

GUIA DO PACIENTE · SAÚDE DO HOMEM

Câncer de Próstata: Decisão sem Pânico

Da biópsia à escolha do tratamento — vigilância ativa, cirurgia robótica, radioterapia e HIFU explicados lado a lado, com calma e clareza.

O tempo está do seu lado

Entenda PSA, Gleason e risco

Escolha informada

Dr. Alexandre Sato

Urologia · Cirurgia Robótica e Uro-Oncologia
Fellowship — Duke University (EUA) · CRM-SP 146.210 · RQE 61330

dralexandresato.com.br

O que você vai encontrar

01	Recebi o diagnóstico. E agora?	03
02	Entendendo o PSA	04
03	Gleason, ISUP e grupos de risco	05
04	As opções de tratamento, lado a lado	06
05	Vigilância ativa: quando não operar é a melhor escolha	07
06	Cirurgia robótica & Radioterapia	08
07	HIFU e terapia focal	09
08	Tabela comparativa	10
09	Continência e potência: a conversa franca	11
10	Perguntas para levar à consulta	12

Antes de tudo, respire. Receber um diagnóstico de câncer de próstata assusta — é natural. Mas há uma verdade que muda tudo: na imensa maioria dos casos, este é um dos cânceres **mais tratáveis e de crescimento mais lento** que existem. Você quase nunca precisa decidir com pressa. Tem tempo para entender, comparar e escolher com segurança. É exatamente isso que este guia foi feito para ajudar você a fazer.

1

Recebi o diagnóstico. E agora?

A primeira reação costuma ser o medo — pensar imediatamente no pior. Mas o câncer de próstata é muito diferente da imagem que a palavra "câncer" evoca. Ele geralmente cresce devagar, ao longo de anos, e é altamente curável quando localizado.

✓ Três verdades que trazem alívio

- **Você tem tempo.** Salvo situações específicas, não é uma emergência. Semanas para pesquisar e decidir não mudam o resultado — mas mudam a qualidade da sua escolha.
- **Existem várias opções boas.** Para a doença localizada, o controle do câncer costuma ser semelhante entre os principais tratamentos. A diferença está nos efeitos colaterais e no seu estilo de vida.
- **Às vezes, o melhor tratamento é não tratar agora.** A vigilância ativa é uma estratégia legítima e segura para casos de baixo risco.

O que fazer neste momento

- Reúna todos os seus exames: PSA (e o histórico dele), o laudo da biópsia e a ressonância, se houver.
- Anote suas dúvidas e prioridades — inclusive as pessoais, como preservar a função sexual.
- Leve alguém de confiança à consulta. Duas cabeças escutam melhor.
- Busque uma avaliação especializada. Uma segunda opinião é sempre bem-vinda — bons médicos a incentivam.

Uma pergunta que organiza tudo: "Qual o risco da minha doença e quanto tempo eu tenho para decidir?" A resposta a isso — que os próximos capítulos ajudam a entender — é o ponto de partida de qualquer boa decisão.

2 Entendendo o PSA

O PSA (Antígeno Prostático Específico) é uma proteína produzida pela próstata e medida por um simples exame de sangue. Ele é uma ferramenta valiosa — mas frequentemente mal compreendida.

O que o PSA é e o que ele não é

O PSA **não é um "marcador de câncer" exato**. Ele pode subir por vários motivos benignos: próstata aumentada (HPB), inflamações e infecções (prostatite), relação sexual recente, ou até andar de bicicleta antes do exame. Um PSA alterado **não significa câncer** — significa que vale investigar. E, no seu caso, ele já cumpriu o papel de ajudar a chegar ao diagnóstico.

Por que o PSA continua importante depois do diagnóstico

A partir de agora, o valor do PSA e, principalmente, a **velocidade com que ele muda ao longo do tempo** ajudam a estimar o comportamento da doença e, depois do tratamento, a monitorar o resultado. É por isso que o acompanhamento com PSA seriado é parte de qualquer estratégia — inclusive da vigilância ativa.

✓ Sobre o rastreamento

A dosagem de PSA, junto com o exame de toque, é a base da detecção precoce. Em geral, recomenda-se conversar sobre o rastreamento a partir dos **50 anos** — ou dos **45** para quem tem maior risco, como homens negros ou com histórico familiar de câncer de próstata. Se você tem filhos ou irmãos homens, vale orientá-los a conversar com um urologista.

O PSA é uma peça do quebra-cabeça — não o quadro inteiro. Ele ganha significado quando combinado com o laudo da biópsia (Gleason/ISUP) e o estadiamento, que veremos a seguir.

3 Gleason, ISUP e risco

Estes são os termos que mais aparecem no seu laudo — e entendê-los devolve a você o controle da conversa. Eles medem a **agressividade** do tumor.

O escore de Gleason

Ao olhar as células da biópsia no microscópio, o patologista avalia o quanto elas se parecem com tecido normal. Ele dá duas notas (de 3 a 5) aos dois padrões mais presentes e soma. Assim surgem valores como **3+3=6** ou **3+4=7**. Quanto menor, mais parecido com o normal e menos agressivo. A ordem importa: **4+3** é um pouco mais agressivo que **3+4**, mesmo ambos somando 7.

Os grupos ISUP (1 a 5) — a forma moderna

Para simplificar, hoje usa-se o Grupo de Grau ISUP:

- ISUP 1** Gleason 6 — o de menor agressividade
- ISUP 2** Gleason 7 (3+4)
- ISUP 3** Gleason 7 (4+3)
- ISUP 4** Gleason 8
- ISUP 5** Gleason 9 e 10 — o de maior agressividade

Juntando tudo: os grupos de risco

Combinando o PSA, o ISUP/Gleason e o estadiamento (o quanto o tumor se estendeu, medido pelo sistema TNM e por exames de imagem), o seu caso é classificado em um grupo de risco — o principal guia da decisão:

Baixo

PSA baixo, ISUP 1, tumor pequeno e localizado. Vigilância ativa costuma ser possível.

Intermediário

ISUP 2–3. Cirurgia, radioterapia ou, em casos selecionados, terapia focal.

Alto

ISUP 4–5 ou doença mais avançada. Requer tratamento ativo, às vezes combinado.

4 As opções, lado a lado

Para o câncer de próstata localizado, existem quatro caminhos principais. Um dado que traz tranquilidade: em estudos de longo prazo com doença localizada, o **controle do câncer é parecido** entre eles — a decisão gira, sobretudo, em torno dos efeitos colaterais e das suas prioridades de vida.

O que a ciência mostra

O estudo **ProtecT**, que acompanhou homens por 15 anos, encontrou mortalidade por câncer de próstata **baixa e semelhante** entre cirurgia, radioterapia e monitoramento ativo (cerca de 2–3% em todos os grupos). Ou seja: para a doença de baixo e intermediário risco, não existe uma única opção "certa" — existe a mais adequada ao seu perfil.

Como pensar a escolha

Três eixos ajudam a organizar a decisão:

- **O risco da doença** (baixo, intermediário, alto) — define quais opções estão realmente na mesa.
- **Você** — sua idade, sua saúde geral, sua expectativa de vida e o que é importante para você (função sexual, urinária, evitar cirurgia, evitar idas frequentes ao hospital).
- **As características de cada tratamento** — efeitos colaterais, recuperação, durabilidade e o que fazer se a doença voltar.

✓ Uma vantagem estratégica

Alguns tratamentos preservam melhor "portas de saída". Por exemplo, após a cirurgia ainda é possível fazer radioterapia se necessário; já depois da radioterapia, uma nova cirurgia é mais difícil. Esse tipo de raciocínio faz parte de uma boa decisão — e é algo a discutir com seu urologista.

Nas próximas páginas, cada opção em detalhe.

5 Vigilância ativa

Talvez a ideia mais libertadora deste guia: em casos de **baixo risco**, o tratamento mais inteligente pode ser *não* tratar de imediato — e sim **vigiar de perto**, tratando apenas se (e quando) houver sinais de progressão.

Estratégia ativa · não é "não fazer nada"

O que é a vigilância ativa

Você mantém a próstata e evita, por ora, os efeitos colaterais dos tratamentos. Em troca, segue um acompanhamento rigoroso e programado, para agir no momento certo caso a doença dê sinais de mudança. Muitos homens permanecem anos assim — alguns, a vida toda.

Para quem: baixo risco (ISUP 1), PSA baixo, tumor pequeno e localizado

Envolve: PSA periódico, ressonância e biópsias de controle programadas

Vantagem: preserva potência e continência; sem cirurgia

Exige: disciplina no acompanhamento e tranquilidade para conviver com o diagnóstico

✓ Vigilância ativa não é abandono

É o oposto de negligência: é um plano estruturado, baseado em evidências, que evita tratar em excesso um câncer que talvez nunca causasse problema — sem abrir mão da segurança, porque a janela para curar continua aberta se algo mudar.

! Quando ela NÃO é indicada

Tumores de risco intermediário desfavorável e de alto risco (ISUP mais elevado, PSA alto, doença mais extensa) pedem tratamento ativo. Nesses casos, vigiar seria arriscado — e a franqueza sobre isso faz parte de um bom cuidado.

Tratamento definitivo · remove a próstata

Prostatectomia radical robótica

A próstata é removida por completo com o auxílio do robô cirúrgico, que oferece visão em 3D ampliada e movimentos milimétricos. Isso favorece a **preservação dos nervos** responsáveis pela ereção e do mecanismo de continência — os pontos mais sensíveis da cirurgia — além de menos sangramento e recuperação mais rápida que a cirurgia aberta.

Para quem: doença localizada, risco intermediário/alto, boa saúde e expectativa de vida >10 anos

Efeitos possíveis: incontinência e disfunção erétil, sobretudo no início, com recuperação ao longo dos meses

Vantagem: remove e analisa toda a próstata; permite radioterapia depois, se preciso

Tratamento definitivo · sem remover a próstata

Radioterapia

Destrói as células tumorais com radiação de alta precisão, sem cirurgia. Há diferentes formatos — radioterapia externa moderna (IMRT), estereotáxica (SBRT, em poucas sessões) e braquiterapia (sementes dentro da próstata). Em casos de maior risco, costuma ser combinada com bloqueio hormonal.

Para quem: alternativa à cirurgia; útil quando a cirurgia não é a melhor opção; doença localizada ou localmente avançada

Efeitos possíveis: menos disfunção erétil imediata que a cirurgia, porém mais sintomas intestinais e urinários irritativos

Atenção: nova cirurgia após radioterapia é mais difícil, caso a doença retorne

Cirurgia ou radioterapia? Para muitos pacientes, ambas são válidas e com controle oncológico semelhante. A escolha depende da sua idade, saúde, características do tumor e das suas preferências quanto aos efeitos colaterais — cada uma tem um perfil diferente.

7 HIFU e terapia focal

A terapia focal representa uma mudança de filosofia: em vez de tratar toda a próstata, ela mira **apenas a área do tumor** — como uma "lumpectomia da próstata" — preservando o tecido saudável e, com ele, as funções sexual e urinária.

Terapia focal · minimamente invasiva

HIFU — ultrassom focalizado de alta intensidade

Ondas de ultrassom são concentradas em um ponto exato dentro da próstata, gerando calor que destrói o tecido tumoral com precisão milimétrica, sem cortes e sem radiação. O planejamento é guiado por ressonância multiparamétrica e biópsia de fusão, que "mapeiam" onde está o tumor. O CFM reconheceu o HIFU como opção para casos selecionados.

Para quem: tumor bem localizado (idealmente em um lado), baixo risco ou intermediário favorável, bem mapeado por ressonância

Preservação: taxas significativamente menores de incontinência e disfunção erétil que a cirurgia radical

Recuperação: rápida, geralmente ambulatorial

✓ O que a evidência recente sugere

Estudos comparando HIFU e cirurgia robótica em pacientes bem selecionados mostraram **preservação funcional muito superior com o HIFU** e controle da doença semelhante em médio prazo. É uma opção poderosa — para o paciente certo.

! A parte honesta

A terapia focal **não serve para todos**: está fora de questão para tumores espalhados pela próstata (multifocais) ou de alta agressividade. Além disso, como trata apenas uma área, cerca de **um terço dos pacientes pode precisar de um novo tratamento** em até 10 anos, e os dados de longuíssimo prazo ainda são menores que os da cirurgia e da radioterapia. Seleção criteriosa é tudo.

8 Tabela comparativa

Um resumo para orientar a conversa. Lembre-se: o melhor tratamento é o que se encaixa no **seu** risco, na sua saúde e nas suas prioridades.

	Vigilância ativa	Cirurgia robótica	Radioterapia	HIFU / focal
Objetivo	Vigiar e adiar/evitar tratamento	Remover a próstata	Destruir o tumor com radiação	Tratar só a área do tumor
Risco ideal	Baixo	Interm./alto	Interm./alto	Baixo/interm. favorável
Remove a próstata?	Não	Sim	Não	Não (parcial)
Efeito na ereção	Preservada	Risco maior (melhora c/ preservação de nervos)	Risco menor imediato	Bem preservada
Continência	Preservada	Risco no início, melhora c/ tempo	Geralmente preservada	Bem preservada
Efeitos intestinais	Nenhum	Raros	Possíveis (irritação)	Raros
Internação	Nenhuma	Curta	Ambulatorial (sessões)	Ambulatorial
Se a doença voltar	Parte para tratamento ativo	Pode fazer radioterapia	Nova cirurgia é difícil	Pode repetir ou partir p/ radical

! Leia com cuidado

Esta tabela traz tendências gerais para orientar a conversa — não substitui a avaliação individual. Idade, saúde, características exatas do tumor e as suas prioridades pessoais podem mudar completamente a melhor indicação para o seu caso.

9 Continência e potência

São os dois maiores medos de quem enfrenta o tratamento — e merecem uma conversa franca, porque o cenário real é bem mais esperançoso do que o imaginado.

O que esperar, de verdade

Quando ocorrem, os efeitos sobre a urina e a ereção costumam ser **mais intensos no começo e melhorar ao longo dos meses**, especialmente com técnica cirúrgica que preserve os nervos e com reabilitação adequada. A maioria dos homens recupera boa qualidade de vida. E, quando algum efeito persiste, existem tratamentos eficazes — de fisioterapia do assoalho pélvico a medicamentos e outros recursos.

O que mais influencia o resultado

- **A escolha da técnica certa para o seu caso** — a decisão que este guia ajuda a preparar.
- **A experiência e o volume cirúrgico da equipe** — pergunte sobre isso abertamente.
- **Sua condição prévia** (função sexual e urinária antes do tratamento) e o seu engajamento na reabilitação.

Mito: "Tratar a próstata é uma sentença de impotência e fraldas para sempre."

Verdade: na maioria dos casos, com boa indicação e técnica, os efeitos são temporários ou manejáveis. E opções como vigilância ativa e HIFU preservam muito bem essas funções.

Mito: "Preciso operar com urgência ou o câncer vai se espalhar."

Verdade: o câncer de próstata localizado geralmente é lento. Você tem tempo para investigar e decidir com calma — a pressa raramente ajuda e pode atrapalhar uma boa escolha.

✓ Padrão internacional

Protocolos de preservação de nervos e de reabilitação, como os praticados em centros de referência internacionais, fazem diferença real nos resultados funcionais. Buscar esse padrão de cuidado é um direito seu.

10 Leve isto à consulta

Checklist de preparação

- ☐ Leve o laudo da biópsia (Gleason/ISUP), o histórico de PSA e a ressonância
- ☐ Anote sua idade, doenças e todos os medicamentos que usa
- ☐ Reflita sobre suas prioridades: preservar ereção? evitar cirurgia? menos idas ao hospital?
- ☐ Registre como estão hoje sua função sexual e urinária
- ☐ Leve alguém de confiança e anote as respostas
- ☐ Considere uma segunda opinião — é saudável e recomendável

Perguntas para fazer ao seu urologista

1. Qual é o risco da minha doença e quanto tempo tenho para decidir?
2. Sou candidato à vigilância ativa? E à terapia focal / HIFU?
3. Quais tratamentos são indicados para o meu caso — e por quê?
4. Como cada opção afeta minha continência e minha ereção?
5. Qual a experiência da equipe com a técnica proposta?
6. O que acontece — e quais as opções — se a doença voltar?

Vamos decidir juntos, com calma

Cada câncer de próstata — e cada homem — é único. A melhor escolha nasce de uma avaliação individual, que analisa o seu caso e as suas prioridades. Agende uma conversa com o Dr. Alexandre Sato.

 **Agende pelo WhatsApp** →

Rua Borges Lagoa, 913 · Vila Clementino, São Paulo—SP · dralexandresato.com.br

Aviso: este material tem caráter exclusivamente educativo e informativo. Não substitui a consulta, o diagnóstico ou o tratamento por um médico. Indicações, faixas e resultados aqui descritos são gerais e podem não se aplicar ao seu caso. Procure sempre um urologista para avaliação individualizada.

Dr. Alexandre Sato — Urologia · Cirurgia Robótica e Uro-Oncologia · Fellowship em Duke University (EUA) · CRM-SP 146.210 · RQE 61330. © 2026 · Todos os direitos reservados.