

A PARTIR DO DIA 45

Acompanhamento Oncológico Pós-Cirurgia

PSA · Vigilância Oncológica · 5 Anos de Seguimento

Baseado nas diretrizes NCCN 2024 — Prostate Cancer

Você fez a cirurgia. Agora começa a fase mais importante:
o acompanhamento que vai confirmar o seu controle oncológico.

Dr. Bruno Benigno

Urologista e Uro-oncologista · CRM-SP
Clínica Uro Onco — São Paulo

ÍNDICE

O que você vai encontrar neste guia

Capítulo 1

Um momento decisivo da sua jornada — D+45

O que está acontecendo agora e por que o acompanhamento oncológico é fundamental.

Capítulo 2

O PSA — O marcador que vai guiar tudo

PSA indetectável, cinética do PSA, limites de referência e o que cada resultado significa.

Capítulo 3

Calendário de acompanhamento — 5 anos (NCCN 2024)

Cronograma completo de consultas, exames e vigilância oncológica baseado nas diretrizes internacionais.

Capítulo 4

Entendendo seu resultado anatomopatológico

Gleason/ISUP, estadiamento patológico, margens e o que cada dado significa para o seu prognóstico.

Capítulo 5

Recidiva bioquímica — o que é e o que fazer

Definição, detecção precoce, investigação com PET-PSMA e opções terapêuticas de resgate.

Capítulo 6

Recuperação funcional — continência e sexualidade

Progressão esperada da continência, fisioterapia pélvica e reabilitação da função erétil.

Capítulo 7

Estilo de vida como parte do tratamento

Evidências científicas sobre atividade física, alimentação e saúde mental no pós-operatório.

Capítulo 8

Seus próximos passos

Agenda de consultas, sua equipe multidisciplinar e canais de contato.

CAPÍTULO 1

Um momento decisivo da sua jornada — D+45

Você chegou a um marco importante. O D+45 marca o início do seu **acompanhamento oncológico estruturado** — a fase em que vamos monitorar sistematicamente se o câncer de próstata foi completamente controlado pela cirurgia.

A prostatectomia radical robótica remove a próstata com intenção curativa. A grande maioria dos pacientes alcança cura completa. Mas para confirmar isso com segurança científica, precisamos acompanhar o PSA (Antígeno Prostático Específico) ao longo do tempo — e esse é o pilar central desta fase.

O que muda a partir de agora

- **Fase aguda superada** — o cateter foi retirado, as incisões estão curadas e você está retomando suas atividades normais.
- **Foco oncológico** — o objetivo agora é confirmar a ausência do câncer por meio do PSA e do acompanhamento clínico regular.
- **Recuperação funcional contínua** — a continência urinária e a função erétil continuam melhorando ao longo dos próximos 12 a 24 meses.
- **Acompanhamento de longo prazo** — as diretrizes internacionais recomendam vigilância por pelo menos 5 anos após a cirurgia.

◆ DESTAQUE — Por que o D+45 é importante?

Neste momento, o PSA já deve ter tempo suficiente para cair ao nível indetectável. Realizar o primeiro PSA pós-operatório agora nos dá a referência oncológica inicial essencial para todo o seguimento futuro.

Panorama do seguimento oncológico

Fase	Período	Objetivo principal
Inicial	D+45 a D+180	Confirmar PSA indetectável; avaliar continência
Vigilância ativa	6 meses a 2 anos	PSA estável; recuperação funcional completa

Fase	Período	Objetivo principal
Seguimento de médio prazo	2 a 5 anos	PSA semestral; detecção precoce de recidiva
Longo prazo	>5 anos	PSA anual; vigilância contínua de por vida

CAPÍTULO 2

O PSA — O marcador que vai guiar tudo

O **PSA (Antígeno Prostático Específico)** é uma proteína produzida exclusivamente pelo tecido prostático. Após a prostatectomia radical — com a remoção total da próstata — o PSA deve **cair a níveis indetectáveis**. Por isso, ele é o marcador mais sensível de controle oncológico.

PSA indetectável — o que significa

✓ ATENÇÃO POSITIVA — PSA indetectável: definição técnica

Após a prostatectomia, o PSA deve cair abaixo de **0,1 ng/mL** — preferencialmente $< 0,05$ ng/mL quando usamos o **PSA ultrasensível**. Este resultado confirma que não há tecido prostático produtor de PSA residual no seu organismo.

A maioria dos laboratórios de referência oferece o **PSA ultrasensível**, com sensibilidade de 0,01 ng/mL. Ele permite detectar qualquer elevação muito antes que se torne clinicamente relevante — e é o exame recomendado pela Clínica Uro Onco para todo o seu acompanhamento.

Como interpretar o seu resultado

Resultado do PSA	Interpretação	Conduta
$< 0,1$ ng/mL (indetectável)	Controle oncológico adequado	Manter calendário padrão de vigilância
0,1 a 0,19 ng/mL	Área de atenção — monitoramento mais frequente	Repetir PSA em 3 meses; avaliar com Dr. Bruno
$\geq 0,2$ ng/mL (confirmado 2x)	Recidiva bioquímica — exige investigação	Avaliação oncológica + PET-PSMA (ver Cap. 5)

Cinética do PSA — velocidade e tempo de duplicação

Tão importante quanto o valor absoluto do PSA é o seu **comportamento ao longo do tempo**. Dois conceitos são fundamentais:

PSA Doubling Time (tempo de duplicação — PSADT)

Tempo necessário para o PSA dobrar de valor. É um indicador prognóstico poderoso:

- **PSADT > 12 meses** — recidiva de comportamento lento, geralmente local. Tratamento de resgate com alta chance de cura.
- **PSADT entre 3 e 12 meses** — risco intermediário. Investigação cuidadosa com PET-PSMA.
- **PSADT < 3 meses** — comportamento mais agressivo, possivelmente metastático. Investigação e tratamento imediatos.

PSA Velocity (velocidade de subida — PSAV)

Taxa de aumento do PSA por ano. Valores acima de **0,75 ng/mL/ano** são considerados clinicamente significativos.

◆ **DESTAQUE — Registre sempre o valor do PSA e a data**

Guarde os resultados de todos os seus exames de PSA. A cinética — a curva de comportamento ao longo do tempo — é mais informativa do que qualquer valor isolado.

CAPÍTULO 3

Calendário de Acompanhamento — 5 anos (NCCN 2024)

As diretrizes do **NCCN (National Comprehensive Cancer Network) 2024** para câncer de próstata definem um protocolo claro de vigilância oncológica após a prostatectomia radical. Abaixo está o seu calendário de acompanhamento personalizado.

Cronograma estruturado de seguimento

Período	Exame / Consulta	Objetivo
D+45 (Esta consulta)	PSA ultrasensível + Consulta com Dr. Bruno	Primeira avaliação oncológica; baseline do PSA
D+90 (3 meses)	PSA ultrasensível	Confirmar PSA indetectável; avaliar continência e função erétil
D+180 (6 meses)	PSA ultrasensível + Consulta	Vigilância semestral; avaliar qualidade de vida
Ano 1 e 2 (a cada 6 m)	PSA ultrasensível + Consulta semestral	Confirmar estabilidade oncológica; recuperação funcional
Ano 3 a 5 (a cada 6 m)	PSA ultrasensível + Consulta semestral	Vigilância contínua; detecção precoce de recidiva
Após 5 anos (anual)	PSA anual + Consulta anual	Seguimento de longo prazo; PSA por tempo indeterminado

■ SAIBA MAIS — Exames de imagem — quando são necessários?

O NCCN **não recomenda exames de imagem de rotina** (cintilografia, tomografia, PET-PSMA) quando o PSA está indetectável. Eles são indicados apenas se houver elevação do PSA ou suspeita de recidiva. PSA indetectável = sem indicação de imagem.

Exames laboratoriais complementares

Além do PSA, alguns exames podem ser solicitados ao longo do acompanhamento, dependendo do seu quadro clínico:

- **Testosterona sérica** — especialmente se houver indicação de hormonioterapia futura ou para avaliação da função sexual
- **Hemograma e bioquímica** — controle geral de saúde, principalmente se em uso de medicamentos
- **Densitometria óssea** — se houver uso de bloqueio hormonal (risco de osteoporose)
- **PSA frações / PHI** — em situações específicas, conforme critério do Dr. Bruno

CAPÍTULO 4

Entendendo o Resultado Anatomopatológico

O **laudo anatomopatológico** da peça cirúrgica — a próstata removida — contém informações essenciais sobre o seu diagnóstico definitivo. Vamos explicar os termos mais importantes e o que cada um significa para o seu prognóstico.

Grau Histológico — Gleason e ISUP Grade Group

O sistema de Gleason — atualizado como **ISUP Grade Group** — classifica a agressividade do câncer com base no padrão microscópico das células tumorais. Quanto maior o grau, mais agressivo o tumor.

ISUP Grade Group	Gleason equivalente	Agressividade	Prognóstico geral
Grade 1	Gleason 6 (3+3)	Baixa	Excelente
Grade 2	Gleason 7 (3+4)	Intermediária favorável	Muito bom
Grade 3	Gleason 7 (4+3)	Intermediária desfavorável	Bom
Grade 4	Gleason 8 (4+4)	Alta	Requer vigilância estreita
Grade 5	Gleason 9-10	Muito alta	Seguimento agressivo

Estadiamento Patológico (pT e pN)

O prefixo "**p**" indica estadiamento *patológico* — baseado na análise da peça cirúrgica, mais preciso do que o estadiamento clínico pré-operatório.

- **pT2** — Tumor confinado à próstata — a situação mais favorável. As margens são o fator mais importante a avaliar.
- **pT3a** — Extensão extracapsular — o tumor ultrapassou a cápsula prostática, mas sem invadir vesículas seminais. Margens são críticas.
- **pT3b** — Invasão das vesículas seminais — risco mais elevado de recidiva. Geralmente indica necessidade de vigilância estreita e possível radioterapia adjuvante ou de salvamento.
- **pN0** — Linfonodos negativos — nenhuma célula tumoral nos gânglios removidos. Prognóstico mais favorável.

- **pN1** — Linfonodos positivos — células tumorais identificadas. Indica doença de risco alto; discussão de terapia adjuvante.

Margens Cirúrgicas

✓ ATENÇÃO POSITIVA — Margem negativa (R0)

A mais favorável. Não há células tumorais nas bordas da peça cirúrgica. Indica que o tumor foi removido com boa margem de segurança.

■ ATENÇÃO — Margem positiva (R1)

Células tumorais identificadas na borda do tecido removido. **Não significa que o câncer permaneceu no corpo**, mas aumenta o risco de recidiva — e pode indicar necessidade de radioterapia de salvamento, dependendo do PSA e de outros fatores.

CAPÍTULO 5

Recidiva Bioquímica — O que É e o que Fazer

A **recidiva bioquímica** é o retorno detectável do PSA após um período de indetectabilidade. É o primeiro sinal de que células tumorais ainda podem estar presentes no organismo — e a boa notícia é que, quando detectada precocemente, tem alta chance de tratamento curativo.

Definição — Quando falamos em recidiva

■ **SAIBA MAIS — Critério ASTRO/Phoenix — aceito internacionalmente**

Recidiva bioquímica = PSA \geq 0,2 ng/mL confirmado em **duas medidas consecutivas** com intervalo de pelo menos 3 semanas. Um único valor elevado não define recidiva — é necessária a confirmação.

Muitos centros de excelência utilizam o critério mais precoce de PSA $>$ 0,1 ng/mL para iniciar a investigação, pois o tratamento mais cedo — com PSA ainda baixo — tem maiores chances de sucesso.

Investigação — PET-PSMA

O **PET-PSMA** (tomografia por emissão de pósitrons com marcador prostático — PSMA) é o exame de escolha para investigação da recidiva bioquímica. Suas vantagens em relação à cintilografia e tomografia convencional são expressivas:

- **Alta sensibilidade** — capaz de detectar lesões com PSA tão baixo quanto 0,1–0,2 ng/mL
- **Deteção precoce** — identifica metástases antes que se tornem visíveis em exames convencionais
- **Localização precisa** — diferencia recidiva local (loja prostática) de doença linfonodal ou à distância
- **Guia o tratamento** — o local da recidiva define a estratégia terapêutica ideal

O que fazer em caso de recidiva — NCCN 2024

Cenário	Tipo provável	Opção principal (NCCN)
Recidiva local (loja prostática)	Células residuais no leito cirúrgico	Radioterapia de salvamento (SRT) — alta chance curativa
Recidiva linfonodal limitada	Gânglios pélvicos/retroperitoneais	RT + possível hormonioterapia (ADT) curta

Cenário	Tipo provável	Opção principal (NCCN)
Recidiva metastática	Múltiplas lesões à distância	ADT ± terapias intensificadoras (enzalutamida, abiraterona)

✓ **ATENÇÃO POSITIVA — A detecção precoce é decisiva**

Quanto mais baixo o PSA no momento da recidiva, maiores as chances de tratamento curativo. Por isso o calendário de acompanhamento rigoroso é tão importante. A maioria dos pacientes com recidiva detectada precocemente alcança controle duradouro da doença.

CAPÍTULO 6

Recuperação Funcional — Continência e Sexualidade

A recuperação funcional após a prostatectomia é um processo progressivo. A continência urinária e a função erétil continuam melhorando por 12 a 24 meses após a cirurgia, com o suporte adequado da equipe multidisciplinar.

Continência Urinária

A incontinência urinária após a prostatectomia é causada pela readaptação do esfíncter urinário externo ao novo ponto de continência. Com fisioterapia e tempo, a grande maioria dos pacientes recupera o controle completo.

Momento	Expectativa (evidências)
D+7 (retirada do cateter)	Início da incontinência transitória — esperada e tratável
1 mês	40 a 60% dos pacientes com continência completa ou mínimos escapes
3 meses	60 a 75% continentemente (0–1 absorvente/dia)
6 meses	75 a 85% continentemente
12 meses	85 a 95% dos pacientes com continência completa
24 meses	Resultado final — 90 a 97% dos pacientes continentemente

◆ DESTAQUE — Fisioterapia pélvica com Dalila Duarte

Nossa equipe conta com **Dalila Duarte**, fisioterapeuta especializada em reabilitação pélvica pós-prostatectomia. As sessões incluem biofeedback, eletroestimulação e protocolo progressivo de Kegel — com resultados comprovados na redução do tempo de recuperação da continência.

Função Erétil e Reabilitação Sexual

A recuperação da função erétil após a prostatectomia depende de múltiplos fatores: técnica cirúrgica (preservação de nervos), idade, função erétil pré-operatória e adesão ao programa de reabilitação. Com a cirurgia robótica com preservação nervosa bilateral, as taxas de recuperação são significativamente melhores.

Programa de Reabilitação Peniana

- **Inibidores de PDE-5 (sildenafil, tadalafil)** — início precoce, geralmente a partir de D+30, conforme prescrição. O uso diário de tadalafil 5 mg tem evidência robusta para reabilitação peniana.
- **Dispositivo de ereção a vácuo** — auxilia na oxigenação e elasticidade dos tecidos penianos durante a recuperação nervosa.
- **Alprostadil intracavernoso** — opção para casos específicos com baixa resposta aos medicamentos orais.
- **Prótese peniana** — alternativa cirúrgica de alta eficácia para pacientes que não responderam às terapias conservadoras após 18-24 meses.

■ SAIBA MAIS — Expectativas realistas e parceria

A recuperação da função erétil é um processo de 12 a 36 meses. O envolvimento do parceiro(a) neste processo é muito importante. Converse com o Dr. Bruno sobre suas expectativas e possibilidades — existem soluções eficazes para cada fase.

CAPÍTULO 7

Estilo de Vida como Parte do Tratamento

As evidências científicas são contundentes: **hábitos de vida saudáveis reduzem o risco de recidiva do câncer de próstata e melhoram a qualidade de vida.** O estilo de vida é parte integrante do seu tratamento oncológico.

Atividade Física

✓ **ATENÇÃO POSITIVA — Evidência Nível 1 — NCCN e AUA recomendam**

A atividade física regular reduz o risco de progressão do câncer de próstata, melhora a função cardíaca, previne osteoporose (especialmente se em ADT), reduz a fadiga oncológica e melhora o humor e a autoestima.

- **Aeróbico moderado:** 150 min/semana de caminhada rápida, natação ou ciclismo
- **Musculação:** 2 a 3 vezes/semana — manutenção da massa muscular (especialmente importante se em uso de hormonioterapia)
- **Exercícios de equilíbrio e flexibilidade:** yoga, pilates — contribuem para a continência e bem-estar
- **Início gradual** — respeite os limites do seu corpo e aumente a intensidade progressivamente com a liberação do Dr. Bruno

Alimentação

Não existe uma "dieta anticâncer" comprovada, mas há padrões alimentares associados a melhores desfechos oncológicos:

- **Dieta mediterrânea** — azeite, peixes, vegetais, leguminosas, grãos integrais. Associada a menor risco de progressão.
- **Tomate e licopeno** — evidências preliminares favoráveis no câncer de próstata. Tomate cozido com azeite tem melhor absorção.
- **Soja e isoflavonas** — associadas a efeitos protetores. Consumo moderado em alimentos naturais é seguro.
- **Limitar carnes vermelhas e processadas** — associação com pior prognóstico em câncer de próstata de alto risco.
- **Manter peso adequado** — obesidade está associada a maior risco de doença agressiva e recidiva.

Saúde Mental

O diagnóstico e o tratamento do câncer de próstata impactam significativamente a saúde emocional. Ansiedade, mudanças na identidade masculina e preocupações com o futuro são reações **normais e esperadas**.

- Converse com o Dr. Bruno sobre como está se sentindo emocionalmente
- Grupos de apoio a pacientes com câncer de próstata — relatos mostram benefícios psicológicos comprovados
- Psicólogo especializado em oncologia — parte do cuidado integral
- Manter rede de apoio ativa: família, amigos, parceiro(a)
- Evitar isolamento e negação — abordar as questões abertamente traz melhores resultados

■ ATENÇÃO — Álcool e tabagismo

O tabagismo está associado a pior prognóstico em câncer de próstata e deve ser evitado. O álcool, quando consumido, deve ser em quantidades muito moderadas. Converse com sua equipe sobre essas questões sem hesitar.

CAPÍTULO 8

Seus Próximos Passos

Aqui está um resumo prático de tudo que você precisa organizar para dar continuidade ao seu acompanhamento oncológico com segurança e tranquilidade.

Agenda Imediata — O que fazer agora

1. Realizar o PSA ultrasensível

Se ainda não realizou: solicitar pedido ao Dr. Bruno ou realizar em laboratório de referência.

2. Agendar a próxima consulta (D+90)

Programar para aproximadamente 45 dias a partir desta consulta. Levar o resultado do PSA impresso.

3. Iniciar ou manter a fisioterapia pélvica

Se ainda não iniciou com Dalila Duarte, solicitar encaminhamento nesta consulta.

4. Organizar seus laudos e exames

Guardar todos os resultados de PSA com data em ordem cronológica. Eles serão essenciais para monitorar a cinética.

5. Informar-se sobre reabilitação sexual

Se ainda não discutiu o programa de reabilitação da função erétil, traga o assunto nesta consulta.

Sua Equipe Multidisciplinar

Dr. Bruno Benigno — Urologista e Uro-oncologista

Responsável pelo acompanhamento cirúrgico e oncológico: PSA, continência, função erétil, decisões terapêuticas.

Dra. Lúgia — Oncologista Clínica

Avaliação oncológica complementar — especialmente em casos de margens positivas, pN1 ou recidiva bioquímica.

Dalila Duarte — Fisioterapeuta Pélvica

Reabilitação do assoalho pélvico, protocolo de Kegel supervisionado, eletroestimulação e biofeedback.

Dra. Rayara Porto — Cardiologista

Avaliação cardiovascular — especialmente importante se houver indicação de hormonioterapia (ADT) futura.

Canais da Clínica Uro Onco

■ SAIBA MAIS — Contatos e canais oficiais

Site: clinicauroonco.com.br

Blog médico: clinicauroonco.com.br/blog

Instagram: @dr_benigno

YouTube: @dr_benigno (mais de 1.000 vídeos educativos)

Para urgências ou dúvidas, utilize os canais disponibilizados pela equipe da clínica no momento da sua consulta.

"Competência que acolhe.

Ciência que explica.

Cuidado que transforma."

Clínica Uro Onco — Dr. Bruno Benigno · São Paulo · 2026