Dr. Rafael Grunewald
Urologista

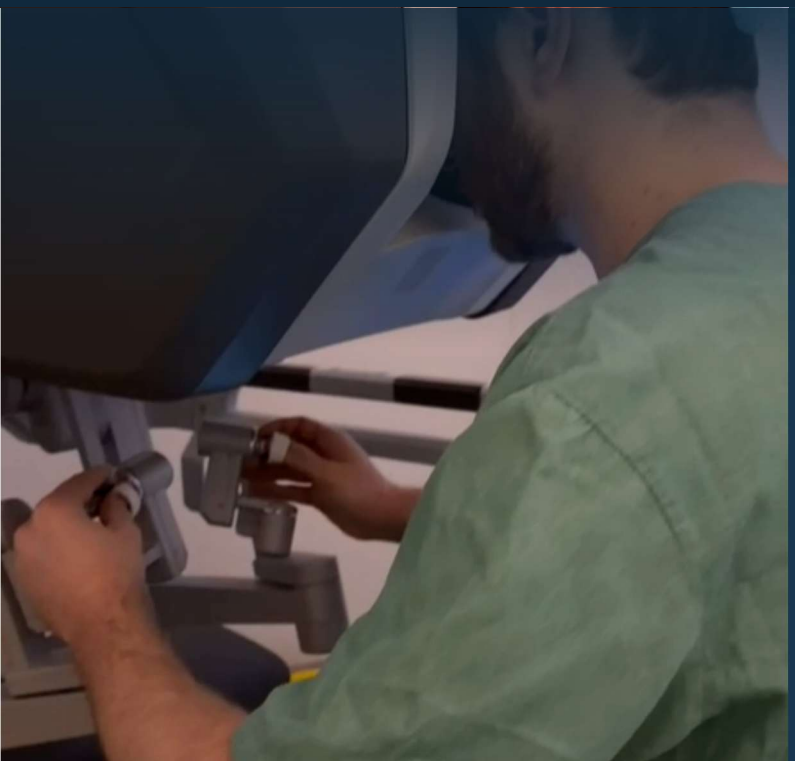
CARTILHA DE ORIENTAÇÃO

Prostatectomia radical robótica

com ou sem linfadenectomia pélvica

Orientações antes e depois da cirurgia. Leia com atenção antes do procedimento e mantenha esta cartilha à mão durante a recuperação.

Dr. Rafael Ernst Grunewald · CRM 201112 · RQE 124579





Sobre a cirurgia

A prostatectomia radical robótica retira a próstata e as vesículas seminais por pequenos cortes no abdômen, com o auxílio de um robô cirúrgico. Quando indicada, a **linfadenectomia pélvica** retira também os gânglios, os linfonodos da região, para avaliar se o câncer chegou até eles.

A cirurgia trata o câncer de próstata, mas tem consequências que quase todo paciente sente por um tempo: perda de urina, alteração da ereção e ausência de ejaculação. Saber disso antes ajuda a atravessar a recuperação com tranquilidade.

O QUE ESPERAR, EM LINHAS GERAIS

Internação	Em geral de 1 a 2 dias. A alta acontece com sonda vesical, um tubo fino que drena a urina, e às vezes com dreno.
Urina	É comum perder urina depois de tirar a sonda. A maioria melhora ao longo dos meses, e a fisioterapia pélvica ajuda.
Ereção	Pode ficar fraca ou ausente por meses, mesmo com preservação dos nervos. Existe tratamento para acelerar a recuperação.
Ejaculação	Deixa de existir, porque a próstata e as vesículas seminais são retiradas. O orgasmo continua possível. Não é mais possível ter filhos de forma natural.
Resultado	O exame da peça cirúrgica, o anatomopatológico, sai em cerca de 1 a 2 semanas e define se será preciso algum tratamento complementar. Não existe garantia de cura, e o PSA é acompanhado depois da cirurgia.

> Este material complementa a conversa com o seu médico e o termo de consentimento. Em caso de dúvida, pergunte antes da cirurgia.

Antes da cirurgia

Quem chega mais forte à cirurgia tende a se recuperar melhor. Organize estes pontos com antecedência.

1. **Movimente-se**
   Caminhadas diárias e exercício leve ajudam a recuperação e reduzem o risco de trombose.

2. **Pare de fumar e evite álcool**
   Nas semanas antes e depois da cirurgia.

3. **Medicamentos**
   Informe todos os remédios que usa. Anticoagulantes e antiagregantes, como AAS, clopidogrel e rivaroxabana, só devem ser suspensos com orientação do médico. Anti-hipertensivos geralmente são tomados com um gole de água no dia. Diabéticos devem seguir a orientação específica para o dia da cirurgia.

4. **Jejum de pelo menos 8 horas**
   Para sólidos, salvo orientação diferente da equipe de anestesia.

5. **Preparo intestinal e depilação, só se orientados**
   A depilação, quando necessária, é feita no centro cirúrgico, e não pelo paciente.

6. **No dia**
   Leve documentos, exames e a lista de medicamentos. Retire prótese dentária durante a internação, joias e esmalte.

7. **Em casa**
   Deixe um acompanhante disponível nos primeiros dias, separe roupas largas e tenha absorventes ou fraldas descartáveis masculinas à mão.

SE VOCÊ DESEJA TER FILHOS

Depois da cirurgia não é mais possível ter filhos de forma natural. Converse antes da cirurgia sobre o congelamento de sêmen.

Primeiros dias e alta

Os prazos abaixo são habituais. Seu médico pode ajustá-los ao seu caso.

TEMA	O QUE FAZER
Sonda vesical	Fica por cerca de 7 a 10 dias. Mantenha a bolsa sempre abaixo da bexiga, sem dobras no tubo. Urina rosada ou com pequenos coágulos é comum, assim como algum desconforto na sonda. Beba cerca de 2 litros de líquidos por dia, salvo outra orientação. Em alguns casos é pedido um exame de contraste antes de retirar a sonda.
Dreno	Quando há dreno, ele costuma sair antes da alta ou em poucos dias. Se for para casa com ele, anote o volume de cada dia e mantenha o curativo limpo e seco.
Feridas	Os curativos saem no 5º dia após a cirurgia. Não é preciso evitar que molhem: lave normalmente no banho e seque sem esfregar. Nada de banheira, piscina ou mar até a liberação. Pequena saída de secreção clara ou rosada é possível. Vermelhidão crescente, calor, pus ou febre exigem avaliação.
Dor e gases	Dor leve e barriga inchada são comuns. Use apenas os analgésicos prescritos. Caminhar ajuda a eliminar os gases. Dor no ombro nos primeiros dias vem do gás usado na cirurgia e passa sozinha.

> Antes da alta, a equipe de enfermagem ensina como esvaziar e trocar a bolsa coletora. Se tiver dúvida em casa, fale com a gente.

Recuperação em casa

TEMA	O QUE FAZER
Intestino	Prefira fibras e água para não precisar fazer força ao evacuar. Se precisar de laxante, use o prescrito. Não use supositórios nem lavagem intestinal sem falar com o médico.
Atividade	Caminhe várias vezes por dia desde o primeiro dia. Evite pegar peso acima de 4 a 5 kg e esforço abdominal por 4 a 6 semanas.
Anticoagulante	Depois de cirurgia pélvica por câncer, muitos pacientes usam injeções para prevenir trombose por algumas semanas. Use exatamente como prescrito.
Dieta	Leve nas primeiras 24 horas e depois liberada, com bastante líquido. Evite álcool e fumo.

Retorno às atividades

ATIVIDADE	LIBERAÇÃO
Caminhada	desde o primeiro dia
Dirigir	sem sonda e sem analgésico forte
Trabalho de escritório	2 a 4 semanas
Pegar peso e esforço abdominal	4 a 6 semanas
Atividade sexual	4 a 6 semanas
Atividade física intensa e bicicleta	somente com liberação

Controle da urina

Perder urina depois de tirar a sonda é esperado e costuma melhorar com o tempo. Em uma série de cirurgião experiente em prostatectomia robótica, **83% dos pacientes estavam com a urina controlada em 4 anos**, usando de 0 a 1 absorvente por dia, a grande maioria com fisioterapia pélvica (Eur Urol Focus 2025).

Uma meta-análise de estudos randomizados sugere benefício do treino do assoalho pélvico depois da cirurgia, embora a qualidade da evidência seja baixa (Semin Oncol Nurs 2026).

O QUE AJUDA

Exercícios do assoalho pélvico, o Kegel. Contraia como se segurasse o xixi e os gases, sem contrair abdômen, glúteos ou coxas. Faça as séries diárias conforme o fisioterapeuta. Muitos serviços começam logo após a retirada da sonda.

Fisioterapia pélvica com profissional experiente em pós-prostatectomia.

Absorventes ou fraldas para uso seguro no dia a dia. Anote quantos usa por dia: esse número orienta o médico.

Hidratação normal. Não reduza líquidos para perder menos urina, porque urina muito concentrada irrita a bexiga. Reduza café, álcool e bebidas com gás se piorarem a urgência.

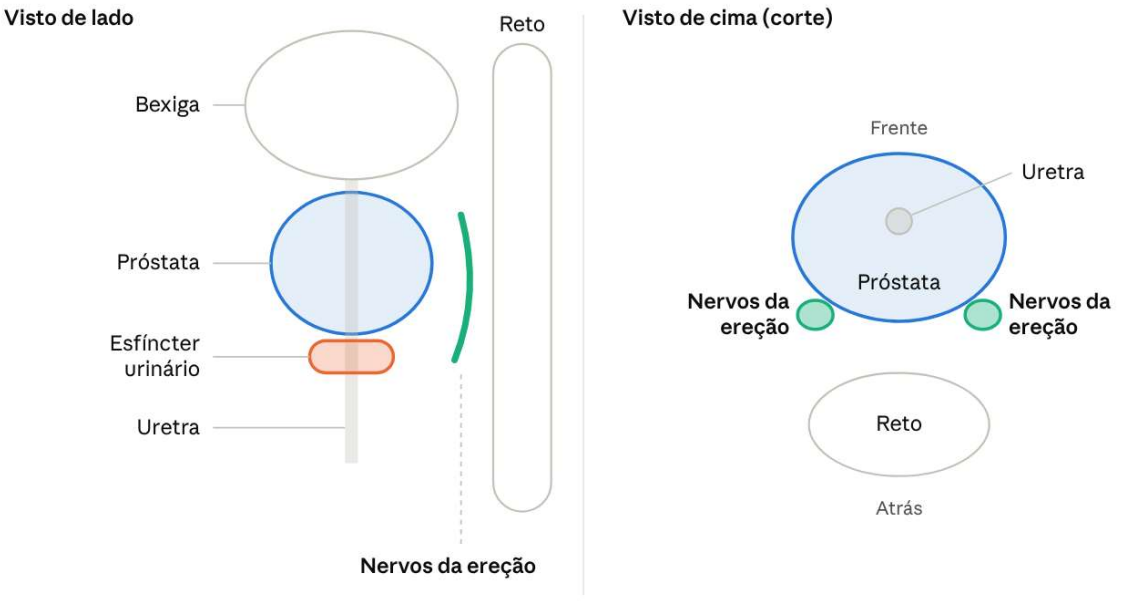
Peso e intestino. Perder peso e evitar prisão de ventre ajudam no controle.

Normalmente a perda diminui aos poucos nos primeiros 3 a 12 meses. Se não houver melhora, ou se piorar, existem outras opções, inclusive procedimentos, que vamos discutir com você.

Nervos da ereção e continência

Onde ficam as estruturas que controlam a urina e a ereção, e o que a cirurgia procura preservar.

Os nervos da ereção e o esfíncter ficam colados à próstata



A próstata fica encostada nos nervos da ereção e logo acima do esfíncter que segura a urina. Por isso, mesmo com técnica cuidadosa, a urina e a ereção podem demorar a se recuperar.

ESFÍNCTER URINÁRIO

Músculo logo abaixo da próstata que segura a urina. É ele que o Kegel e a fisioterapia fortalecem.

FEIXES NEUROVASCULARES

Nervos e vasos da ereção, colados à lateral da próstata. Preservá-los depende da extensão do tumor.

PRESERVAR OU NÃO OS NERVOS

A decisão é tomada antes e durante a cirurgia, conforme a localização e a extensão do tumor. Quando o tumor está muito próximo dos nervos, retirá-los junto é o que garante a segurança do tratamento do câncer. A prioridade é sempre a cura, e a função é preservada sempre que possível.

Função sexual e fertilidade

Os nervos da ereção ficam colados à próstata e sofrem com a cirurgia, mesmo quando são preservados. A ereção costuma ficar fraca ou ausente no início e pode levar de **12 a 24 meses** para se recuperar. Quanto melhor era a ereção antes, mais jovem o paciente e mais completa a preservação dos nervos, maiores as chances. Em alguns casos a disfunção erétil é permanente.

REABILITAÇÃO PENIANA

Usa medicamentos e dispositivos para manter o sangue circulando no pênis enquanto os nervos se recuperam.

Na mesma série, a recuperação da ereção em 48 meses foi de **66% com reabilitação, contra 22% sem** (Eur Urol Focus 2025).

Em um programa dedicado, a combinação de tadalafila, injeção no pênis e aparelho de vácuo chegou a até **80% de recuperação em 2 anos** (Asian J Androl 2025).

Os esquemas mais usados, sempre com prescrição: tadalafila ou sildenafila, injeções intracavernosas e aparelho de vácuo. Converse com o médico sobre quando começar.

OUTROS PONTOS IMPORTANTES

Ejaculação. Não há mais sêmen. O orgasmo pode acontecer, sem saída de líquido.

Tamanho do pênis. Pode haver leve encurtamento percebido. A reabilitação ajuda a limitá-lo.

Hérnia inguinal pode surgir depois da cirurgia. Avise se notar um caroço na virilha.

Fertilidade. Não é mais possível ter filhos de forma natural.

Perda de urina no orgasmo, a climatúria, pode ocorrer e tende a melhorar. Se ocorrer, avise seu urologista.

Intimidade. Converse com quem você divide a vida e procure apoio psicológico ou sexológico se precisar.

Se foi feita a linfadenectomia

Retirar os gânglios da pelve acrescenta alguns riscos, na maioria pequenos e tratáveis.

Linfocele

Acúmulo de linfa na pelve, que costuma aparecer entre 1 e 4 semanas depois da cirurgia. Muitas vezes não dá sintoma e some sozinha. Pode causar inchaço na parte baixa da barriga, dor, aumento da vontade de urinar, inchaço da perna ou febre. Se for grande ou infectar, pode precisar de drenagem.

Linfedema, inchaço de perna, pênis ou escroto

Pode surgir em semanas ou meses. Eleve as pernas ao descansar, caminhe, use meias de compressão se orientado e avise se o inchaço aumentar ou aparecer só de um lado. É raro.

Trombose venosa profunda e embolia pulmonar

O risco é um pouco maior logo depois de cirurgia pélvica por câncer. Caminhe sempre, hidrate-se e use o anticoagulante prescrito. Panturrilha dolorida, inchada e quente, ou falta de ar, dor no peito e batimentos acelerados são emergência.

Dormência na coxa ou na virilha

Comum e geralmente temporária.

> O resultado dos gânglios sai no anatomopatológico e ajuda a definir se haverá tratamento adicional.

Sintomas esperados e riscos

COMUNS NO PÓS-OPERATÓRIO, SEM CONFIGURAR COMPLICAÇÃO

- Dor abdominal leve, gases e barriga distendida
- Náusea ou vômito, principalmente nos primeiros dias. Manejáveis com medicações.
- Intestino irregular por alguns dias
- Pequena quantidade de sangue na urina
- Desconforto com sonda e dreno. Manejaveis com medicação.
- Dormência, inchaço ou manchas roxas perto dos cortes
- Saída de secreção clara ou rosada pelas feridas. Não é um problema.
- Perda de apetite ou de peso discreta e temporária

RISCOS POSSÍVEIS

- **Incontinência urinária**, em geral temporária
- **Disfunção erétil**, temporária ou permanente
- **Sangramento**, com eventual transfusão ou hematoma
- **Estreitamento** entre bexiga e uretra, podendo exigir dilatação
- **Fístula urinária**, com sonda por mais tempo
- **Infecção** da ferida operatória
- **Trombose e embolia pulmonar**
- **Hérnia** no local dos cortes
- **Lesão do reto**, rara, excepcionalmente com colostomia temporária
- **Lesão de vasos, intestino ou ureter**
- **Conversão para cirurgia aberta**, por dificuldade técnica ou sangramento
- **Efeitos do posicionamento** na mesa cirúrgica

Não existe garantia absoluta de cura do câncer, e pode haver necessidade de tratamento complementar no futuro. Os riscos completos estão descritos no termo de consentimento, que é lido e assinado antes da cirurgia.

Acompanhamento depois da cirurgia

QUANDO	O QUE ACONTECE
1 a 2 semanas	Consulta para ver as feridas, retirar a sonda, se ainda não foi retirada, e receber o resultado do anatomopatológico.
4 semanas	Primeiro PSA depois da cirurgia. Com a próstata retirada por completo, o PSA deve ficar muito baixo ou indetectável.
4 a 6 semanas	Avaliação da urina e da ereção, liberação gradual das atividades e início ou ajuste da reabilitação peniana.
A cada 3 a 6 meses no 1º ano	PSA e consultas, com intervalos ajustados ao seu risco. Depois, o intervalo aumenta.
Se o PSA subir	Pode ser necessário exame de imagem e tratamento complementar, como radioterapia ou hormonioterapia. Isso não significa que a cirurgia falhou, e vamos explicar as opções.

> Em cada consulta, traga a lista de medicamentos, o diário de absorventes e as suas dúvidas. Sempre que possível, faça o PSA no mesmo laboratório.

SINAIS DE ALERTA

Fale com seu médico imediatamente se:

- Febre acima de 37,8 graus, calafrios ou mal-estar intenso
- Dor, calor e inchaço em uma perna, principalmente na panturrilha
- Sangramento vivo, coágulos que entopem a sonda ou urina vermelho-escura persistente
- Ferida vermelha, quente, com pus ou que abriu
- Não conseguir urinar depois de retirar a sonda
- Falta de ar, dor no peito, desmaio ou batimentos muito acelerados
- Sonda que parou de drenar, com dor e vontade intensa de urinar, ou que saiu sozinha
- Dor abdominal forte que não melhora, vômitos persistentes ou barriga muito distendida
- Saída de fezes ou gases pela urina ou pela ferida

Sem urgência, avise pelo WhatsApp: controle da urina que piora, inchaço leve na perna ou nos genitais, dor ao urinar, prisão de ventre por mais de 3 dias ou dúvida sobre medicamentos.

Em caso de dúvida ou intercorrência, fale com a equipe:

WhatsApp · (11) 96592-3055

CLINIQUE RENOIR · COTIA

Estrada do Capuava, 4571, 1º andar
Cotia · SP · Seg a sex, 8h às 17h

CLÍNICA UROONCO · SÃO PAULO

R. Borges Lagoa, 1070, cj 131
Vila Clementino · SP · Seg a sex, 8h às 18h

Dr. Rafael Ernst Grunewald · Urologia, Cirurgia Robótica e Uro-oncologia · CRM 201112 · RQE 124579
@rafaelgrunewald.uro · drrafaelgrunewald.com.br · Material educativo. Não substitui a orientação individual do seu médico.