



Prostatectomia

Cirurgia robótica da próstata

Tratamento padrão-ouro para o câncer de próstata, com tecnologia robótica de alta precisão.

MATERIAL INFORMATIVO

Este guia foi elaborado para esclarecer suas principais dúvidas sobre a prostatectomia radical robótica — desde a decisão cirúrgica até o acompanhamento de longo prazo.

Leia com atenção e fale com a equipe em caso de dúvidas.

Dr. Alexandre Sato

UROLOGIA E CIRURGIA ROBÓTICA

1. O que é a prostatectomia robótica?

A **prostatectomia radical robótica** é a cirurgia padrão-ouro para o tratamento do **câncer de próstata localizado**. Consiste na **remoção completa da próstata** e das **vesículas seminais**, com possibilidade de retirada também dos linfonodos pélvicos quando indicado.

A cirurgia é realizada com o auxílio do **robô da Vinci**, um sistema de altíssima precisão controlado pelo cirurgião. Pequenas incisões abdominais (5 a 12 mm) permitem a introdução dos braços do robô, equipados com instrumentos delicados e câmera 3D de alta definição. O cirurgião opera sentado em um console, com visão ampliada e movimentos com 7 graus de liberdade — superando a destreza da mão humana.

Vantagens da técnica robótica

- **Menor sangramento** e menor necessidade de transfusão.
- **Recuperação mais rápida**, com alta hospitalar em 1 a 2 dias.
- **Menos dor pós-operatória** e cicatrizes muito pequenas.
- **Maior precisão** na **preservação dos nervos** responsáveis pela ereção.
- **Melhor controle** sobre o esfíncter urinário, com retorno mais rápido da continência.
- Menor tempo de uso da sonda vesical.

Padrão-ouro

A prostatectomia robótica é hoje o **padrão-ouro mundial** para o tratamento cirúrgico do câncer de próstata localizado, oferecendo o melhor equilíbrio entre **controle oncológico**, **continência urinária** e **função sexual**.

2. Quando a cirurgia é indicada?

- **Câncer de próstata localizado**, em pacientes com expectativa de vida de pelo menos 10 anos.
- Casos selecionados de **câncer localmente avançado**, em abordagem multimodal.
- Falha de tratamentos prévios (vigilância ativa que evolui, recidiva local após radioterapia em casos selecionados).
- Pacientes com bom estado geral e sem contraindicações cirúrgicas importantes.

Decisão compartilhada

A escolha entre **cirurgia**, **radioterapia** ou **vigilância ativa** deve ser feita em conjunto, considerando estágio do tumor, agressividade (Gleason / ISUP), PSA, idade, comorbidades, expectativa de vida e preferências do paciente. Discutimos cada opção em detalhe na consulta.

3. Pré-operatório

Avaliação

- **Consulta com urologista** e revisão dos exames (PSA, biópsia, ressonância da próstata, cintilografia óssea/PSMA-PET quando indicado).
- **Consulta com anestesista:** avaliação clínica detalhada.
- **Exames pré-operatórios:** hemograma, coagulograma, função renal, glicemia, urina I, urocultura, eletrocardiograma, raio-X de tórax e outros conforme necessidade.
- **Avaliação fisioterápica do assoalho pélvico:** orientação sobre exercícios de Kegel **antes** da cirurgia, fundamentais para a recuperação da continência.

Cuidados nos dias que antecedem

- **Suspender anticoagulantes / antiagregantes** (AAS, clopidogrel, varfarina, rivaroxabana, etc.) com orientação médica — geralmente 5 a 10 dias antes.
- **Não fumar** idealmente nas 4 semanas anteriores — o cigarro aumenta o risco de complicações respiratórias e prejudica a cicatrização.
- Evitar bebidas alcoólicas nas 48 h anteriores.
- **Iniciar exercícios de Kegel** conforme orientação da fisioterapia.
- **Preparo intestinal:** pode ser solicitado (dieta laxante e enema) na véspera, conforme a orientação da equipe.
- Comunicar imediatamente o médico em caso de febre, infecção ou gripe.

Jejum

- **8 horas** sem alimentos sólidos.
- **6 horas** sem leite e derivados.
- **2 horas** sem líquidos claros.

O que levar para o hospital

- Documento, cartão do convênio e exames recentes.
- Lista de medicamentos em uso.
- Roupas largas, calça com elástico, cuecas confortáveis.
- Itens de higiene pessoal, chinelo e óculos (se usar).
- **Acompanhante adulto**, recomendado durante a internação e obrigatório para alta.

4. O dia da cirurgia

Chegada e preparo

- 1 Internação cerca de 2 horas antes do horário cirúrgico.
- 2 Avaliação final pela equipe, troca de roupa e punção venosa.
- 3 Conferência do jejum e do preparo intestinal, se realizado.
- 4 Encaminhamento ao centro cirúrgico.

Durante a cirurgia

- 1 **Anestesia geral**, com monitorização contínua.
- 2 **Posicionamento**: deitado, com leve inclinação de cabeça para baixo (Trendelenburg).
- 3 **Pequenas incisões** abdominais (5 a 6) para introdução dos trocartes e dos braços do robô.
- 4 **Dissecção da próstata** com preservação dos nervos eretores (quando possível) e do esfíncter urinário.
- 5 **Remoção da próstata** e das vesículas seminais; linfadenectomia pélvica, quando indicada.
- 6 **Anastomose**: reconstrução da via urinária, suturando a uretra diretamente à bexiga.
- 7 **Sonda vesical** mantida para proteger a anastomose.
- 8 Fechamento das pequenas incisões.

Dados rápidos

Duração média: 2 a 4 horas.

Internação: 1 a 2 dias na maioria dos casos.

Sonda vesical: mantida por **7 a 14 dias**, retirada em consultório.

5. Pós-operatório e recuperação

Internação hospitalar

- Acomodação no quarto após observação na sala de recuperação.
- **Levantar e caminhar** precocemente (no mesmo dia ou no dia seguinte) — fundamental para prevenir trombose.
- Dieta líquida progredindo para alimentação habitual em 24 a 48 h.
- Analgésicos endovenosos, com transição para via oral.
- Sonda vesical e, eventualmente, dreno abdominal — retirados conforme orientação.

Em casa

- **Repouso relativo** nos primeiros 7 dias, com caminhadas leves e progressivas.
- **Cuidados com a sonda:** manter a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, esvaziá-la regularmente, fazer higiene local com água e sabonete neutro 2 vezes ao dia, fixar bem para evitar tração.
- Curativos das incisões trocados conforme orientação; banho de chuveiro liberado após 24 a 48 h.
- **Hidratação adequada** (2 a 2,5 litros de água por dia).
- Dieta rica em **fibras** para evitar constipação.
- **Não fazer força** para evacuar nem pegar peso (mais que 5 kg) nas primeiras 4 semanas.
- **Iniciar fisioterapia do assoalho pélvico** assim que liberado, geralmente após a retirada da sonda.

Retorno às atividades

Atividade	Quando retomar
Caminhar em casa	No 1º dia
Atividades domésticas leves	5 a 7 dias
Trabalho de escritório	10 a 21 dias
Trabalho com esforço físico	30 a 60 dias
Dirigir	Após retirada da sonda e sem opioides (≈ 14 dias)
Caminhada leve ao ar livre	7 a 14 dias
Exercícios intensos / musculação	30 a 60 dias
Banho de mar, piscina, banheira	Após cicatrização (≈ 30 dias)

Relações sexuais	30 a 45 dias, com liberação médica
------------------	------------------------------------

Sinais de alerta

ATENÇÃO

Procure atendimento imediato se apresentar:

- **Febre acima de 38 °C** ou calafrios.
- **Dor abdominal intensa** ou que piora com o tempo.
- **Sangramento intenso** pela sonda ou pela ferida.
- **Vermelhidão, secreção purulenta** ou abertura das incisões.
- **Saída da sonda** ou parada do fluxo de urina.
- Náuseas e vômitos persistentes, distensão abdominal acentuada.
- **Dor, inchaço ou vermelhidão na perna** (suspeita de trombose).
- Falta de ar ou dor torácica (procure pronto-socorro).

Continência urinária

Após a retirada da sonda, é comum apresentar **perdas urinárias** (incontinência) por algumas semanas. A maioria dos pacientes recupera a continência **nos primeiros 3 a 6 meses**, e a recuperação completa pode levar até 12 meses. A **fisioterapia do assoalho pélvico** antes e após a cirurgia é fundamental.

Função sexual

A recuperação da ereção depende da idade, da função sexual prévia e da preservação dos nervos. O retorno é gradual, geralmente entre **3 e 18 meses**. A **reabilitação peniana** com medicações (inibidores da PDE5, como sildenafil e tadalafila) e outras estratégias é prescrita logo após a cirurgia. A **ejaculação não ocorrerá mais** — o orgasmo é seco, mas geralmente preservado.

Acompanhamento oncológico

O resultado do anatomopatológico fica pronto em cerca de 7 a 14 dias. O acompanhamento posterior se baseia em **dosagens de PSA** periódicas (a cada 3 a 6 meses inicialmente). O PSA deve ficar **indetectável** após a cirurgia.

6. Perguntas frequentes (FAQ)

P: A cirurgia robótica é melhor que a aberta?

R: Sim, na maioria dos cenários. A cirurgia robótica oferece **menos sangramento, menos dor, recuperação mais rápida** e maior precisão na preservação dos nervos e do esfíncter. Os resultados oncológicos são comparáveis à cirurgia aberta, com vantagens funcionais.

P: É o robô que opera?

R: **Não.** O robô é apenas uma extensão do cirurgião — é o cirurgião que controla cada movimento, sentado em um console com visão 3D ampliada. O robô não decide nem age sozinho.

P: Quanto tempo dura a cirurgia?

R: Em média, de **2 a 4 horas**, dependendo da complexidade do caso e da necessidade de linfadenectomia.

P: Vou ficar quanto tempo internado?

R: Em geral, **1 a 2 dias**. A maioria dos pacientes recebe alta no dia seguinte à cirurgia, ainda com a sonda.

P: Quanto tempo fico com a sonda vesical?

R: Tipicamente, **7 a 14 dias**. A retirada é feita em consultório, rapidamente, sem necessidade de anestesia.

P: Vou ter perdas de urina?

R: É **esperado e temporário**. Após a retirada da sonda, podem ocorrer perdas (incontinência), que melhoram nos primeiros meses com a fisioterapia. A maioria dos pacientes está continente em 3 a 6 meses.

P: Vou conseguir ter ereção novamente?

R: Depende de vários fatores: idade, função sexual prévia e preservação dos nervos. A recuperação é gradual, podendo levar de meses a até 1,5 ano. Iniciamos a **reabilitação sexual** precocemente para otimizar os resultados.

P: E a ejaculação?

R: Como a próstata e as vesículas seminais são removidas, **não haverá mais ejaculação** — o orgasmo é seco, mas geralmente preservado. Não é possível ter filhos por via natural após a cirurgia. Se houver desejo de paternidade futura, é possível **congelar sêmen antes** do procedimento.

P: E o tamanho do pênis?

R: Pode haver pequena redução percebida no comprimento, geralmente transitória, relacionada à reorganização anatômica e à diminuição da atividade sexual no pós-operatório. A reabilitação ajuda a minimizar isso.

P: Quando saberei se a cirurgia foi suficiente para curar o câncer?

R: O **anatomopatológico** fica pronto em 7 a 14 dias e indica o estágio definitivo. O acompanhamento com **PSA** a cada 3 a 6 meses confirma a resposta no longo prazo. PSA indetectável é o objetivo.

P: Quando posso voltar a trabalhar?

R: Trabalho de escritório: 10 a 21 dias. Trabalho com esforço físico ou que exija dirigir/viajar muito: 30 a 60 dias.

P: Há risco de complicações?

R: Como toda cirurgia de grande porte, existem riscos: sangramento, infecção, lesão de órgãos vizinhos (intestino, ureter), trombose, fístula urinária, estreitamento da anastomose. Em centros experientes, as complicações são **pouco frequentes**.

7. Estamos com você

O tratamento do câncer de próstata é uma jornada que envolve decisão, cirurgia e acompanhamento de longo prazo. Nossa equipe está ao seu lado em cada uma dessas etapas — da decisão informada à reabilitação funcional e ao seguimento oncológico.

Contato

Dr. Alexandre Sato

Especialista em Urologia e Cirurgia Robótica

Em caso de dúvidas, entre em contato com o consultório. Em emergências fora do horário comercial, procure o pronto-socorro mais próximo e leve este guia com você.

Este material tem caráter informativo e educativo. Não substitui a consulta, diagnóstico ou tratamento médico individualizado.