672  
E-mail: crgontijo@gmail.com

### DOI

http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900015

### Como citar:

Gomes CR, Eduardo AH, Mosteiro-Díaz MP, Pérez-Paniagua J, Napoleão AA. Intervenções de enfermagem para incontinência urinária e disfunção sexual após prostatectomia radical. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(1):106-12.



<sup>1</sup>Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, Espanha.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

## Introdução

O câncer de próstata (CP) é o mais comum câncer urológico masculino. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para o ano de 2018, são estimados 1.276.106 novos casos de CP em todo o mundo, representando 13,5% de todos os cânceres diagnosticados em homens.<sup>(1)</sup> A prostatectomia radical (PR) é o procedimento cirúrgico frequentemente utilizado para o tratamento do CP clinicamente localizado.<sup>(2)</sup>

A principal desvantagem da realização da PR está relacionada à ocorrência de complicações, como incontinência urinária (IU) e disfunção erétil (DE). O desenvolvimento da IU após PR está relacionado à deficiência dos esfíncteres interno e externo da uretra, à disfunção da bexiga e à fraqueza dos músculos do assoalho pélvico. Durante a cirurgia, os esfíncteres, que se localizam no colo da bexiga, são prejudicados e o esfíncter uretral externo pode se enfraquecer, devido ao período em que a uretra foi comprimida pela próstata aumentada.<sup>(2)</sup>

Além disso, o homem pode ter dificuldades para obter ou manter uma ereção devido às lesões de feixes nervosos ocasionadas pela cirurgia ou ao edema pós-cirúrgico que leva à compressão desses feixes.<sup>(2)</sup>

Pacientes prostatectomizados estão sujeitos não somente à DE, mas à disfunção sexual (DS), devido aos comprometimentos relacionados ao desejo sexual e saúde mental, ao processo de ejaculação e ao orgasmo que são alterados, e devido à mudança na dinâmica de intimidade do casal.<sup>(3)</sup>

Ambas as complicações, IU e DE, provocam impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, originando consequências psicológicas como depressão,<sup>(4)</sup> baixa autoestima<sup>(5)</sup> e dificuldades de interação social.<sup>(6)</sup> Ademais, pacientes com IU podem apresentar infecções recorrentes do trato urinário e dermatites.<sup>(7,8)</sup>

Frente ao exposto, faz-se necessário sistematizar o cuidado de enfermagem aos pacientes prostatectomizados. Além disso, ressalta-se a importância de pesquisas sobre intervenções de enfermagem dirigidas a esses pacientes, que resultem em evidências científicas e contribuam para o desenvolvimento de assistência de enfermagem qualificada.<sup>(9-12)</sup>

O objetivo da presente revisão integrativa é identificar, na literatura, intervenções de enfermagem para promover continência urinária e adaptação à DS após PR.

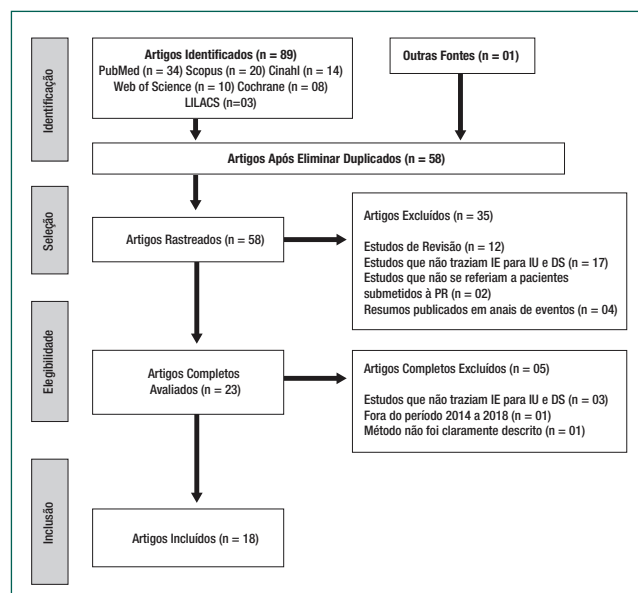
## Métodos

As etapas da revisão integrativa percorridas foram: identificação do tema, definição da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento.<sup>(13)</sup>

A questão norteadora foi: “Quais são as intervenções de enfermagem para promover continência urinária e adaptação à DS após PR descritas na literatura?” Para seleção dos artigos, realizou-se a busca online, em maio de 2018, nas bases de dados *National Library of Medicine and National Institutes of Health* – PubMed, *Web of Science*, Scopus, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* – CINAHL, Biblioteca COCHRANE e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS.

Os termos identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (Mesh), foram: *nursing care*, *urinary incontinence*, *erectile dysfunction*, *prostatectomy*. As palavras chave utilizadas foram: *nurs\** (com a finalidade de se obter mais resultados relacionados à enfermagem) *male sexual impotence* e *radical prostatectomy*. Os operadores booleanos usados foram: AND e OR. Empregou-se a seguinte estratégia de busca: [“*nursing care*” OR *nurs\** AND “*erectile dysfunction*” OR “*male sexual impotence*” OR “*urinary incontinence*” AND “*prostatectomy*” OR “*radical prostatectomy*”]. Nas bases de dados LILACS, além dos termos em inglês, acrescentaram-se suas versões em português e espanhol. Adotou-se a busca avançada em todas as bases de dados, exceto na Biblioteca COCHRANE, que não disponibiliza essa opção. Investigaram-se também as referências dos estudos selecionados e as listas de referências das revisões de literatura excluídas, a fim de identificar estudos que atendiam a questão norteadora.

A busca e seleção dos estudos foram feitas por dois pesquisadores, de forma independente. Os critérios de inclusão foram: artigos que apresentassem intervenções de enfermagem para IU e DS após PR, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados entre 2014 e 2018. Optou-se por incluir estudos dos últimos cinco anos por já existirem revisões de literatura que buscaram conhecer intervenções para IU e DS após PR publicadas anteriormente.<sup>(10,14)</sup> Foram excluídos estudos secundários, resumos publicados em eventos científicos, manuais de organizações de saúde e estudos cujo método não estava claramente descrito. A seleção dos estudos seguiu as recomendações do método *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses - PRISMA*<sup>(15)</sup> (Figura 1).



**Figura 1.** Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, adaptado do PRISMA.

Os estudos foram analisados considerando critérios, estabelecidos pelos autores, que foram extraídos e organizados em formulário desenvolvido para esta finalidade: referência, idioma, país de origem do primeiro autor, nível de evidência, base de dados, objetivo, desenho do estudo, principais resultados, conclusões e intervenções de enfermagem para IU e / ou DS. A classificação das evidências seguiu: Nível I, revisão sistemática ou metanálise; Nível II, ensaio clínico controlado randomizado; Nível III, ensaio clínico controlado sem randomização; Nível

IV, estudos de coorte ou caso-controle bem delineados; Nível V, revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos; Nível VI, estudos descritivos ou qualitativos; e Nível VII, opinião de autoridades ou relato de especialistas.<sup>(16)</sup>

## Resultados

Dos 18 artigos incluídos,<sup>(5-8,11,12,17-28)</sup> 17 foram encontrados nas bases de dados eletrônicas e um nas referências dos estudos selecionados. Nas listas de referências das revisões excluídas, não se encontrou nenhum estudo que atendia aos critérios de inclusão estabelecidos. Em relação ao idioma dos artigos, 16 foram publicados em inglês,<sup>(5,6,8,11,12,17-23,24-28)</sup> um em espanhol<sup>(7)</sup> e um em português.<sup>(23)</sup> Quanto ao país de realização, três estudos foram desenvolvidos na Espanha, seguidos por Estados Unidos da América, Reino Unido, Itália, Austrália e China, com dois estudos cada, e Brasil, Dinamarca, Suécia, Noruega e Holanda, com um estudo em cada país. No que se refere ao ano de publicação, um estudo foi publicado em 2018,<sup>(11)</sup> um em 2017,<sup>(17)</sup> cinco em 2016,<sup>(18-22)</sup> cinco em 2015<sup>(5,23-26)</sup> e seis em 2014.<sup>(6-8,12,27,28)</sup> Quanto ao nível de evidência (NE), cinco estudos apresentaram nível II,<sup>(5,11,12,21,27)</sup> dez nível seis VI<sup>(17-26,28)</sup> e três, nível sete.<sup>(6-8)</sup>

Estratégias para implementação das intervenções, Intervenções de enfermagem para IU e DS, Intervenções de enfermagem para IU e Intervenções de enfermagem para DS foram as categorias criadas após análise dos estudos. Ressalta-se que nove estudos<sup>(5-7,11,12,17,22,23,26)</sup> se inserem em mais de uma categoria.

As estratégias para implementação das intervenções de enfermagem são: (1) incluir na rotina de trabalho: consultas de enfermagem, chamadas telefônicas e visitas domiciliares<sup>(5,7,11,21,22,27)</sup> (NE: II, VI, VII), (2) utilizar fontes didáticas para educar, tais como: web site, vídeos, material escrito<sup>(5)</sup> (NE: II) e fornecer um número de telefone / endereço de e-mail para que o paciente possa expressar suas dúvidas e preocupações<sup>(6,8,17,26)</sup> (NE: VI, VII). As três estratégias são aplicáveis tanto para IU quanto para DS.

As intervenções para IU e DS, intervenções para IU e intervenções para DS estão descritas no quadro 1.

**Quadro 1.** Intervenções de Enfermagem para IU e DS, intervenções de enfermagem para IU e intervenções de enfermagem para DS

Intervenções de Enfermagem para IU e DS	NE
Ensinar ao paciente sobre a anatomia da próstata, a PR e a relação entre o procedimento cirúrgico e as complicações – IU e DS. <sup>(6,17,23,28)</sup>	VI, VII
Fornecer informações sobre o tratamento, que sejam adequadas para cada paciente, considerando o nível cultural de cada um e o quanto o paciente deseja ser informado. <sup>(5,12,18,19,22)</sup>	II, VI
Promover e moderar grupos de apoio a pacientes prostatectomizados, a fim de compartilharem experiências e formas de gerenciamento do problema. <sup>(11,26)</sup>	II, VI
Ensinar o paciente a realizar os exercícios para os músculos da pelve (EMAP). Explicá-lo que o exercício é realizado com os músculos anal e uretral e que as nádegas, coxas e abdômen devem estar relaxados. Ele deve visualizar a retração da base do pênis e elevação testicular. Instruí-lo a colocar dois dedos em seu períneo para sentir como este é contraído ao realizar os exercícios. 1ª etapa: Realizar 10 contrações e relaxamentos rápidos, descansar por dois minutos e repetir. 2ª etapa: Repetir os mesmos exercícios, porém realizar contração firme por cinco segundos e relaxar o mais lentamente possível, descansar por dois minutos e, repetir. Os exercícios devem ser realizados pela manhã e à tarde, nas posições: deitado com as pernas esticadas, deitado de joelhos dobrados, em pé com as pernas abertas, em pé com as pernas fechadas e enquanto caminha. Aconselhá-lo a contrair os músculos antes e durante atividades que causem vazamento de urina, como tossir e espirrar. <sup>(6,21,24,25,27)</sup>	II, VI, VII
Envolver e ensinar a família os EMAP para que possam incentivar o paciente em realizá-los. <sup>(11)</sup>	II
Entregar ao paciente material escrito com figuras e detalhes sobre a execução dos EMAP. <sup>(11,25,26,28)</sup>	II, VI
Fornecer Estimulação elétrica funcional para o paciente que apresentar dificuldades em realizar os EMAP. <sup>(24)</sup>	VI
Intervenções de Enfermagem para IU	NE
Explicar ao paciente sobre a transitoriedade da IU e que o alcance da continência urinária é um processo gradual. <sup>(7,11)</sup>	II, VII
Apresentar ao paciente os tipos de protetores, absorventes e fraldas masculinas disponíveis no mercado. <sup>(6,7,12,23)</sup>	II, VI, VII
Apresentar ao paciente os sinais e sintomas da infecção urinária (febre, dor ao urinar, odor fétido da urina) e a necessidade de tratá-la. <sup>(8)</sup>	VII
Conversar com paciente sobre a necessidade de maior cuidado higiênico com a pele perineal. <sup>(6,7)</sup>	VII
Orientar sobre a importância de ingerir bastante líquido durante o dia (2500 a 3000 ml) para evitar infecção urinária e constipação intestinal. <sup>(8)</sup>	VII
Aconselhar o paciente a reduzir ou parar o consumo de álcool e produtos com cafeína (chocolate, chá, refrigerante de cola). <sup>(6,8,12)</sup>	II, VI, VII
Intervenções de Enfermagem para DS	NE
Educar o paciente e seu parceiro sexual nos temas CP e sexualidade. <sup>(5)</sup>	II
Fornecer um material educativo ao paciente e se possível ao parceiro sexual, com tópicos separados, sobre a DS após PR. <sup>(17)</sup>	VI
Explicar a etiologia da DS e suas consequências, tanto físicas quanto mentais. <sup>(17,20)</sup>	VI
Explicar sobre o funcionamento da ereção. <sup>(23)</sup>	VI
Informar ao paciente sobre o impacto da PR na ejaculação (diminuição ou ausência do líquido ejaculado, possibilidade de climactúria). <sup>(7,17)</sup>	VI, VII
Apresentar as possibilidades de tratamento da DE (uso de inibidores da fosfodiesterase-5, supositório intrauretral, injeção peniana, dispositivo de ereção por vácuo e prótese peniana). <sup>(5,17,22,23)</sup>	II, VI
Ensinar o paciente sobre o uso correto das medicações prescritas pelo médico para tratamento da DE. <sup>(7,23)</sup>	VI, VII
Ensinar o paciente a definição do termo sexualidade e estimulá-lo a aumentar expressões de carinho e formas alternativas de sentir prazer, que não exijam penetração. <sup>(5,23)</sup>	II, VI
Conhecer a realidade e expectativas quanto à atividade sexual de cada paciente e propor soluções e tratamentos específicos para cada caso. <sup>(5)</sup>	II
Fornecer contatos de profissionais de saúde que possam ajudar o paciente a enfrentar a DS. <sup>(17)</sup>	VI
Incentivar o paciente a expor suas dúvidas, medos e expectativas relacionadas à DS aos profissionais de saúde. <sup>(5)</sup>	II
Envolver o parceiro sexual no tratamento para DS, se aplicável. <sup>(5,17,20)</sup>	II, VI

IU – incontinência urinária; EMAP – exercícios para os músculos do assoalho pélvico; CP – câncer de próstata; PR – prostatectomia radical; DS – disfunção sexual; DE – disfunção erétil

## Discussão

Como contribuição para a prática clínica, os resultados desta revisão trazem subsídios científicos para que o enfermeiro ofereça capacitação nos conteúdos IU e DS e intervenha para melhorar a qualidade de vida de pacientes prostatectomizados. Esta revisão limita-se por não apresentar pesquisas com foco em homossexuais e bissexuais, bem como pelo reduzido número de estudos experimentais e quase-experimentais incluídos.

Ao analisar as intervenções de enfermagem identificadas neste estudo, entende-se que todas elas se referem à educação e ao apoio que o enfermeiro deve oferecer aos pacientes prostatectomizados. Nesse sentido, destaca-se a comunicação entre pa-

ciente e enfermeiro,<sup>(11,12,25)</sup> considerada instrumento chave para promover educação em saúde. Autores apontam para a necessidade de que prostatectomizados sejam acompanhados antes<sup>(22)</sup> e após a cirurgia<sup>(29)</sup> e de que enfermeiros se dediquem a buscar métodos alternativos para educar os pacientes, que não se limitem somente a folhetos e consultas.<sup>(17,22)</sup> Tal afirmação corrobora os achados da categoria “Estratégias para implementação das intervenções”, descritos nesta revisão. Visitas domiciliares, chamadas telefônicas e ensinamentos em grupos são medidas que se apresentam eficazes para promover a qualidade de vida dos pacientes.<sup>(11)</sup> Em concordância a esta assertiva, estudo canadense que acompanhou 216 homens prostatectomizados, no período pós-operatório, apresenta o acompanhamento telefônico semanal como recurso efetivo para assistir



aos pacientes. O apoio constante dos enfermeiros foi muito apreciado pelos homens e suas esposas, pois ajudou a aliviar incertezas sobre a recuperação cirúrgica e reduziu as visitas ao médico.<sup>(30)</sup>

Quanto à categoria “Intervenções de enfermagem para IU”, quatro estudos reportaram que a adoção de novos hábitos contribuiu para a reabilitação da continência urinária.<sup>(6-8,12)</sup> Em complemento aos achados apresentados na presente revisão, um ensaio clínico apresenta as seguintes intervenções: aconselhar o paciente a manter uma dieta saudável, praticar atividades físicas e cessar o tabagismo.<sup>(31)</sup> Vale mencionar que a Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Intervention Classification*)<sup>(32)</sup> apresenta na intervenção Cuidados na Incontinência Urinária (0610), atividades voltadas às esferas comportamentais e físicas em comuns às que foram apontadas neste artigo.

No que se refere aos EMAP, constatou-se que todos os estudos relacionados à IU os mencionaram como estratégia para alcance da continência. Autores internacionais enfatizam o dever e a responsabilidade do enfermeiro de avaliar a IU de pacientes prostatectomizados, ensinar a correta execução dos EMAP e fornecer material escrito para execução da atividade em casa, antes da alta hospitalar.<sup>(33)</sup> Nesse sentido, dois ensaios clínicos randomizados apresentaram, entre seus resultados, que instruções verbais e escritas para execução desses exercícios são menos onerosas e tão eficazes quanto as sessões de treinamento intensivo supervisionado por profissionais de saúde.<sup>(30,31)</sup>

A realização dos EMAP tem se mostrado eficiente também na recuperação da atividade sexual dos prostatectomizados. Autora britânica<sup>(2)</sup> defende que pacientes com DE após PR devem praticar os EMAP diariamente, desde a retirada da sonda até o terceiro mês pós-operatório, para que maior quantidade de sangue oxigenado chegue aos nervos prejudicados pela cirurgia. Estudo tailandês comparou a função erétil de pacientes que receberam instruções sobre o treinamento muscular pélvico logo após a retirada da sonda e pacientes que receberam as mesmas instruções três meses após a cirurgia. Os resultados revelaram que os pacientes que iniciaram os EMAP precocemente apresentaram melhor funcionamento sexual.<sup>(33)</sup>

Em relação à categoria “Intervenções de enfermagem para DS”, identificou-se que os autores abordaram não apenas a função erétil dos pacientes, mas a sexualidade de forma ampla. No planejamento das intervenções de enfermagem, é importante ter ciência do impacto psicológico que o CP desempenha na saúde mental e imagem corporal do paciente, gerando redução no desejo sexual e outros distúrbios que afetam a satisfação e intimidade do casal.<sup>(3)</sup> Assim, é fundamental que o tratamento se baseie nas alterações físicas e psicosssexuais que os pacientes sofrerão.<sup>(3,17)</sup>

No que se refere à intervenção de enfermagem “Ensinar o paciente sobre o uso correto das medicações prescritas pelo médico para tratamento da DE”, considera-se válido mencionar que os inibidores da fosfodiesterase tipo cinco (IPDE5) – sildenafil, tadalafila, vardenafila e avanlafila – são considerados tratamento de primeira linha na DE.<sup>(34)</sup> Esses medicamentos devem ser ingeridos de 30 a 60 minutos antes da relação sexual e apresentam como principais efeitos colaterais cefaleia, rubor e distúrbios visuais.<sup>(35)</sup>

Geralmente, quando os IPDE5’ s não apresentam efetividade para promover a função erétil após PR, são indicadas injeções intracavernosas de prostaglandinas.<sup>(34)</sup> Autores internacionais realizaram um estudo que visava a testar a efetividade de um plano de cuidados de enfermagem a homens com DE após PR. O plano consistia em quatro visitas, nas quais eram fornecidas informações relacionadas ao tratamento para DE, educação e apoio ao paciente e seu/sua parceiro (a), e escuta ativa. Inicialmente, um médico prescrevia medicações orais (IPDE5) para os pacientes e a enfermeira ensinava como adquirir a medicação, a duração de ação e os efeitos colaterais. Pacientes que não respondiam à medicação oral recebiam a prescrição médica das injeções intracavernosas. A partir de então, a enfermeira se dedicava a treinar o homem e seu/sua parceiro (a) sexual para aplicar as injeções. Ambos eram orientados a aplicar a injeção na parte lateral do corpo cavernoso, longe da uretra e do feixe vascular dorsal. As primeiras injeções eram aplicadas no consultório médico e a dose era progressivamente aumentada até atingir uma ereção constante e duradoura.

Depois que a dose era ajustada e se constatava a preparação necessária, a injeção passava a ser aplicada pelo próprio casal.<sup>(29)</sup>

As intervenções de enfermagem para DS elencadas no presente estudo apontam para a importância da inclusão do parceiro sexual no planejamento de intervenções ao prostatectomizado. Evidências revelam que a DS gera mudanças que tendem a afetar o relacionamento íntimo do casal<sup>(3,17)</sup> e que o apoio e afeto do cônjuge são fundamentais para melhor enfrentamento e adaptação da nova situação sexual. Portanto, enfatiza-se a importância de que profissionais de saúde forneçam informações sobre CP e sexualidade aos prostatectomizados e seus parceiros.<sup>(17)</sup>

O presente estudo é considerado uma etapa inicial para pesquisas futuras que revelem melhores evidências científicas acerca da efetividade dessas intervenções no atendimento dos pacientes submetidos à PR que apresentam IU e DS.

## Conclusão

No que tange às estratégias para implementação das intervenções de enfermagem, notou-se que o enfermeiro deve dispor de diferentes recursos comunicativos para assistir de forma efetiva o paciente prostatectomizado. Quanto às intervenções de enfermagem para IU, o foco das abordagens variou entre educativo, comportamental e físico. Ademais, constatou-se que muitas intervenções para IU apresentam benefícios também para a DS. Em relação às intervenções de enfermagem para DS, observou-se um predomínio de ações psicoeducativas, ou seja, intervenções que visam ao ensino, esclarecimento de dúvidas e suporte psicológico aos pacientes e, se possível, ao parceiro sexual.

## Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro por meio do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior / Processo nº: 88881.134515/2016-01 para a primeira autora.

## Referências

1. World Health Organization (WHO). International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2018: World Fact Sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2018 Oct. 02]. Available from: <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
2. Dorey G. Pelvic floor exercises after radical prostatectomy. *Br J Nurs*. 2013;22(9):S4–6.
3. Chung E, Brock G. Sexual rehabilitation and cancer survivorship: a state of art review of current literature and management strategies in male sexual dysfunction among prostate cancer survivors. *J Sex Med*. 2013;10(1 Suppl 1):102–11.
4. Lin HY, Lai HL, Chen CI, Huang CY. Depression and Health-Related Quality of Life and Their Association With Resourcefulness in Survivors of Prostate Cancer. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(4):407–13.
5. Chambers SK, Occhipinti S, Schover L, Nielsen L, Zajdlewicz L, Clutton S, et al. A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. *Psychooncology*. 2015;24(7):748–56.
6. Brito-Brito PR, Oter-Quintana C, Martín-García A, Alcolea-Cosín MT, Martín-Iglesias S, Fernández-Gutiérrez DÁ. Case study: community nursing care plan for an elderly patient with urinary incontinence and social interaction problems after prostatectomy. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(1):62–5.
7. Martín-Ruiz MJ, Escrivá-de-Romaní-Vereterra A. [Treatment in urology nursing consultation of the two most frequent side-effects in patients undergoing radical prostatectomy]. *Enfuro*. 2014;126(9):30–8. Spanish.
8. Colley W. Incontinence following prostate cancer surgery. *Nurs Times*. 2014;110(9):16–8.
9. Mata LR, Napoleão AA. [Nursing interventions for patients discharged from prostatectomy: an integrative review]. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):574–9. Portuguese.
10. Eduardo AH, Napoleão AA, Carvalho EC. Nursing interventions for patients with erectile dysfunction after radical prostatectomy: integrative review. *Enferm Global*. 2016;42(1):456–71.
11. Wang C, Song Z, Li S, Tai S. Extended nursing for the recovery of urinary functions and quality of life after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2018;26(5):1553–60.
12. Novick BJ, Angie M, Walker E, Kitay R, Monday K, Albert NM. The Effect of Intensive Education On Urinary Incontinence Following Radical Prostatectomy: A Randomized Control Trial. *Urol Nurs*. 2014;34(5):246–51.
13. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM [Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing]. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758–64. Portuguese.
14. Anderson CA, Omar MI, Campbell SE, Hunter KF, Cody JD, Glazener CM. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;1(1):CD001843.
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int J Surg*. 2010;8(5):336–41.
16. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 72–8.

17. Grondhuis Palacios LA, Krouwel EM, Duijn M, den Oudsten BL, den Ouden ME, Putter H, et al. Written information material and availability of sexual health care for men experiencing sexual dysfunction after prostate cancer treatment: an evaluation of Dutch urology and radiotherapy departments. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(2):1–8.
18. Derogar M, Dahlstrand H, Carlsson S, Bjartell A, Hugosson J, Axén E, Johansson E, Lagerkvist M, Nyberg T, Stranne J, Thorsteinsdottir T, Wallerstedt A, Haglind E, Wiklund P, Steineck G; LAPPRO steering committee. Preparedness for side effects and bother in symptomatic men after radical prostatectomy in a prospective, non-randomized trial, LAPPRO. *Acta Oncológica*. 2016;55(12):1467–76.
19. Huang CY, Wang MJ, Lin YH, Chen CI. Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life Among Prostate Cancer Survivors. *Cancer Nurs*. 2018;41(1):E1–8.
20. Schantz Laursen B. Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(1):120–7.
21. Zhang AY, Fu AZ. Cost-effectiveness of a behavioral intervention for persistent urinary incontinence in prostate cancer patients. *Psychooncology*. 2016;25(4):421–7.
22. Allchorne P, Green J. Identifying Unmet Care Needs of Patients with Prostate Cancer To Assist with Their Success in Coping. *Urol Nurs*. 2016;36(5):224–32.
23. Santos DR, Lima CA, Saldanha EA, Cavalcanti MI, Medeiros AB, Lira AL. [Nursing prostatectomy patients]. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(4):513–9. Portuguese.
24. Terzoni S, Montanari E, Mora C, Ricci C, Sansotera J, Micali M, et al. Electrical stimulation for post-prostatectomy urinary incontinence: is it useful when patients cannot learn muscular exercises? *Int J Urol Nurs*. 2015;9(1):29–35.
25. Terzoni S, Montanari E, Mora C, Ricci C, Destrebecq A. Developing a rehabilitation programme for male urinary incontinence: detailed schemes and results on 122 patients. *Int J Urol Nurs*. 2015;9(3):149–55.
26. O'Shaughnessy PK, Laws TA, Esterman AJ. The prostate cancer journey: results of an online survey of men and their partners. *Cancer Nurs*. 2015;38(1):E1–12.
27. Serdà BC, Marcos-Gragera R. Urinary incontinence and prostate cancer: a progressive rehabilitation program design. *Rehabil Nurs*. 2014;39(6):271–80.
28. Nicolaisen M, Müller S, Patel HR, Hanssen TA. Quality of life and satisfaction with information after radical prostatectomy, radical external beam radiotherapy and postoperative radiotherapy: a long-term follow-up study. *J Clin Nurs*. 2014;23(23-24):3403–14.
29. Lombrana M, Izquierdo L, Gomez A, Alcaraz A. Lombrana M, Izquierdo L, Gomez A, Alcaraz A. Nursing care program for erectile dysfunction after radical prostatectomy. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(5):178–82.
30. Moore KN, Valiquette L, Chetner MP, Byrniak S, Herbison GP. Return to continence after radical retropubic prostatectomy: a randomized trial of verbal and written instructions versus therapist-directed pelvic floor muscle therapy. *Urology*. 2008;72(6):1280–6.
31. Glazener C, Boachie C, Buckley B, Cochran C, Dorey G, Grant A, et al. Conservative treatment for urinary incontinence in Men After Prostate Surgery (MAPS): two parallel randomised controlled trials. *Health Technol Assess*. 2011;15(24):1–290.
32. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C. Nursing interventions classification. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 181–96.
33. Lin YH, Yu TJ, Lin VC, Wang HP, Lu K. Effects of early pelvic-floor muscle exercise for sexual dysfunction in radical prostatectomy recipients. *Cancer Nurs*. 2012;35(2):106–14.
34. Emanu JC, Avildsen IK, Nelson CJ. Erectile dysfunction after radical prostatectomy: prevalence, medical treatments, and psychosocial interventions. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2016;10(1):102–7.
35. Evans JD, Hill SR. A comparison of the available phosphodiesterase-5 inhibitors in the treatment of erectile dysfunction: a focus on avanafil. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:1159–64.