

Dr. Eduardo Miranda

Vida sexual e câncer de próstata

Vida Escrita

Vida sexual e câncer de próstata

Dr. Eduardo Miranda

**Vida sexual
e câncer
de próstata**

Vida Escrita

Copyright © 2021 by Dr. Eduardo Miranda

Texto: Eduardo Miranda

Revisão: Ana Carolina Martins

Ilustrações: Boston Scientific

Capa e projeto gráfico: Vida Escrita (19)99217-7849

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(BENITEZ Catalogação Ass. Editorial, MS, Brasil)

M89v Miranda, Eduardo

1.ed. Vida sexual e câncer de próstata [livro eletrônico] /
Eduardo Miranda. – 1.ed. – Brasília, DF : Vida Escrita,
2021.

PDF.

Bibliografia.

ISBN : 978-65-997080-1-5

1. Câncer. 2. Câncer de próstata. 3. Vida sexual.

I. Título.

01-2022/28

C

DD 616.65

Índice para catálogo sistemático:

1. Câncer de próstata : Vida sexual 616.65

Bibliotecária : Aline Grazielle Benitez CRB-1/3129

Sumário

1. INTRODUÇÃO – Pág.: 7
2. O DIAGNÓSTICO – Pág.: 13
3. TIPOS DE TRATAMENTO – Pág.: 19
4. SUPORTE DA PARCERIA – Pág.: 27
5. O FANTASMA DA DISFUNÇÃO ERÉTIL – Pág.: 33
6. OPÇÕES DE TRATAMENTO: COMPRIMIDOS, INJEÇÕES, CREMES E BOMBAS A VÁCUO – Pág.: 41
7. ENCURTAMENTO PENIANO APÓS CIRURGIA: COMO PREVENIR? – Pág.: 49
8. DEFORMIDADES PENIANAS E O DOUTOR PEYRONIE – Pág.: 55
9. O MITO DA PRÓTESE PENIANA – Pág.:61
10. TIPOS DE PRÓTESES DISPONÍVEIS – Pág.: 67
11. O ANTES E DEPOIS DA PRÓTESE PENIANA – Pág.: 75
12. INCONTINÊNCIA URINÁRIA SEXUAL – Pág.: 79
13. COMO MANTER O DESEJO SEXUAL? – Pág.: 85
14. A PRÓSTATA E O ORGASMO – Pág.: 91
15. CANCER DE PRÓSTATA E FERTILIDADE – Pág.: 97
16. BLOQUEIO HORMONAL E SEXO: UMA COMBINAÇÃO IMPROVÁVEL – Pág.: 103
17. REABILITAÇÃO SEXUAL PRECOCE – Pág.: 109
18. PERGUNTAS E RESPOSTAS – Pág.: 115
19. CONSIDERAÇÕES FINAIS – Pág.: 123

Introdução

O propósito deste livro é o de compartilhar os conhecimentos adquiridos nos meus anos de atuação como médico urologista e andrologista.

A andrologia é uma subespecialidade da urologia que trata das disfunções sexuais e reprodutivas dos homens. Essa atuação envolve ainda conhecimentos importantes sobre a natureza humana, uma vez que é preciso lidar com as inquietações e expectativas dos pacientes.

Sabe-se que o câncer de próstata está fortemente ligado a problemas dessa natureza, uma vez que produz diversas reações físicas e emocionais desde os primeiros momentos de convívio com a doença. Infelizmente, o câncer de próstata ainda apresenta altos índices de mortalidade, porém, com sua detecção precoce e os tratamentos disponíveis, estamos obtendo índices de sobrevivência cada vez maiores.

A próstata é a glândula responsável pela produção de sêmen e ocupa também um papel central no funcionamento da sexualidade masculina. Os nervos responsáveis pela ereção estão em contato íntimo com esse órgão, de forma que os tratamentos para combater o câncer de próstata podem levar a um dano irreversível de tais estruturas. Além disso, a próstata pode estar associada a sensações de prazer durante as contrações musculares que acontecem durante o orgasmo.

Desse modo, alguns procedimentos cirúrgicos e ablativos direcionados à próstata terão, inevitavelmente, reflexo na atividade sexual masculina. Além do medo de recidiva e pro-

gressão da doença, muitos pacientes terão que conviver com queixas sexuais por toda a vida e, muitas vezes, não receberão o devido suporte, visto que tais temas não são comumente compartilhados e acabam se tornando tabus entre a maioria dos homens.

Ansiedade, medo, tristeza e incertezas são exemplos de situações vivenciadas por quem enfrenta o problema, que acabam se refletindo diretamente no seu desempenho sexual, entre outras consequências.

É por esse motivo que resolvi desenvolver este trabalho, para tentar mostrar às pessoas que passam por essa condição que não precisam sofrer caladas. É meu intuito desmitificar o fantasma das disfunções sexuais, esclarecendo conceitos, diferenciando o que é esperado e irreversível do que é passível de mudança, enfim, mergulhar nesse assunto de forma clara e objetiva.

Um dos tópicos que abordaremos nos próximos capítulos será a disfunção erétil, condição que, apesar de afetar milhões de homens, apenas 30% receberão algum tipo de tratamento. Suponho que isso aconteça pelo receio de encarar o problema, prevalecendo a postura cultural do que é “ser homem”, “ser macho”, resultando na postergação indefinidamente do seu tratamento.

É fundamental que os homens passem a aceitar sua falibilidade e busquem as melhores opções para corrigir o problema, de modo a recuperarem o desempenho sexual desejado.

O câncer, nas suas várias vertentes, está cada vez mais presente no cotidiano da população em todo o mundo. O enfrentamento com coragem da doença e dos seus possíveis desdobramentos está diretamente relacionado a uma sobrevida feliz e produtiva.

Espero que o livro possa ajudar a compreender que as mudanças na vida sexual trazida pelo câncer de próstata não são um “bicho de sete cabeças” e que vale a pena entender todas nuances para lidar da melhor forma possível com essa realidade. Ótima leitura!

Dr. Eduardo Miranda



Capítulo 2

O diagnóstico

No atendimento clínico, uma das etapas mais delicadas do nosso trabalho como médico é dar o diagnóstico de câncer de próstata para o paciente. Nesse momento, ficamos diante de um indivíduo que levava sua vida normalmente e, de repente, depara-se com uma situação que traz consigo diversas incertezas. Ele, então, tem de processar ao mesmo tempo a ideia de enfrentar uma doença com risco de ser letal e a possibilidade de ter sequelas.

Essa situação costuma gerar um profundo sofrimento, que, apesar de compreensível, acaba levando a inquietações que poderão interferir diretamente na sua vida sexual. Esse primeiro momento é uma oportunidade adequada para que haja um acolhimento daquele indivíduo e de todos os seus anseios, juntamente com o oferecimento de orientações e a transmissão do sentimento de esperança por parte do profissional. Mediante o devido esclarecimento, certamente ocorre uma redução significativa dos sentimentos negativos preliminares, ajudando o homem a enfrentar a situação com maior disposição e confiança, acreditando que poderá superá-la da melhor forma. Apesar de singelo, esse primeiro momento pode ser decisivo para o indivíduo que recebe a notícia e pode fazer a diferença no seu modo de enfrentamento deste grande obstáculo.

Na grande maioria dos casos, o câncer de próstata é uma doença indolente e de baixa agressividade, ou seja, cresce devagar e, geralmente, não causa nenhum sintoma. Por isso,

comumente, somente é identificado por meio de exames de rastreamento, através do exame de toque retal e de um exame de sangue chamado PSA, que vem do inglês e significa antígeno prostático específico e nada mais é do que uma proteína cuja função é impedir a coagulação do sêmen. Inclusive, o diagnóstico precoce é eficiente ferramenta para diminuir drasticamente a sua letalidade. A Sociedade Brasileira de Urologia recomenda que o rastreamento de câncer de próstata seja feito a partir dos 50 anos. Se houver histórico familiar de primeiro grau, o mesmo deverá se iniciar pelo menos 5 anos antes.

Vale ressaltar que um eventual tumor se localiza numa região de próstata que não costuma atrapalhar a função dos nervos responsáveis pela ereção nem tampouco interfere na produção do sêmen ou nos níveis de testosterona. Logo, o câncer em si não costuma ter um impacto negativo direto no desejo sexual, na qualidade das ereções ou na capacidade de se ter um orgasmo e ejacular sêmen.

Contudo, mesmo tendo todas essas informações fornecidas pelo médico, a notícia da presença do câncer de próstata, efetivamente mexe nas estruturas emocionais do paciente, gerando, inclusive, maior liberação de adrenalina no sangue. Isto suscita inevitavelmente prejuízos à atuação sexual masculina, especialmente por existir no inconsciente coletivo da população o “fantasma” de que será decretado o fim da sua vida sexual.

Felizmente, isso não passa de um mito, tendo em vista que não será essa a obrigatória realidade para a maioria dos homens que recebem o tão temido diagnóstico. Tenho inclusive notado que muitos chegam até a melhorar a sua qualidade de vida sexual após a detecção do câncer de próstata, pois passam a se cuidar melhor em vários aspectos, físicos e emocionais. Quero dizer que é perfeitamente possível ao paciente que teve câncer de próstata desfrutar de uma vida plena, como qualquer outro homem. É ainda provável que possa ir até o fim de sua vida normalmente, sem que a doença apresse a morte antes do devido tempo, já que, quando descoberto e tratado no início, as chances de cura do câncer de próstata chegam à ordem de 90%. Essa é a mensagem que gostaria de deixar aos leitores e familiares daqueles que receberam recentemente o diagnóstico.

Alguns cânceres de baixa agressividade exigem apenas uma vigilância ativa, sem qualquer alteração na rotina pessoal, profissional e sexual. Vale ainda ressaltar que muitos dos casos mais agressivos de câncer de próstata só acontecem porque certos pacientes, com medo de um possível diagnóstico, evitam fazer o rastreamento e eventual tratamento, que estão cada vez mais sofisticados, eficientes e menos invasivos. Tenho claro que esse assunto é complexo e delicado, não sendo fácil lidar com uma notícia assim, que cai como uma bomba na vida de qualquer pessoa. Tato e sensibilidade são fundamentais para que os profissionais de saúde possam comunicar um

diagnóstico como esse ao paciente, dado o peso que isso terá na vida de inúmeras pessoas, além de todos os pensamentos que derivarão em seguida.

Porém, fica evidente que não será o fim do mundo, porque o médico devidamente preparado poderá disponibilizar ao paciente um tratamento com o que existe de mais avançado na medicina e, assim, ele disporá de todas as condições para manter sua rotina pessoal e sexual com plena normalidade, com o mínimo de turbulências.

É importante confiar no médico e seguir fielmente todas as recomendações a fim de evitar surpresas desagradáveis no futuro.

Por fim, recomendo reiteradamente aos pacientes que compartilhem essa situação com suas companheiras ou companheiros de vida íntima, para que juntos possam lidar com os procedimentos a serem seguidos. Em outras palavras, incentivo a percepção de que o problema pode ser encarado como uma oportunidade para se aproximarem e se conhecerem ainda melhor.

Novos avanços surgem a cada dia na nossa área, em termos de tecnologia e medicamentos, o que nos permite cuidar dos nossos pacientes com uma eficiência cada vez maior, desde o momento do diagnóstico até o final do tratamento, quando se fizer necessário.

Capítulo 3

Tipos de tratamiento

Quando o câncer de próstata é diagnosticado, o tratamento indicado pelo médico vai depender basicamente do estágio de desenvolvimento do tumor, ou seja, se está confinado à próstata ou se já se expandiu para outros órgãos.

Felizmente, é possível afirmar que, na maioria dos casos, a doença é descoberta em sua fase local (não disseminada). Caso exista uma característica mais indolente e menos agressiva, normalmente é recomendado o tratamento de vigilância ativa, que consiste no acompanhamento seriado do tumor a cada 6 meses, através de ultrassom e biópsias, sem nenhuma intervenção direta. Desse modo, é possível adiar tratamentos mais invasivos de imediato, evitando possíveis efeitos colaterais indesejados nesse momento, sobretudo os relacionados ao funcionamento urinário e sexual do homem.

Assim, a vigilância ativa permite ao paciente continuar com suas rotinas habituais, realizando apenas o monitoramento no período indicado. No entanto, essa modalidade de tratamento é uma possibilidade restrita a uma parcela dos pacientes que apresentam quadros mais leves e iniciais. Em outras palavras, é uma opção para quem pode, não para quem quer.

É curioso observarmos como os conceitos de tratamento da próstata diferem dos de outros órgãos. Por exemplo, se for identificado um nódulo no fígado, retira-se o nódulo – e esse conceito é verdadeiro para a maioria dos órgãos sólidos. Já com a próstata, ao se identificar uma lesão, o mais indicado

é a extirpação de toda a glândula. Essa diferença se deve a múltiplos fatores, como às pequenas dimensões deste órgão e a características muitas vezes multifocais dos tumores.

Para aqueles pacientes com doença restrita à próstata e que não são candidatos à vigilância ativa, costuma-se indicar cirurgia radical da próstata ou radioterapia. A cirurgia de retirada da próstata é denominada de prostatectomia radical, em que todo o órgão é retirado e o fluxo urinário é reconstruído com uma costura entre a bexiga e o canal da urina (uretra).

Do ponto de vista sexual, a prostatectomia radical costuma acarretar algum grau de disfunção erétil, considerando-se que a manipulação da cápsula da próstata pode causar danos aos nervos durante o procedimento cirúrgico. É importante salientar que parte dessa lesão pode ser regenerada, com recuperação da qualidade das ereções durante os primeiros dois anos que se seguem à cirurgia.

Já a radioterapia direciona feixes de radiação de alta energia para “queimar” a próstata, utilizando-se, atualmente, equipamentos com foco mais preciso e eficiente. Esses avanços nos aparelhos de radioterapia melhoraram os resultados dessa modalidade, pois, antigamente, a radiação acabava atingindo órgãos saudáveis do entorno de forma desnecessária, ocasionando efeitos colaterais significativos, como a inflamação da bexiga ou do reto.

Do ponto de vista sexual, a radioterapia não gera a mesma lesão aos nervos da ereção como a cirurgia. Por outro lado,

parte da radiação costuma chegar à base do pênis e provocar uma piora no enchimento de sangue durante a ereção. Porém, esse processo é lento e começa a ocorrer, geralmente, após o primeiro ano da terapia.

Existe ainda uma grande tentativa de desenvolver tratamentos mais modernos e menos invasivos utilizando-se diferentes tipos de energias para destruir o tumor sem machucar os nervos da ereção ou os tecidos vizinhos. Já foram realizados estudos com ondas de radiofrequência, ondas elétricas, fotovaporização, energia congelante, entre outros.

Entretanto, todas essas opções são menos eficazes do que a prostatectomia radical e radioterapia, sendo indicadas para casos bem incipientes, que não sejam candidatos ou não aceitem a vigilância ativa. Importante ressaltar que há também grandes esforços para aperfeiçoar os resultados dos tratamentos convencionais.

Antigamente, quando era necessária a retirada total da próstata, também acabavam sendo retirados os nervos localizados ao seu redor, responsáveis pela ereção, resultando em disfunção erétil grave e refratária na maioria dos casos. Atualmente, esse procedimento pode ser realizado utilizando a tecnologia robótica, em que o cirurgião fica posicionado num console de onde comanda os braços do robô.

A grande vantagem dessa técnica cirúrgica são as incisões menores e mais precisas, possibilitadas por uma pequena câmera introduzida para amplificar bastante a visão e, desse modo,

possibilitar a observação da anatomia com mais detalhes, especialmente a região dos nervos, tirando, inclusive, algum eventual tremor da mão do médico que estiver comandando o robô. Normalmente, a recuperação de uma cirurgia assim é bem mais rápida – até mesmo em relação à continência urinária –, caso seja realizada por um cirurgião experiente, que terá todos os cuidados necessários.

Ainda existe um certo medo em relação à cirurgia de câncer de próstata, pelo fato dela ter sido associada, invariavelmente, à disfunção erétil e incontinência urinária. Felizmente, isso não é mais uma realidade e, apesar de ainda existir um certo receio por parte da população, pode-se dizer que o tratamento cirúrgico do câncer de próstata ainda é a opção mais recomendada, eficiente e segura para retirada e controle do tumor prostático para a maioria dos casos.

Vale ressaltar, no entanto, que a principal função da glândula prostática é a produção de sêmen. Dessa forma, quando for integralmente retirada ou submetida à radioterapia, o paciente deixará de produzi-lo. Logo, ele não será mais capaz de ejacular, ou seja, terá orgasmos secos, sem a propulsão de sêmen. Portanto, se o paciente ainda tiver interesse em ter filhos, deve ser orientado a congelar o sêmen antes do tratamento do câncer de próstata, para ser eventualmente utilizado no futuro para fins de tratamento de reprodução assistida. Caso o paciente não tenha tido a oportunidade de criopreservar material biológico previamente ao tratamento oncológico, ainda

há possibilidades de ter filhos com o uso de espermatozoides retirados diretamente do testículo. Detalharemos esse assunto num outro capítulo.

Quando a doença se disseminou além da próstata, são previstos tratamentos combinados, que, geralmente, envolvem mais de um tipo de intervenção. Além disso, são indicadas terapias sistêmicas para tratar as diversas células tumorais espalhadas pelo corpo, como é o caso da hormonioterapia. Tratamentos à base de quimioterapia em câncer de próstata estão reservados apenas aos casos de doença disseminada e não responsiva aos tratamentos hormonais.

Hormonioterapia em câncer de próstata significa o bloqueio completo dos hormônios masculinos, como a testosterona, funcionando como uma espécie de castração. Logo, esses tratamentos apresentam um grande impacto na esfera sexual, pois prejudicam a ereção, o desejo e a capacidade de atingir orgasmo. Quando em uso de hormonioterapia, os homens apresentam níveis de testosterona circulante semelhantes aos que se verificam em mulheres.

Pacientes em hormonioterapia para câncer de próstata comumente apresentam os piores efeitos colaterais na vida sexual, necessitando de acompanhamento e suporte intensivo para minimizar os efeitos negativos da terapia e buscar manter o mínimo de uma vida sexual saudável e prazerosa.

Capítulo 4

Suporte da parceria

Vivemos numa sociedade plural e bem mais aberta. Então, o termo “parceria” é o mais indicado para falarmos de relacionamentos, já que podem existir múltiplas parceiras, múltiplos parceiros ou parceiro/parceira do mesmo sexo.

O entendimento do sujeito no seu contexto relacional é fundamental para uma atenção adequada em sexualidade. Profissionais de saúde devem desenvolver a capacidade de estabelecer uma relação de confiança com o paciente, para que o mesmo sinta segurança em confidenciar os seus mais íntimos segredos, ao mesmo tempo em que compartilha seus anseios, preocupações e necessidades.

Já comentei que o diagnóstico do câncer de próstata causa verdadeiro rebuliço na mente do paciente, levantando questionamentos do tipo: “E agora? O que vai ser da minha vida?”. Nesse momento, será fundamental o papel da parceria em ajudá-lo, tanto na aceitação e no desenvolvimento de expectativas realísticas acerca do futuro sexual de ambos quanto na parte motivacional, a fim de minimizar o impacto da doença.

O suporte da parceria proporciona um porto seguro para quem tem de enfrentar as disfunções sexuais que podem aparecer ao longo do caminho. Muitas vezes, a parceria induz o sujeito a procurar um aconselhamento antes do início do tratamento, de forma a escolher a alternativa que comprometa menos a parte sexual. Ou ainda a adotar posturas mais proativas no que concerne à reabilitação sexual durante todo o processo.

É comum observar homens tradicionais e maduros com relacio-

namentos estáveis de longa data – cuja vida sexual se encontra em um processo natural de declínio – terem um comportamento mais passivo nesse sentido. Eles acabam por assumir que, caso venham a ter algum problema futuro na área sexual, tratarão o assunto pontualmente. Tal postura é válida porém muitas vezes problemática para aqueles que valorizam imensamente uma vida sexual mais ativa.

Por outro lado, alguns pacientes acabam por receber críticas ao externar tais angústias da esfera sexual, quando, na verdade, deveriam estar focando exclusivamente a sua sobrevivência ao câncer. Tal postura deve ser desencorajada, visto que o bem-estar sexual é um dos principais pilares de qualidade de vida entre os homens. Obviamente, não há certo ou errado quando se fala de comportamento humano. No entanto, costumo sugerir aos pacientes que se adiantem ao problema, conversem com a parceria e façam uma avaliação sincera das suas prioridades e aspirações quanto à vida sexual. Mesmo em meio à avalanche, é possível sim visualizar possíveis dificuldades vindouras e tomar decisões presentes que poderão alterar a realidade futura. Muitas vezes, o sinal de alerta do câncer, ou mesmo apenas a possibilidade de se desenvolver tal doença, seja, talvez, um estímulo para trazer consideráveis melhoras nessa área. Como diz o ditado, “há males que vêm para o bem”. Porém, frequentemente esse momento de reflexão demonstra que a parceria não tem o mesmo objetivo que o indivíduo em tratamento. Tenho recebido no consultório muitos pacientes acompanhados de suas esposas e que, depois, confessam ter múltiplas

parceiras, preferindo melhorar a vida sexual com alguma delas e não com a esposa.

Em outras situações, o casal já construiu uma vida juntos, em que o respeito e a companhia são priorizados em relação ao sexo. Até mesmo para tentar diminuir o sofrimento do paciente, a parceria, às vezes, tenta dissuadi-lo do interesse sexual, lembrando de todos os outros prazeres que podem desfrutar mesmo na ausência de sexo. Por isso, o mais importante é uma conversa sincera e um alinhamento de expectativas.

Entendo o sexo como a troca de experiências eróticas gerando uma oportunidade única de conexão e interação, o que proporciona oportunidades de vivenciar momentos extremamente gostosos em todos os sentidos.

Vale ressaltar que, indivíduos com relacionamentos homoafetivos, ou seja, homens que fazem sexo com outros homens, também costumam enfrentar muitas dificuldades, por vezes, até maiores que dos heterossexuais.

Homens gays podem ter altas expectativas quanto à sexualidade, além de uma dificuldade a mais que é a comparação com o corpo em função da própria parceria, buscando uma imagem em espelho que reflita o mesmo desejo e virilidade. Infelizmente, o suporte profissional a essa população é bem limitado.

Quando se aborda o tema de sexualidade em meio a doenças oncológicas, cada vez mais prevalece o conceito do sexo “bom o suficiente” (do inglês “good enough”) em vez da excelência sexual (“great sex”). Esse conceito mais moderno e realista prioriza

diferentes ingredientes, como afetividade, intimidade e carinho mútuo em detrimento de parâmetros clássico de performance sexual – número de relações, orgasmos, rigidez de ereção etc. Quero dizer que não há regra padrão para alguém ser feliz sexualmente – cabe ao casal encontrar formas para se satisfazer que estejam inseridas na sua fisiologia, desejos, realidade e necessidades. Neste capítulo, compartilho meu entendimento de que a parceria poderá ser parte do problema ou da solução. Cabe, portanto, ao casal trocar informações regularmente, minimizando os efeitos negativos das falsas premissas e expectativas fora da realidade. Parceria é isso mesmo: jogo limpo, cartas na mesa e coração aberto. Assim, certamente, o casal sofrerá menos, enfrentando os eventuais obstáculos da melhor maneira, construindo juntos uma vida feliz em todos os sentidos, inclusive na área sexual.



Capítulo 5

O fantasma da disfunção erétil

A função erétil é considerada historicamente um dos maiores símbolos de virilidade e masculinidade do homem. Portanto, nada mais natural do que o tema câncer de próstata mexer diretamente com esses valores, principalmente pelo entendimento disseminado na população de que essa doença tem uma alta possibilidade de afetar diretamente a ereção. Isto torna a disfunção erétil um verdadeiro fantasma no acompanhamento de pacientes com doença prostática.

Para se ter uma boa ereção, é fundamental que haja uma mente relaxada e estimulada eroticamente, além de uma integridade dos nervos que conduzirão os estímulos até o pênis. Uma vez que este sinal alcança o órgão genital masculino, ocorre uma ordem para que o músculo interno do pênis relaxe, se expanda e se encha de sangue, gerando uma ereção. É como se fosse uma esponja que, no momento de excitação, expande-se, abrindo lacunas que vão se enchendo de sangue para torná-lo cada vez mais rígido, devido à sua capacidade elástica. Isso eleva a pressão interna do pênis e vai determinar os diferentes graus de rigidez que uma ereção pode alcançar.

Por definição, a disfunção erétil é a incapacidade persistente do homem em apresentar uma ereção suficiente para manter uma atividade sexual satisfatória. No contexto do câncer de próstata, é interessante lembrar que os nervos acima mencionados passam em contato íntimo à cápsula de revestimento da próstata. Logo, nos tratamentos em que seja necessário retirar a glândula por inteiro para eliminar as células tumorais, há o risco de machucá-los

diretamente.

Quero dizer que, mesmo que se tenha um bom fluxo sanguíneo e haja desejo sexual, a ereção poderá ficar diretamente comprometida por uma falha do funcionamento normal dos nervos da ereção, em consequência do tratamento cirúrgico.

Devido ao grande receio em gerar disfunção erétil após a cirurgia, houve um avanço das técnicas cirúrgicas modernas, que propiciaram obter uma melhor e mais precisa visualização da anatomia da próstata, permitindo uma manipulação mais delicada das estruturas e visando a preservar aqueles nervos na maioria das vezes. Porém, por mais que sejam preservados, toda cirurgia envolve manipular, tracionar e cortar tecidos nervosos aderidos à próstata e isto pode levar a um mal funcionamento nervoso temporário. Obviamente que cada paciente reage de uma forma à cirurgia de retirada da próstata, mas, geralmente, demora meses para que os nervos dormentes voltem a funcionar. Em média, pode-se começar a observar um retorno gradual de função após pelo menos 6 meses de pós-operatório, estando completamente recuperada até o segundo ano.

Já em relação à radioterapia e outros tratamentos ablativos na próstata, não há uma lesão tão direta dos nervos e, comumente, não há uma piora abrupta da função erétil logo depois do término da terapia. Nesse caso, a disfunção erétil tende a ocorrer de forma mais tardia, visto que tais tratamentos podem afetar a vascularização do pênis ou mesmo a qualidade do relaxamento interno do tecido erétil.

Contudo, é bem verdade que os tratamentos curativos do câncer de próstata vão ocasionar algum grau de piora da função erétil, mesmo que temporariamente em alguns casos. Apesar de uma eventual deterioração da ereção, muitos pacientes manterão ereções funcionais e uma vida sexual ativa sem maiores problemas. Na verdade, existem alguns parâmetros que podem ajudar na preservação da ereção em casos de cirurgia de prostatectomia radical. O primeiro é a qualidade da cirurgia e nisso contam a habilidade e experiência do cirurgião associadas à técnica aplicada. Nesse aspecto, a utilização de cirurgia robótica pode ajudar na melhor identificação e preservação dos nervos durante a cirurgia, porém, cirurgiões experientes nas técnicas abertas podem obter resultados igualmente satisfatórios. Ademais, são também importantes a idade do paciente e a qualidade de sua ereção antes do início do tratamento. A somatória de todos esses elementos vai determinar o seu futuro sexual, especialmente no aspecto da ereção. Atualmente, existe a expectativa de retorno à função erétil basal após a cirurgia de próstata radical, ou seja, a capacidade de o sujeito ter a mesma qualidade de ereção de antes do tratamento. Esse parâmetro é altamente exigente e, infelizmente, uma minoria dos casos vai ficar exatamente como era antes. Por isso, os pacientes devem ser informados desse fenômeno para auxiliá-lo a desenvolver expectativas realísticas em relação a esse quesito. Por outro lado, é importante lembrar que em torno de 60 a 70% dos pacientes serão capazes de manter algum grau de atividade sexual penetrativa com ou sem o auxílio de remédios após 2 anos

da cirurgia, quando em condições de saúde e de tratamento ideais. A questão é a de que, algumas vezes, esse quadro não é satisfatório, porque se identifica uma queda basal na sua performance. Essa comparação é inevitável e pode trazer angústias aos homens que não estiverem cientes dessas questões.

Outra preocupação importante durante o período em que se espera recuperar a função dos nervos é a saúde da musculatura interna do pênis, pois de uma maneira geral, quando o músculo fica inativo por um tempo prolongado, acabará tendo comprometimento da sua função. Por exemplo, se alguém quebra um braço e o membro permanece engessado por longos períodos, é possível observar que, ao retirar o gesso, costuma ocorrer alguma atrofia muscular pelo desuso.

Da mesma forma, em pacientes com doenças neurológicas, como acidente vascular cerebral (AVC) ou lesão medular traumática (visto em pacientes cadeirantes), também, geralmente, ocorre uma atrofia dos membros acometidos. No pênis é a mesma coisa, a ausência de ereção por meses a anos pode levar a um processo de atrofia interna, cujo resultado seja a disfunção erétil grave e refratária aos tratamentos.

Por esse motivo, durante os primeiros meses de pós-operatório, ou frente a alguma dificuldade de ereção imposta por tratamentos relacionados ao câncer de próstata, é fundamental o engajamento do paciente em atividades que exercitem a musculatura do pênis. A principal fisioterapia do pênis é a própria ereção regular, uma vez que ela acontece em decorrência de um processo de expansão e

contração do músculo. O recomendado é que se mantenha uma frequência regular de ereções pelo menos uma vez por semana, com ou sem o auxílio de medicamentos.

O intuito é o de manter o órgão o mais saudável possível.

Dispomos, atualmente, de muitas opções de tratamento para a disfunção erétil – menos e mais invasivos – que contribuirão para uma vida sexual bem satisfatória, além de programas de reabilitação em que o paciente receberá todo o suporte para reestabelecer ereções rígidas.

Todas essas possibilidades terão melhor eficácia com o engajamento da parceira, especialmente no que se refere a enfrentar as eventuais dificuldades em conjunto e, desse modo, encontrar uma forma de ter uma vida sexual duradoura e prazerosa em todos os sentidos.

Por fim, gostaria de ressaltar que, apesar de a ereção ser um dos principais aspectos da sexualidade masculina, quase sempre um pré-requisito para uma atividade sexual satisfatória, certos pacientes tendem a superestimar sua ereção como condição básica numa atividade sexual. É importante lembrar que existem outras formas de expressar o desejo e a atração pela outra pessoa. Nem sempre a penetração é o mais importante, visto que o carinho, intimidade e cumplicidade do casal também trazem satisfação, prazer e alegria.

Capítulo 6

**Opções de tratamento:
comprimidos, injeções,
cremes e bombas a vácuo**

Dispomos hoje de diversas opções de tratamento para os pacientes com dificuldades de ereção, resultantes tanto dos tratamentos do câncer de próstata quanto de outras causas.

Isso é uma ótima notícia e quer dizer que só terá uma disfunção erétil realmente problemática, com efetivas dificuldades para manter uma atividade sexual satisfatória, aqueles que optarem por conviver com esse problema ou apresentarem algum bloqueio para procurar ajuda médica.

É relevante lembrar que a disfunção erétil costuma ser um problema progressivo. Mesmo indivíduos que tenham um ótimo histórico de performance sexual, a partir do momento que comecem a apresentar falhas, há grandes chances de um desmoronamento da sua autoestima, com a perda da sua confiança, imaginando que nunca mais será como antes.

Então, a partir daquele momento, as ereções nos próximos eventos sexuais passarão a ser verdadeiras provas de fogo, com altos níveis de adrenalina circulando no sangue, que acabarão bloqueando pelo menos em parte a resposta da ereção ao estímulo sexual. Talvez nem todos saibam, mas a adrenalina é a substância antiereção mais potente do mundo! Logo, o primeiro e talvez o mais eficiente tratamento que um homem com problemas de ereção deve receber é o suporte psicológico. Este pode vir tanto da parceria, de um grupo de amigos verdadeiros ou de profissionais da saúde. Sem isto, os obstáculos serão provavelmente bem maiores.

Por isso é que repito continuamente: toda disfunção erétil terá, além do componente físico, um importante componente psicológico, porque, quando se perde a calma e a serenidade, há um impacto direto na ereção.

É bom ficar bem claro: falhas são possíveis e normais. Todos os homens, independentemente da idade, estarão sujeitos a tê-las algumas vezes. Como já mencionei, a adrenalina tem relação direta com a falta de ereção, podendo ser ocasionada por estresse resultante de um dia ruim, excesso de álcool ou outro fator. A questão é quando se tornam persistentes e com repetições sucessivas, acabam se enquadrando na condição de disfunção erétil. Após o devido acolhimento e desenvolvimento de uma rede de apoio e confiança, o próximo passo são os tratamentos com remédios. Os medicamentos existentes têm a função de promover o relaxamento e expansão da musculatura interna do pênis. No mundo, há 7 opções de drogas orais disponíveis com ação direta voltada a facilitar a obtenção e manutenção de ereções. É possível afirmar que todas possuem eficácia similar, cabendo aos médicos orientarem sobre a dosagem e modo de uso adequados à necessidade de cada paciente frente às opções disponíveis em cada país. Esses remédios são altamente seguros e eficazes, constituindo-se um dos principais pilares do tratamento da disfunção erétil. Um mito que envolve esses fármacos é o de que eles fazem mal ao coração. Na verdade, eles têm um efeito vasodilatador – similar a outros prescritos para pressão alta ou insuficiência cardíaca –, também dilatando as artérias coronárias. Desse modo, o efeito

dessas drogas no coração de quem as usa é mais benéfico e não o contrário.

Se, eventualmente, alguém apresentar alguma intercorrência cardíaca depois de usar o medicamento fazendo sexo, certamente será porque já tinha alguma doença cardíaca até então desconhecida e o coração pode ter sofrido uma sobrecarga pelo esforço físico e excesso de emoções que envolvem o ato sexual, entrando em algum colapso. Isso poderia, portanto, ter ocorrido em qualquer outra atividade física, como correr ou jogar bola. De toda forma, o acompanhamento médico especializado é o mais indicado para se fazer uma avaliação preliminar do paciente, inclusive cardíaca, visando ao procedimento mais adequado à sua idade, histórico e características físicas gerais.

Outro mito relacionado aos comprimidos para disfunção erétil é o de que eles viciam e causam dependência, o que não é verdade. De maneira análoga, eles atuam como um lubrificante no motor do carro, facilitando o relaxamento para propiciar uma ereção mais persistente, com maior conforto. Mesmo que sejam utilizados por longos períodos, sua interrupção não afetará a capacidade própria e inata do paciente em manter a sua ereção, não ocasionado qualquer tipo de dependência. No entanto, o uso abusivo por homens sem disfunção erétil pode trazer alguns efeitos negativos do ponto de vista psicológico – daí a importância de usar esses medicamentos expressamente sob orientação médica.

Reitero a grande segurança farmacológica que esses remédios possuem, por terem sido amplamente estudados há mais de 20

anos e usados amplamente em todo o mundo. Eventuais efeitos colaterais serão leves e passageiros, podendo ser dor de cabeça, nariz entupido, rubor facial e até um mal-estar gástrico. Sempre poderemos mudar o medicamento, posologia ou associar algum outro fármaco para minimizar tais efeitos, caso seja necessário. Os medicamentos orais para atividade sexual deverão ser tomados pelo menos 2 horas antes do estímulo sexual para atingir uma maior eficácia, apesar de algum efeito já poder ser observado a partir de 15-30 minutos de sua ingestão.

Tais substâncias também estão disponíveis em outras apresentações, como sprays sublinguais, cremes e implantes subcutâneos. No entanto, não há consenso entre os médicos sobre serem mais eficazes do que os comprimidos.

No contexto da prostatectomia radical para tratamento do câncer de próstata, os efeitos são infelizmente inferiores. Comentei anteriormente que é fundamental o pleno funcionamento dos nervos para que ocorra a ereção, porque é justamente por meio deles que o medicamento irá cumprir a sua função. Logo, naqueles indivíduos, após a cirurgia da próstata, durante o estado de dormência dos nervos, é provável que comprimidos orais para ereção não surtam o efeito desejado. Há uma solução para esses casos: as injeções intracavernosas.

Esses medicamentos são utilizados há décadas e também extremamente seguros em mãos bem treinadas. Apesar de as palavras injeção e pênis não soarem muito bem juntas num primeiro momento, há um grande benefício desta terapia. A medicação,

injetada diretamente no músculo, é que vai gerar uma dilatação espontânea do pênis e ereção imediata, independente da ação dos nervos, até mesmo em pacientes não muito excitados.

O médico orientará o paciente para se autoinjetar com segurança, utilizando uma agulha bem fina, praticamente indolor, sugerindo, inclusive, a dosagem adequada do medicamento. O maior risco desse tratamento é o de obter ereções prolongadas que poderão afetar o músculo peniano, o que é minimizado com treinamento e acompanhamento adequados. Recomendamos que o tempo de ereção não ultrapasse 4 horas e, para tanto, a dosagem do medicamento injetável deverá ser estabelecida com esse propósito. Pode haver ainda alguns pequenos hematomas resultantes de eventual machucado em veias superficiais, o que costuma desaparecer em pouco tempo.

É importante ainda ressaltar que a utilização da injeção intracavernosa é indicada à reabilitação peniana após a cirurgia radical da próstata. A ideia seria análoga à fisioterapia, promovendo um relaxamento e expansão do pênis, preenchendo-o com sangue, independentemente de atividade sexual, a fim de manter o órgão saudável. Tais estratégias serão discutidas em mais detalhes em um capítulo à parte.

Outras opções que se apresentam quando os medicamentos orais não funcionam são cremes e supositórios intrauretrais, ou seja, que são aplicados no canal da urina. O objetivo de ambos é o de gerar o mesmo efeito direto de ereção similar às injeções intracavernosas. No entanto, a absorção cutânea e do canal da urina

naquela região não costuma ser muito eficiente, sendo efetivos e mais indicados em algumas situações específicas.

A bomba de vácuo é outro equipamento recomendado para a fisioterapia peniana. O pênis é colocado dentro de uma câmara, que produz vácuo mediante pressão negativa, trazendo o sangue de forma passiva para o pênis. Porém, para uso durante o sexo é necessário aplicar um elástico na base do pênis para manter o sangue represado. Infelizmente, isso costuma causar desconforto após 10-15 minutos pela sensação de formigamento e aspecto arroxeadado do pênis.

Como podemos observar, há diversas alternativas para lidar com a disfunção erétil. Cada uma delas tem suas peculiaridades, as quais deverão ser avaliadas individualmente. O importante é a certeza que o paciente precisa ter de que, juntamente com seu médico, será possível encontrar a solução mais adequada às suas aspirações, esperando contar sempre com o fundamental apoio da parceira.



Capítulo 7

**Encurtamento peniano
após cirurgia: como prevenir?**

Para abordamos o tema deste capítulo, é necessário fazer antes uma conceituação do pênis no imaginário dos homens, visto como símbolo fálico de masculinidade e virilidade.

Sabe-se que o comprimento médio do pênis do brasileiro, bem como em vários países do mundo, gira em torno de 13 a 15 centímetros. Outro fato relevante é o de que esse comprimento sempre foi e sempre será um tabu para os homens. Mesmo tendo um tamanho considerado normal, todos, certamente, gostariam de tê-lo um pouco maior e, dessa forma, obter um ganho secundário de confiança para sua “potência e capacidade sexual”.

Outro grande obstáculo é que o pênis é um órgão elástico e seu comprimento varia consideravelmente a depender de fatores como temperatura ambiente, nível de estresse e grau de ereção. Para a atividade sexual, importará, de fato, o tamanho do pênis ereto, mas o seu estado flácido será também relevante para algumas pessoas, especialmente quando fazem comparação com o de outros homens, por exemplo, quando atletas vão tomar banho em um vestiário ou para quem serve num quartel. Esse conceito de que o pênis contrai e relaxa, podendo ter diferentes medidas em diferentes momentos, é fundamental para os homens terem uma maior aceitação de suas dimensões corporais.

Se prevalece a vontade inata de aumentar o seu tamanho, a possibilidade de diminuí-lo será algo simplesmente abominável. Assim, é fundamental esclarecer sobre as mudanças dinâmicas possíveis no pós-cirurgia do câncer de próstata para o devido alinhamento de expectativas. A verdade é a de que esse procedimento promo-

ve normalmente algum tipo de encurtamento cirúrgico no pênis, mesmo que seja temporário.

Anatomicamente, a uretra se forma a partir da bexiga, percorre um trajeto na parte interna da próstata e depois segue seu caminho na chamada uretra peniana. Antigamente, pensava-se que o encurtamento peniano pós-cirúrgico era devido à retirada da próstata e, para reconstruir o canal, seria necessário puxar a uretra para trazê-la para próximo à saída da bexiga, o que reduziria o comprimento da porção pendular do pênis, aquela que fica na parte externa. Hoje, sabemos que não é bem assim, porque, quando se retira a próstata, não será o pênis que sobe, mas a bexiga que desce – especialmente devido à sua mobilidade – para se conectar à porção fixa da uretra.

A teoria mais aceita hoje é a de que o encurtamento do pênis depois da cirurgia é um evento relacionado à função dos nervos que foram manipulados. Vale lembrar que o pênis é um órgão muscular e o seu maior componente é o tecido erétil, localizado na parte interna dos corpos cavernosos. Além disso, na sua parte externa, abaixo da pele, há uma fina camada de tecido, conhecida como túnica dartos, com propriedades também contráteis e elásticas. É por esses motivos que o pênis encolhe no frio – devido à reatividade dos seus músculos, que se contraem para reduzir as perdas de calor do corpo, gerando a contração do músculo e dos vasos. Já no calor, eles tendem a relaxar, ou seja, a expandir. Como uma regra geral, as fibras neurológicas que promovem a contração da musculatura peniana se regeneram mais rapida-

mente do que as que promovem o seu relaxamento, resultando em um estado contraído do pênis. E como é necessário mexer nos nervos penianos durante o processo cirúrgico, ocorre um estímulo à contração, deixando-o mais contraído do que o habitual. Essa contração levará à uma diminuição subjetiva do comprimento do pênis flácido, visto que, se o médico esticar para fazer a sua medição, comprovará que não houve alteração real no tamanho. Mas, como alguns pacientes terão alguma dificuldade para ter ereção depois da cirurgia, acabarão tendo a impressão de que seu pênis ficou menor, já que o observarão, na maioria das vezes, no estado flácido, contraído.

A medição técnica mais recomendada para o pênis é a flácida esticada, utilizando-se uma régua não-dobrável para medir do osso púbico até a ponta do pênis, local onde se encontra o orifício de saída da uretra, esticando-o ao máximo.

Ocorre que, por conta do estado de contração persistente ao longo de meses, pode haver um acúmulo de colágeno na musculatura do pênis, levando, em última análise, à perda de elasticidade e, conseqüentemente, do comprimento final, inclusive ereto de forma persistente. Nos casos em que seja necessária a castração hormonal devido à agressividade do câncer de próstata, a degeneração muscular será ainda mais intensa, afetando consideravelmente o volume original do pênis.

É importante, então, que os pacientes estejam cientes das reais chances de perda de dimensão peniana após a cirurgia. No pri-

meio momento, tais perdas costumam ser aparentes, contudo, podem progredir para perdas reais.

Nesse cenário, há algumas estratégias para minimizar o encurtamento do pênis. O uso constante de medicamentos orais é uma delas. Esses remédios terão a função de preservar a saúde do pênis, mesmo sem ereção, mantendo o fluxo sanguíneo e a oxigenação ao músculo, com o intuito de preservá-lo das alterações degenerativas que podem ocorrer. Outra possibilidade é o uso bomba a vácuo, uma vez que a expansão gerada pela pressão negativa pode ajudar também a manter a elasticidade muscular.

Apesar de o imaginário geral masculino desejar possuir um pênis muito grande, uma situação assim nem sempre será agradável à parceria, pois poderá proporcionar um ato sexual mais traumático e até incômodo. Mais do que ficar apenas valorizando as dimensões do próprio pênis, para termos prazer numa atividade sexual, outros fatores importantes devem ser considerados nesse momento: o afeto, carinho e atenção à parceria. Apesar de o tamanho ser algo até certo ponto importante, ele não é tudo e não deve ser supervalorizado.



Capítulo 8

Deformidades penianas e o Doutor Peyronie

O dr. De La Peyronie foi um renomado cirurgião francês que ganhou notoriedade ao descrever uma doença caracterizada pela formação de placas com tecido de cicatriz na túnica do revestimento interno do pênis (túnica albugínea), gerando perda de elasticidade.

Como consequência, podem advir as mais diversas deformidades penianas, como curvaturas, perdas de volume e encurtamentos, as quais podem apresentar reflexos diretos na autoestima masculina. Por ser desconhecida pela maioria das pessoas, muitas imaginam que é algo raro. Porém, estima-se que atinge de 8 a 9% dos homens, especialmente aqueles na faixa etária entre 40 e 70 anos, apesar de octogenários e adolescentes também poderem desenvolver a enfermidade.

Este tema é relevante no contexto do câncer de próstata, porque há indícios de que até 20% dos que realizam prostatectomia radical desenvolverão a Doença de Peyronie. Especula-se que tais indivíduos, provavelmente, iriam desenvolvê-la de qualquer forma em algum momento, sendo ela apenas antecipada devido ao procedimento cirúrgico.

Além disso, ela está associada a quadros de disfunção erétil grave, o que também é comum em pacientes com câncer de próstata que receberam outras formas de tratamento.

O acompanhamento médico, especialmente antes da cirurgia, é recomendado para já identificar algum indício da Doença de Peyronie que o paciente possa desconhecer por ser um quadro discreto ou inicial. .

Não se sabe claramente o que provoca a Doença de Peyronie. Uma hipótese contraditória é a de ela que seja resultante de traumas repetidos durante o ato sexual, que provocam pequenas rupturas da túnica, e no seu processo cicatricial acabará formando uma cicatriz mais sobressalente, gerando uma placa. Porém, se isso fosse inteiramente verdadeiro todos os homens deveriam desenvolvê-la, haja vista que, mesmo sendo o pênisum órgão naturalmente sujeito a traumas, tal fato não acontece.

Portanto, o fator genético é provavelmente um forte contribuinte para o desenvolvimento do problema, havendo uma predisposição para a formação dessas inflamações e, os microtraumas provocados durante o sexo acabam por ser contribuintes para o desenvolvimento da doença.

E como os pacientes de câncer de próstata muitas vezes não estão mantendo relações sexuais por um período e, conseqüentemente, não tendo os microtraumas decorrentes delas, a incidência de Doença de Peyronie nesse grupo confirma a possível causa genética, com componente inflamatório resultante da lesão nervosa durante a cirurgia.

Essa doença também já foi associada ao uso de injeções indicadas para disfunção erétil, o que poderia favorecer o aparecimento de placas. No entanto, essa associação ainda gera muita controvérsia. Nesses pacientes é comum também haver um certo encurtamento do pênis. No entanto, diferentemente do que já foi comentando sobre as mudanças de dimensões do pênis após a cirurgia da próstata, na doença de Peyronie há uma perda da elasticidade na

túnica de revestimento interno peniano que leva a perdas reais das dimensões penianas, não só comprimento como também no calibre.

Até os dias de hoje o tratamento da doença de Peyronie continua sendo um desafio. Por envolver um depósito de fibrose e cicatriz, os seus procedimentos corretivos são complexos, uma vez que a reversão completa do processo cicatricial não é possível.

Nesse cenário, o objetivo será melhorar a funcionalidade do pênis, com o risco do surgimento de efeitos colaterais, como o encurtamento ainda mais severo ou a interferência na qualidade das ereções. Nos casos de pacientes submetidos a prostatectomia radical, em que há uma ereção bem satisfatória, há opções de tratamentos cirúrgicos menos invasivos, como as cirurgias de plicaturas, que são pequenas costuras para alinhar o eixo do pênis. Casos mais severos irão necessitar de cirurgia de implante de prótese peniana.



Capítulo 9

O mito da prótese peniana

Existe o mito de que a colocação da prótese peniana tornará o homem um garanhão, verdadeiro super-homem na hora de fazer sexo. A realidade não é essa e, portanto, é indispensável a orientação sobre o que esperar após o procedimento.

A prótese peniana é um tratamento médico definitivo, indicado para os casos de disfunção erétil grave e refratária ou para deformidades penianas acentuadas e de difícil correção, fazendo com que o paciente restabeleça a normalidade na ereção, restituindo-lhe a possibilidade penetrativa.

Ela não interfere no desejo, na capacidade de ter orgasmo ou prazer e nem na força da ejaculação, já que é um tratamento exclusivo para garantir a ereção. Depois do período de recuperação, as sensações na hora do sexo voltarão a ser como antes da cirurgia. É importante ainda ressaltar que ela não substitui as preliminares para um ato sexual prazeroso. Apesar de a ereção estar garantida, a excitação psíquica do homem pode ajudar a aumentar o fluxo de sangue para a cabeça do pênis (glande), que se tornará mais túrgida e cheia de sangue. Ademais, alguns pacientes mencionam que, na presença de estímulos, pode ocorrer ainda um maior fluxo de sangue para o pênis, mesmo com a prótese que torna o ato sexual mais prazeroso. Assim, para se obter o orgasmo, não basta apenas ter o membro rígido, pois outros fatores serão necessários, como o carinho, excitação, atenção e cuidado com a parceria etc. Em outras palavras, após corrigido o problema da falta de ereção com o implante de prótese peniana é preciso reaprender a fazer sexo, explorando as potencialidades que estarão disponíveis. Ape-

sar de a prótese não interferir na sensibilidade do pênis, a falta de enchimento habitual do pênis durante a excitação é algo novo e que muitas vezes necessita de um tempo para que haja uma adaptação à nova condição.

Outro mito popular é o de que a prótese vai aumentar o tamanho do pênis, o que não é verdade. Durante a colocação da prótese, estica-se o comprimento do pênis ao máximo para acomodar o maior tamanho de dispositivo possível. Logo, é o tamanho natural do pênis que determinará o tamanho da prótese e não o contrário. Excepcionalmente, alguns pacientes que apresentam perdas de dimensão do pênis, seja pela cirurgia de prostatectomia radical ou mesmo pela doença de Peyronie, poderão ser submetido a procedimentos complementares durante a cirurgia de implante peniano para tentar recuperar o comprimento e calibre perdidos. No entanto, tais técnicas são mais complexas e específicas, e devem ser empregadas com parcimônia, dadas as suas maiores taxas de complicações.

É importante saber que a prótese não resolverá sozinha todos os eventuais problemas sexuais, uma vez que ela é apenas um recurso para ajudar na ereção e penetração. O pênis ereto não vai gerar excitação, sendo fundamental que seja criado um ambiente prazeroso e estimulante para que o sexo ocorra da melhor maneira. Eventualmente, uma melhor função erétil pode ajudar a reascender o fogo da paixão em relacionamentos decadentes, porém, é fato que a cirurgia de implante peniano não vai resolver problemas ou desgastes de relacionamento que existiam previa-

mente.

Muitas pessoas criam fantasias a respeito da prótese peniana e seus “milagres”. De fato, não existem milagres, mas sim recursos médicos disponíveis de ajuda para que o paciente possa manter relações sexuais satisfatórias. Isso certamente se refletirá na melhora da autoestima dele, entre outros ganhos, tornando-o mais motivado e confiante para viver com mais alegria e prazer em todos os sentidos.

Por outro lado, se o paciente criar uma expectativa fora da realidade, provavelmente ficará insatisfeito depois da cirurgia. Estar ciente previamente de todos os prós e contras da colocação de uma prótese peniana é fundamental para usufruir dos benefícios que poderá vivenciar com a sua parceria.



Capítulo 10

Tipos de próteses disponíveis

A prótese peniana é um dispositivo médico desenvolvido para substituir o tecido erétil e propiciar a rigidez necessária do pênis para a penetração.

Todo pênis possui duas câmaras internas, responsáveis pela ereção, que são chamadas de corpos cavernosos. Habitualmente, próteses são estruturas cilíndricas e alongadas para serem inseridas nesses espaços, preenchendo-os. A consistência desses implantes conferem rigidez e estabilidade para que se possa vencer a resistência na hora da penetração. Além disso, as próteses são compostas de material inerte, evitando-se assim a rejeição do organismo.

Existe dois tipos básicos de próteses penianas: as infláveis e as maleáveis, que também são conhecidas como semirrígidas

As próteses infláveis são o que há de mais moderno no que tange a implantes de pênis. Elas têm um sistema hidráulico que pode ser ativado na hora do sexo para gerar uma ereção e desinflado em seguida para que o pênis volte ao estado flácido. Nesse tipo de implante, cilindros hidráulicos são colocados na parte interna dos corpos cavernosos do pênis, que podem ser enchidos por meio de uma bomba de ativação localizada no saco escrotal. É o enchimento do cilindro por fluido que vai conferir a rigidez durante a ereção. Essa bomba, geralmente, localiza-se discretamente entre os testículos e é praticamente imperceptível. Existe ainda um terceiro componente: o reservatório de líquido, normalmente preenchido com soro e antibiótico. A seguir o leitor encontrará uma imagem de uma prótese peniana inflável para fins ilustrativos.

FIGURA 1 - PRÓTESE INFLÁVEL DE 3 VOLUMES



Esse reservatório permite trânsito livre de líquido para dentro e fora dos cilindros, de forma que, no estado desinflado, o pênis atinja o estado completamente flácido. O sistema hidráulico ficará preenchido e vedado. Na hora do sexo, serão feitas, em média, de 6 a 10 insufladas na bomba e o líquido será deslocado do reservatório escondido atrás do osso púbico até o pênis, deixando-o rígido. É essa a prótese que traz melhor resultado, proporcionando a expansão dos tecidos do pênis, resultando em uma ereção de 1 a 10 – de completamente flácido ao completamente rígido.

Já nas próteses de apenas 2 volumes, como demonstrado na figura a seguir, o líquido transita apenas de trás para frente, de forma que elas nunca são capazes de ficar completamente flácidas. Acabado o ato sexual, a prótese é dobrada, o líquido vai para a parte de trás, mais escondida, da prótese e o pênis retoma o estado de repouso, com semiereção. Pode-se estimar que as próteses de 2 volumes fazem com que o pênis oscile entre um estado de 40% a 100% de ereção. Porém, esses produtos serão descontinuados e não mais estarão disponíveis no mercado em breve.

Por sua vez, as próteses maleáveis são produzidas com diferentes materiais e a sua principal propriedade é a de gerar a rigidez de forma integral, deixando o pênis permanentemente no estado erétil. Se por um lado essas próteses são mais simples e fáceis de implantar, por outro, elas mantêm o membro duro o tempo inteiro, situação que poderá gerar certo incômodo devido à dificuldade de ocultação. Pode ainda ser problemático para os homens que andam em transporte público, possuem o hábito de ir a praia de

sunga ou mesmo aos trabalham ou brincam frequentemente com crianças.

FIGURA 2 – MODELO DE PRÓTESE MALEÁVEL.



Nesse sentido, os fabricantes têm a preocupação de fornecer as próteses maleáveis com materiais de mais qualidade, tanto para evitar complicações como também para torná-las mais dobráveis e ocultáveis, minimizando o constrangimento de serem percebidas.

Os implantes maleáveis têm a vantagem de não necessitarem de ativação e desativação para o uso, o que pode gerar maior durabilidade dos mesmos. E ainda, a questão da ocultabilidade pode não ser uma preocupação para o estilo de vida de muitos pacientes. A decisão de qual prótese escolher é bem individual, cada uma delas tem seus pontos diferenciais e é necessário avaliar o perfil psicológico e emocional do paciente, histórico, destreza manual, estrutura corporal, rotinas pessoais e sexuais, se está plenamente ciente das mudanças que vão ocorrer, enfim, uma série de fatores a ser criteriosamente ponderada pelo médico, de forma que possa indicar uma prótese que preencha e atenda às expectativas do paciente.

De maneira geral, ambos os tipos de próteses, maleáveis e infláveis, conferem altas taxas de satisfação aos pacientes. Contudo, estudos mostram que as próteses infláveis proporcionam taxas de satisfação levemente superiores, possivelmente por oferecerem mais sofisticação aos pacientes, em associação ao fato de ajudarem a manter as dimensões penianas, uma vez que as ciclagens do dispositivo funcionam como expansores dos tecidos do pênis, potencialmente prevenindo a contração ou atrofia que pode ocorrer com o passar do tempo.

No Brasil, de uma maneira geral, as próteses maleáveis são as mais amplamente utilizadas, por serem cobertas por convênios médicos e seguradoras de saúde, além de terem um preço mais acessível. No entanto, as infláveis são importadas e chegam com um alto custo ao consumidor, ficando fora do alcance financeiro de boa parcela da população, exceto em casos em que há uma determinação judicial. Contudo, muitas vezes o investimento vale a pena, dadas as suas funcionalidades superiores.



Capítulo 11

O antes e depois da prótese peniana

Antes da cirurgia de implante de prótese peniana, é recomendada uma rigorosa análise do histórico do paciente, para se certificar da indicação da cirurgia e aferir se o indivíduo está apto para aquele procedimento naquele momento. É habitualmente recomendada uma avaliação cardiológica preliminar e a checagem se as eventuais comorbidades estão devidamente controladas antes da liberação para o procedimento. A avaliação pré-operatória também costuma incluir exames de rotina usuais, como taxas de glicemia, exames de coagulação sanguínea, sumário de urina, entre outros. Caso o paciente seja obeso, poderá ser recomendada a diminuição do peso e a prática de atividade física, já que a cirurgia traz uma sobrecarga sistêmica ao funcionamento dos órgãos. Tendo melhor condicionamento físico, suportará o estresse cirúrgico com maior vigor.

A principal complicação da cirurgia de implante é a infecção, que, felizmente, apresenta uma incidência baixa e, nos dias atuais, gira em torno de números inferiores a 4%. Pacientes com diabetes ou outras comorbidades descontroladas possuem imunidade mais baixa e terão maior risco de desenvolver complicações infecciosas. Daí a importância de uma avaliação que possa estimar o risco e, eventualmente, otimizar o indivíduo para minimizar esse risco. Durante a cirurgia, todos os cuidados de praxe serão tomados para prevenir infecções, especialmente com relação à assepsia, utilizando-se materiais estéreis. E, ainda, realizando todos os procedimentos necessários no mais curto espaço de tempo possível, evitando a contaminação bacteriana e diminuindo o contato com

a pele do paciente. São ainda realizados vários banhos de antibióticos na região do pênis e na prótese com este mesmo intuito. Para a realização do procedimento é feito rotineiramente um pequeno corte entre o pênis e o escroto, próximo à uretra. O critério para determinar o tamanho da prótese é o comprimento dos corpos cavernosos, medidos pelo médico durante a cirurgia, visando a preenchê-los o máximo possível, colocando uma que se acomode perfeitamente. O procedimento costuma durar entre 1 e 2 horas e o período de internação mais comum é o de 1 dia, ou seja, o paciente recebe alta hospitalar no dia seguinte à operação. No pós-operatório, é importante manter aberto o canal de comunicação entre paciente e médico, com consultas semanais no primeiro mês, porque eventuais complicações ocorrem nesse período depois da cirurgia e, dessa forma, poderão ser prescritos antibióticos por um tempo mais prolongado. Analgésicos serão indicados para a dor, que, geralmente, é mais intensa nas primeiras 3, 4 semanas, período em que o paciente terá que ficar sem atividade sexual.

A partir do segundo mês, o paciente é liberado para o sexo, voltando à normalidade cotidiana, somente retornando ao médico se surgir alguma dificuldade ou intercorrência. É importante que o paciente aceite um período de adaptação nas primeiras experiências sexuais, uma vez que o novo dispositivo passará a fazer parte do corpo dele e, com o tempo, espera-se que não haja qualquer tipo de incômodo ou rejeição.

Capítulo 12
**Incontinência
urinária sexual**

Um dos maiores problemas decorrentes da cirurgia de próstata é a incontinência urinária – que, geralmente, resulta de lesões no esfíncter urinário –, podendo ocorrer pelo fato de a próstata estar intimamente ligada a esta estrutura. O esfíncter consiste em um grupo de músculos localizados na pelve, responsável pela capacidade de segurar a urina por meio de suas contrações.

Como já mencionado em outras partes deste livro, as técnicas cirúrgicas têm evoluído constantemente para permitir um procedimento mais preciso, logo, com um maior cuidado em relação a essa musculatura, com o objetivo de preservá-la o máximo possível. Dessa forma, constatamos que a taxa de incontinência urinária mais grave vem diminuindo progressivamente, de forma a corresponderem a cerca de 5% dos casos. Hoje, a continência imediata, logo após a retirada da sonda 7 dias após a cirurgia, já é uma realidade para muitos dos homens submetidos ao procedimento. Se por um lado a discussão sobre incontinência urinária não é um dos focos da presente obra, por outro, importa mencionar alguns aspectos dessa condição na saúde sexual masculina. Primeiramente, é importante ressaltar que pacientes com incontinência urinária tendem a ter mais problemas de ordem sexual, pois o abalo na autoestima e o constrangimento gerado pelo gotejamento de urina fazem com que muitos se afastem de suas práticas sexuais. O fato de estar frequentemente molhado de urina e ter que conviver com aquele odor desagradável é fonte constante de reclamação por parte dos pacientes. Assim, a reabilitação de homens com

incontinência urinária é fundamental para o restabelecimento da sexualidade em muitos casos.

Além disso, gostaria de informar que alguns pacientes terão uma incontinência urinária apenas durante o ato sexual. Tais casos são caracterizados por perdas de urina durante o sexo, apesar de não haver escapes ao longo do dia.

Podemos caracterizar dois tipos da incontinência urinária sexual: a incontinência urinária por estimulação – em que há perdas de urina à medida em que o homem se excita – e a incontinência urinária do orgasmo, ou climactúria – que acontece no clímax do ato sexual. Durante o orgasmo, costumam ocorrer contrações pélvicas cíclicas, que podem levar à perda de urina em gotas ou até em jatos completos. Essas ocorrências provocam certo constrangimento e receio de manter relações sexuais.

A boa notícia é que a incontinência urinária sexual costuma ser transitória em boa parte dos casos. Como é comum haver uma recuperação progressiva da capacidade dos músculos em conter a urina até o final do primeiro ano após a cirurgia, tais queixas tendem a diminuir e eventualmente desaparecer. É importante mencionar que o treinamento da musculatura pélvica com a fisioterapia ajuda a acelerar essa recuperação.

Há algumas recomendações médicas que evitam a perda de urina durante o ato sexual em homens com incontinência urinária sexual: esvaziar a bexiga antes da relação e se abster do consumo exagerado de bebidas que possam irritar a bexiga, como café, chá e álcool. Para aqueles que mantiveram a boa qualidade da ereção,

existe o recurso da alça de tensão variável, que consiste em uma alça elástica colocada na base do pênis para comprimir a uretra e evitar a liberação involuntária temporária da urina. O uso de camisinha também poderá ser outra alternativa nesse sentido, porém, sua colocação costuma gerar dificuldades em manter a qualidade da ereção.

Vale ressaltar que certos pacientes perdem urina em gotas durante o ato sexual, as quais podem ser confundidas com sêmen. No entanto, como já mencionado anteriormente neste livro, quando há a retirada total da próstata e das vesículas seminais, a ejaculação deixa de ocorrer. Na verdade, quando o volume de perdas urinárias durante o sexo é ínfimo, o grau de incômodo é baixo – exceto quando se pretende obter o orgasmo mediante o sexo oral, em que as eventuais gotas de urina poderão causar constrangimento. Em casos de incontinência urinária sexual persistente e refratária, há opções de tratamento cirúrgico. A primeira opção seria a colocação de uma fita (do inglês “sling”) que comprime o canal da urina contra os corpos cavernosos e tende a impedir pequenas perdas urinárias ao impor uma maior pressão de continência. Já para os casos mais graves, inclusive com incontinência urinária diurna grave, existe uma cirurgia de colocação de esfíncter urinário artificial. Este dispositivo consiste em um sistema hidráulico, composto por uma faixa (esfíncter) que oclui completamente o canal da uretra, impossibilitando a passagem de qualquer quantidade de urina. Para o paciente conseguir urinar, é necessário ativar a válvula que abrirá o esfíncter e permitirá que ele esvazie a sua bexiga.

FIGURA 3 – MODELO DE ESFÍNCTER URINÁRIO ARTIFICIAL.



Capítulo 13
**Como manter o
desejo sexual ?**

O desejo é o componente mais subjetivo da função sexual masculina. Isso quer dizer que o desejo é algo difícil de mensurar, já que é influenciado por vários fatores pessoais, psicológicos e relacionais.

A vida cotidiana tem relação direta com os nossos sentimentos, incluindo o desejo sexual que sentimos. Muitas vezes, o paciente tem uma rotina estressante, sofrendo pressões de todos os lados, trabalhando demais e com pouco tempo para relaxar, divertir-se e desenvolver atividades que lhe tragam prazer e alegria. E isso, certamente, acaba limitando as oportunidades de ter intimidade com a parceria. O conjunto naturalmente vai afetar e interferir no desejo sexual.

Logo, o primeiro passo para um homem que quer melhorar o desejo sexual é abrir espaço na agenda e rever as suas prioridades, a fim de viver uma vida sexual mais ativa e gratificante. Isso pode gerar uma mudança de comportamento que o aproxime de situações que favoreçam o cultivo e desenvolvimento do desejo sexual. Cuidar-se e melhorar a qualidade de vida são iniciativas indicadas, que, certamente, trarão ganhos em todas as áreas, até no desejo sexual, mesmo para aquele que tenha enfrentado um câncer de próstata.

Outro passo fundamental a ser observado é a manutenção de uma boa saúde sexual. Se o homem está “funcionando” mal, certamente terá uma diminuição secundária nos seus desejos, inclusive no sexual. Vejamos o seguinte exemplo: se alguém que é um péssimo jogador de futebol for convidado a jogar bola, provavelmente não

receberá o convite com muita vontade, muito desejo, porque, certamente, aquele jogo evidenciará uma dificuldade pessoal, uma certa fraqueza que o incomoda.

Da mesma maneira, para homens com uma má qualidade de ereção, dificuldade de atingir o orgasmo, baixa autoestima por encurtamento peniano ou mesmo vazamento de algumas gotinhas de urina, é compreensível que possa haver abalos na vontade sexual. Portanto, para ter desejo e prazer sexual serão necessários vários fatores, como dedicar tempo para si e para a parceria, cuidar da saúde física e mental, e, se estiver obeso, hipertenso ou sedentário, buscar mudar tais condições.

Outro fator indispensável é o apoio da parceria, especialmente o emocional e psicológico, compreendendo que muitos daqueles problemas serão transitórios e que a nossa mente é um campo fértil para “plantar” desejos e pensamentos eróticos, os quais, naturalmente, tenderão a reverberar.

Por fim, alterações hormonais podem estar por trás de queixas de baixo desejo sexual e também precisam ser avaliadas. Sabe-se que a testosterona é um hormônio necessário para a atividade sexual e, quando baixa de forma persistente, pode precipitar queda da libido. A boa notícia é a de que, com a reposição hormonal, há boas chances de que o paciente volte à normalidade. A grande questão é que o aumento da testosterona esteve tradicionalmente associado à maior chance de desenvolver câncer de próstata, o que contraindicava tratamentos à base de testosterona a pacientes com antecedentes da doença, mesmo que tratados e sem

qualquer sinal de atividade da mesma.

Porém, recentemente houve uma quebra de paradigma no que tange à relação entre testosterona e câncer de próstata. Já há indícios de que a terapia de testosterona pode ser oferecida a casos selecionados de doentes com esse diagnóstico, desde que respeitados alguns critérios.

Isso é um avanço, pois muitos pacientes tinham de aceitar conviver com a deficiência hormonal por anos a fio. Obviamente, é recomendado avaliar cada caso individualmente, inclusive com apoio do oncologista, sobretudo nos casos de tumores mais agressivos. Não há regra geral que se aplique a todos pacientes indistintamente, mas com o devido controle, as chances de progressão ou recidiva do câncer de próstata nos pacientes que tomaram testosterona serão virtualmente as mesmas daqueles que não tomaram o hormônio, com inúmeros benefícios já comprovados para os que o fizeram de forma correta e seguindo orientação médica.



Capítulo 14

A próstata e o orgasmo

Se fôssemos listar as sensações mais prazerosas que um ser humano pode sentir, seguramente o orgasmo estaria em um lugar de destaque. Esse é um dos motivos pelos quais a sensação orgásmica costuma ser naturalmente buscada durante o ato sexual, sendo uma das principais motivações do sexo. Ademais, orgasmos frequentes estão diretamente relacionados não apenas à qualidade da vida sexual como também à qualidade da vida geral e longevidade.

Mas o que é, de fato, o orgasmo? Trata-se de um evento complexo que ocorre no nosso cérebro em decorrência de uma rápida liberação de substâncias cerebrais diretamente responsáveis pelo prazer: os neurotransmissores. O orgasmo costuma estar associado a um reflexo mecânico muscular, que é a ejaculação, resultado de contrações rítmicas e espásmicas da musculatura pélvica, contraindo, inclusive, a próstata e as vesículas seminais para impulsionar o sêmen em direção ao canal urinário para ser expelido.

Normalmente, o orgasmo coincide com a ejaculação e, portanto, as pessoas têm dificuldade de separar uma coisa da outra, presumindo que são parte do mesmo processo. No entanto, vale esclarecer que ejaculação e orgasmo são eventos independentes. Assim, alguém poderá ter orgasmo sem ejacular ou ejacular sem ter orgasmo.

Como já mencionei, a próstata é um órgão reprodutor cuja principal função é a de produzir as substâncias que estarão contidas no sêmen para fins reprodutivos. Dessa forma, quando são feitos

tratamentos ablativos na próstata ou até uma cirurgia para sua retirada completa, o paciente acabará desenvolvendo orgasmos secos, cujo nome técnico é anejaculação.

No entanto, essa situação terá pouca interferência na sua capacidade de ter o orgasmo. Ou seja, os tratamentos poderão influenciar na capacidade de expelir o sêmen, porém, na maioria dos casos, afeta muito pouco a sensação de prazer. Por isso, em teoria, o principal efeito negativo da anejaculação é a infertilidade, o que não costuma ser tão problemático caso não haja o desejo reprodutivo e o paciente tenha sido adequadamente orientado previamente.

Apesar disso, muitos pacientes poderão se sentir incomodados com a nova situação de não serem capazes de ejacular. Na verdade, estudos já demonstraram que cerca de 50% dos paciente afirmam não ter recebido qualquer orientação sobre a condição de anejaculação no pós-operatório de prostatectomia radical – em que 100% dos homens vão desenvolver o problema.

Há de se esperar que esse número de indivíduos desinformados seja ainda maior em outras modalidades de tratamento em que alterações ejaculatórias sejam menos frequentes. Isso demonstra que os serviços de saúde, por estarem amplamente focados no controle do câncer, acabam por negligenciar orientações básicas. Outro fator que pode contribuir para o grau de incômodo é o fato de a ejaculação ser considerada por muitos um símbolo de masculinidade e de extravasamento durante o sexo.

Apesar do que já foi mencionado, o câncer de próstata pode, de

fato, ter efeitos negativos diretamente na sensação de orgasmo propriamente dita. Primeiramente, de 5% a 10% dos pacientes acabam constatando uma diminuição na intensidade de prazer após a cirurgia de retirada da próstata.

A explicação para esse fenômeno ainda não é tão clara, porém, acredita-se que, sendo a próstata um órgão central no assoalho pélvico, as contrações que ocorrem durante o orgasmo geram estímulos à glândula prostática. Por ela ter sido retirada, assume-se que possa haver interferência de alguma forma nessas contrações. Mesmo assim, cerca de 90% dos pacientes não comentam sobre qualquer diferença nas sensações de prazer e, depois de certo período, acabam se adaptando à nova situação, passando a usufruir dos orgasmos de forma bem satisfatória.

Outra situação que costuma afetar a qualidade dos orgasmos em homens com histórico de câncer de próstata é a hormonioterapia, que nada mais é do que um tipo de castração química. Esse tratamento costuma ser reservado a situações de câncer de próstata mais avançado e consiste em baixar os níveis de testosterona – abaixo de 50 nanogramas por decilitro (ng/dL), quando o normal deveria ser superior a 300 ng/dL. Isso costuma resultar em dificuldades para atingir um orgasmo, condição conhecida tecnicamente como anorgasmia, porque precisa-se de um nível mínimo de testosterona para que, biologicamente, o orgasmo seja possível aos homens.

Assim, níveis muito baixos, como os encontrados em tratamentos hormonais para câncer de próstata, acabarão gerando uma inca-

pacidade para atingir o clímax sexual. Vale salientar que à medida em que subam as taxas de testosterona, a capacidade orgásmica é restabelecida. Protocolos de quimioterapia também podem interferir na sensação de orgasmo, devido aos efeitos colaterais de algumas drogas comumente utilizadas.

Naqueles pacientes que necessitarão de tratamento de longo prazo, que impossibilite ou dificulte a capacidade de sentir orgasmo, é fundamental que haja uma resignificação do ato sexual e de tudo que o envolve. É possível sim ter uma vida sexual que não gire exclusivamente em torno do orgasmo. Desse modo, poderão ser descobertas e desenvolvidas novas formas de satisfação e prazer. O mais importante é entender a situação e dialogar com a parceria para encontrarem maneiras de usufruírem das possibilidades que o sexo pode proporcionar, transformando as eventuais dificuldades em estímulos para novas descobertas prazerosas. A boa notícia é a de que a grande maioria dos pacientes, com ou sem ejaculação, manterá a sua capacidade orgásmica e uma vida sexual prazerosa sem maiores obstáculos nesses quesitos.



Capítulo 15
**Câncer de próstata
e fertilidade**

Um tema que está em evidência nos tempos atuais é a preservação de fertilidade em pacientes oncológicos, área de atuação também conhecida como oncofertilidade. Esse interesse crescente advém do fato de o câncer ser uma doença cada vez mais comum em nossa sociedade e do aperfeiçoamento da qualidade dos tratamentos oncológicos, que são capazes de proporcionar altas taxas de cura. Estima-se que 1 a cada 250 pessoas na população seja sobrevivente de algum tipo de câncer. Por outro lado, esse grande número de sobreviventes cada vez mais terá de conviver com as sequelas decorrentes do tratamento por toda a vida. Infelizmente, a fertilidade é comumente afetada por boa parte dos tratamentos, sobretudo por aqueles que atuam no organismo de forma generalizada, como a quimioterapia.

A fertilidade também é considerada um dos mais relevantes pilares da autoestima masculina, associada diretamente ao sentimento de masculinidade. Estudos que acompanham pacientes sobreviventes de câncer no longo prazo têm demonstrado que a infertilidade é uma das principais causas de depressão e, por isso, requer atenção especial durante o processo de diagnóstico, tratamento e seguimento de longo prazo.

Como a função básica da próstata é a de favorecer a fertilidade, praticamente todos os homens com câncer de próstata que forem tratados terão algum grau de infertilidade. Após o procedimento de retirada cirúrgica da próstata, o homem não é mais capaz de expelir sêmen pelo pênis. Já a radioterapia costuma gerar um entupimento dos ductos ejaculatórios – canais que levam os es-

permatozoides também ao meio externo. Por fim, os tratamentos hormonais e a quimioterapia bloqueiam a produção dos espermatozoides, que depende diretamente dos eixos hormonais.

É inegável que o câncer de próstata é mais comum em homens com idade mais avançada e, normalmente, nessa época, já contam com a sua prole constituída. Dessa forma, para a maioria dos pacientes com câncer de próstata a fertilidade não é um tema prioritário.

Por outro lado, cada vez mais identificamos o câncer em homens mais jovens e frequentemente observamos indivíduos com mais idade que estão em um novo relacionamento, de modo que o tema da infertilidade pode ter repercussões significativas.

A principal mensagem é a de que **TODOS** os homens que passam por tratamento oncológico do câncer de próstata devem, obrigatoriamente, ser questionados sobre o desejo reprodutivo e receber a devida orientação referente à preservação da sua fertilidade. Infelizmente, na prática, isso não ocorre de forma rotineira, porque se pressupõe que o tema não tenha interesse em larga escala. Porém, ao negligenciá-lo, alguns pacientes podem se sentir lesados pela falta de orientação adequada. Idealmente, deveriam ser expostas com clareza todas as variáveis possíveis diante do tratamento do câncer e da alteração na fertilidade. Inclusive, é possível que isso ajude o paciente e o médico a elegerem o melhor tratamento para o caso. Por exemplo, alguns pacientes com um tipo de câncer mais favorável, poderão adiar o tratamento por algum tempo para poderem se dedicar a um período de tentativas para a obtenção

de gravidez natural.

Na maioria dos casos, a preservação da fertilidade pode ser alcançada por meio da criopreservação de sêmen, que nada mais é do que o congelamento do material obtido mediante a masturbação. Trata-se de um recurso simples e que pode garantir o futuro reprodutivo de um indivíduo.

Esse material é habitualmente utilizado em tratamento de reprodução assistida, como a inseminação intrauterina e a fertilização in vitro. A partir da amostra coletada, é feito um processamento e a análise da qualidade dela, para que o material seja homogeneamente dividido em tubos para congelamento (criotubos). Cada tubo de material congelado é suficiente para um ciclo de tratamento. A depender da qualidade do sêmen obtido, mais de uma coleta pode se fazer necessária, pois o ideal é que se estoque pelo menos 5-6 tubos por paciente para uma reserva mais abundante.

Outra boa notícia, é que esse armazenamento pode ser mantido por tempo indeterminado. Há relatos de descongelamentos feitos 10, 15 anos depois da coleta inicial, cuja qualidade das gametas foi mantida com sucesso na maioria dos casos. Além disso, o custo relacionado com a realização e manutenção desse material biológico é mais baixo do que a maioria das pessoas imagina, sendo acessível para um grande número de interessados.

No entanto, vale ressaltar que os tratamentos de reprodução assistida não garantem 100% de êxito, pois levam-se em conta outros fatores – como a idade do casal, condições de fertilidade da parceira e qualidade dos seus óvulos – que poderão interferir

para que o sêmen não resulte em embriões viáveis.

Para aqueles que não tiverem a oportunidade de fazer um congelamento antes do tratamento oncológico também há opções. Apesar do entupimento dos canais, o que impedirá a ejaculação dos espermatozoides, sua produção pode ainda estar normal nos testículos. Assim sendo, por meio de um procedimento cirúrgico, é possível captar espermatozoides tanto para a utilização quanto para o congelamento. Tais procedimentos são geralmente minimamente invasivos e também possuem uma alta taxa de sucesso na maioria dos casos.

A tecnologia médica disponível nessa área está cada vez mais aprimorada, disponibilizando recursos para tornar o sonho da fertilidade possível de se concretizar para a maioria dos pacientes que são tratados de câncer de próstata. E há uma tendência de novas descobertas no campo da medicina reprodutiva em um futuro próximo, o que pode vir a auxiliar um número cada vez maior de homens nesse cenário.

Capítulo 16

**Bloqueio hormonal e sexo:
uma combinação
improvável**

Já foi mencionado que a testosterona é o hormônio central do funcionamento sexual masculino e, por muito tempo, acreditou-se que ela era o combustível para o crescimento de tumores da próstata. Esse conceito foi se transformando com o passar do tempo e hoje temos por consenso que, de maneira geral, o aumento dos índices da testosterona não necessariamente terá relação direta com o crescimento mais rápido do tumor. Porém, na ausência completa desse hormônio, o tumor tenderá a diminuir, o que oferece suporte aos tratamentos de bloqueio hormonal nos casos mais avançados.

Por essa razão, o tratamento de bloqueio hormonal (hormonioterapia) está geralmente indicado aos casos avançados de câncer de próstata, sobretudo quando há metástases. Quando a doença está disseminada, é importante utilizar um tratamento que atinja vários focos de células doentes ao mesmo tempo. Neste cenário, o bloqueio hormonal torna-se uma excelente opção e que muitas vezes pode ser mantido por tempo indeterminado.

Por outro lado, esse tratamento é equivalente a uma castração, ocorrendo praticamente um desligamento completo da função sexual do homem. Em outras palavras, o desejo cai quase a zero, resultando em uma grande dificuldade para se atingir o orgasmo e, quando o mesmo acontece, não há saída de sêmen (mesmo naqueles que não retiraram a próstata). As ereções ficam praticamente abolidas, inclusive as ereções reflexas que ocorrem habitualmente no período noturno e que ajudam a manter a saúde do pênis. Essa situação tende a provocar também um encurtamento

peniano, decorrente da degeneração progressiva do músculo do pênis. Em outras palavras, o paciente entra em um estado quase de completa neutralidade sexual, ou seja, indiferente ao sexo. Logo, a hormonioterapia em câncer de próstata, apesar de ser um excelente tratamento oncológico, é uma das terapias mais ameaçadoras ao presente e futuro sexual de um homem. Infelizmente, não há terapias capazes de evitar esse impacto negativo de forma consistente. No entanto, a maior parte desses tratamentos são temporários, em média duram de 2 a 3 anos e, em alguns casos, são utilizados de forma complementar, por apenas 6 meses. O melhor a ser feito nesse cenário é o paciente procurar se manter sexualmente ativo com ou sem o auxílio de medicamentos para ereção. O engajamento com a sexualidade como um todo diante de todas as adversidades pode ajudar a preencher a lacuna fisiológica e manter o indivíduo funcional, mesmo que com um grau de satisfação inferior. Tal postura auxilia na manutenção da conexão com a parceria, evitando uma deterioração mais acelerada ao longo do tempo e uma abdicação completa da vida sexual. Buscar formas de expressar afeto, intimidade e cumplicidade na relação de casal também ajudará bastante. Tais esforços poderão, eventualmente, refletir-se diretamente na autoestima e, sobretudo, na manutenção da saúde do pênis. É importante lembrar ainda que a ausência completa da testosterona poderá ter outras implicações no estado geral da saúde – como na área cardiovascular, aumentando inclusive a gordura circulante do sangue, além de descontrolar a diabetes, devendo, portanto,

ser devidamente observados todos os possíveis efeitos e as suas implicações. Manter uma atividade física regular é benéfico para uma vida saudável em todas as idades, sendo uma recomendação especial aos pacientes que tiveram esse bloqueio hormonal.

As próteses penianas são também alternativas a serem avaliadas no sentido de preservar a atividade sexual. É ainda de extrema importância buscar acompanhamento psicológico especializado, de modo a identificar formas para fomentar o desejo e o engajamento em atividades sexualmente estimulantes.

Essas e outras medidas possíveis deverão ser conversadas com um profissional de confiança e dedicado à saúde sexual para que seja possível encontrar, juntos, o melhor caminho a ser seguido para uma vida mais gratificante e feliz em todos os sentidos.



Capítulo 17
**Reabilitação sexual
precoce**

Por mais de 20 anos prevaleceu a hegemonia do termo reabilitação peniana quando se pensava em qualquer tipo de ação para otimizar a recuperação da função erétil e preservar a saúde do pênis, notadamente após o tratamento do câncer de próstata.

No entanto, atualmente, questiona-se a validade do termo, que pode eventualmente focar de forma excessiva na qualidade da ereção em detrimento de um bem-estar sexual como um todo. Em seu lugar, o termo reabilitação sexual vem ganhado notoriedade quando tratamos desse assunto, por ser mais abrangente e indicar a busca por uma vida sexual plena e satisfatória, envolvendo diversas estratégias, entre elas, a reabilitação peniana.

Outro grande desafio envolve a capacidade de conscientizar a população acerca da importância do tempo nesse processo. Daí o acréscimo do “precoce”, fazendo alusão à recomendação de que o paciente tome uma atitude logo no início, especialmente quando identificar alguma dificuldade no seu desempenho sexual. De uma forma geral, quanto mais cedo houver a adesão aos princípios do programa de reabilitação, maior a tendência de se obter resultados favoráveis. Isso, infelizmente, nem sempre é possível, haja vista que o controle do câncer muitas vezes traz inúmeras preocupações, colocando o cuidado com a vida sexual em segundo plano.

Muitos pacientes nessa situação, especialmente pela falta da orientação médica correta, acabam por tardar em tomar alguma atitude e, muitas vezes, acabam tendo de correr atrás do tempo

perdido, motivados pela parceria ou mesmo pela ausência dela. A melhor recomendação que pode ser feita nesse sentido é a de buscar uma avaliação médica especializada e com foco na saúde sexual, de preferência antes mesmo de iniciar o tratamento para o câncer ou o mais cedo possível. Isto é verdade mesmo no contexto em que a ausência momentânea de atividade sexual não tenha permitido a percepção dos problemas sexuais. Tal avaliação vai propiciar a verificação de fatores de risco, como eventuais comorbidades e ajustes de hábitos e rotinas, de modo a otimizar a função sexual no longo prazo. Ajustes tais como fazer atividade física, otimizar a qualidade do sono, alimentação saudável, manter o peso corporal adequado, evitar o tabagismo, entre outras, são extremamente benéficas. Além disso, algumas pessoas sofrem de problemas de disfunção sexual que já podem ser identificados e tratados. Acompanhamento multiprofissional também é recomendado, pois pode ser de extrema valia para ajustes pessoais e interpessoais.

Todas essas iniciativas estão inseridas no escopo da reabilitação sexual precoce e o ideal é contar com apoio de profissionais alinhados a esse tipo de abordagem, inclusive para evitar algum conflito conceitual, como o entendimento de que “você tem que estar feliz por estar vivo, por ter controlado o câncer e o que vier é lucro...”

Não concordo com esse pensamento, porque, apesar da luta contra o câncer ser muito importante e decisiva, a sexualidade ocupa também posição primordial para obtermos uma vida saudável e feliz, além de ser importante para o bem-estar da parceria.

Dessa forma, adotar uma atitude mais proativa em relação à própria sexualidade é postura que trará benefícios em larga escala a curto, médio e longo prazos.

Assim, entendo que dar ênfase às duas questões – tratamento do câncer de próstata e reabilitação sexual precoce –, atribuindo a ambas a devida prioridade no acompanhamento médico de rotina, pode ser decisivo para o futuro de pacientes e casais. São vários os componentes, físicos e emocionais que interferem na nossa vida, tendo relação direta com o bem-estar e apresentando reflexos nos pensamentos, atitudes e reações. Tratar de todos com a devida atenção e comprometimento contribuirá efetivamente para seguirmos na caminhada cotidiana da melhor forma.



Capítulo 18

Perguntas e respostas

1. O que é uma vida sexual normal após o câncer de próstata?

Na verdade, não existe o conceito de normalidade em vida sexual, não importa o contexto de câncer de próstata ou não. O normal é se sentir satisfeito e em harmonia com a parceria. Não há padrão que deva ser atendido: não há um número mínimo de relações sexuais previstos, nem um nível de desejo sexual que um homem precise atingir. Cada um tem um funcionamento próprio e único, e entender isso é fundamental para se alcançar uma vida sexual satisfatória.

2. Qual o tratamento para câncer de próstata com menos efeitos colaterais na esfera sexual?

Sem dúvida, o tratamento com menos efeito negativo na sexualidade é a vigilância ativa, ou seja, apenas acompanhar a doença menos grave, sem a necessidade de tratamentos invasivos. Obviamente, isso só é possível para os casos de doença mais favoráveis. Prostatectomia radical e radioterapia possuem uma certa equivalência no longo prazo, com a cirurgia trazendo os efeitos negativos de forma imediata e a radioterapia, de forma mais gradual ao longo do tempo.

3. Como escolher o melhor tratamento para o câncer de próstata do ponto de vista sexual?

Demonstre interesse sobre a sua vida sexual e deixe claro para o médico que conduzirá seu caso o quanto isso é importante para você. A escolha do melhor tratamento passa por uma decisão

compartilhada entre você e o seu médico de confiança, considerando-se as características da sua doença e as suas prioridades. Não hesite em procurar segundas opiniões. Não deixe de perguntar diretamente ao seu médico qual o efeito colateral esperado para o tratamento do seu caso.

4. Quais os efeitos da cirurgia de prostatectomia na vida sexual do homem?

A cirurgia de retirada completa da próstata traz inúmeras consequências do ponto de vista sexual. Primeiramente, uma vez sem a próstata, o homem não é capaz de ejacular, ou seja, ele tem o orgasmo (prazer), porém, não haverá saída de sêmen pelo pênis. Além disso, muitos homens podem ter uma piora na qualidade das ereções. Pode haver ainda o encurtamento do pênis, saída de gotas de urina durante o sexo e/ou orgasmo e ainda dores durante o orgasmo. Com exceção da parada da saída de sêmen, todas as eventuais condições têm como ser revertidas ou pelo menos melhoradas.

5. O que é a reabilitação peniana?

É um conjunto de estratégias que visam a maximizar as chances de se recuperar a qualidade das ereções após a cirurgia de prostatectomia radical. Em teoria, seria um tipo de fisioterapia do pênis, com a finalidade de manter os tecidos saudáveis no longo prazo e acelerar a recuperação da qualidade das ereções. Atualmente, além da reabilitação peniana, as estratégias envolvem o conceito

mais amplo de reabilitação sexual, a fim de melhorar a vida sexual como um todo e não apenas as ereções.

6. O que é o tratamento injetável para disfunção erétil?

Consiste em uma combinação de medicamentos – injetados com uma pequena agulha na parte lateral do pênis – que são capazes de gerar uma ereção. É uma modalidade de tratamento altamente eficaz, porém, necessita de acompanhamento médico regular e treinamento do paciente para manusear agulhas e seringas. Uma vez superada a fase inicial de adaptação, as taxas de satisfação são enormes.

7. Quem precisa de prótese peniana?

Em linhas gerais, as próteses penianas estão indicadas àqueles com disfunção erétil grave ou refratária. Ou ainda aos que não se adaptam ou não tenham interesse nos tratamentos medicamentosos, seja por insatisfação em relação ao efeito, seja por questões de preferência pessoal. Indivíduos com câncer de próstata que receberam tratamento e que estejam com dificuldades sexuais podem se beneficiar muito dessa modalidade de tratamento.

8. O que se precisa saber sobre prótese peniana antes de fazer a cirurgia?

Trata-se de um tratamento irreversível, porém com altas taxas de satisfação quando bem indicado. As próteses penianas são colocadas internamente, nas câmaras internas da ereção, e não

são visíveis externamente. Além disso, elas não geram aumento do tamanho do pênis. Também não acarretam alterações na sensibilidade ou na capacidade e/ou intensidade dos orgasmos. Passado o período de recuperação pós-operatória, o paciente terá uma vida normal, como qualquer outro indivíduo.

9. Qual a melhor prótese peniana disponível?

As próteses mais modernas e com as maiores taxas de satisfação são as infláveis. Elas possuem um sistema hidráulico que faz com que o pênis possa ficar no estado ereto e flácido. Entretanto, as próteses maleáveis também oferecem resultados bem interessantes, apesar de manterem o pênis permanentemente no estado ereto.

10. Vazamento de urina durante o sexo: o que fazer?

Essa condição costuma ser transitória, melhorando de forma significativa até o final do primeiro ano de pós-operatório de prostatectomia radical. Até lá, medidas comportamentais, como esvaziar a bexiga antes do sexo, podem ajudar. Existem ainda as alças de compressão na base do pênis, que podem ajudar a comprimir o canal da urina e prevenir perdas urinárias.

11. É seguro usar medicamentos orais para ereção? Eles viciam?

Os medicamentos que estimulam a ereção mais conhecidos são a sildenafil, vardenafila e tadalafila. São drogas com um excelente perfil de segurança e não causam qualquer tipo de dependência

em seus usuários. Esses medicamentos podem ser interessantes no cenário do câncer de próstata, tanto para melhorar as ereções como para manter a saúde do tecido interno do pênis. Converse com o seu médico sobre os benefícios dos mesmos no seu caso e se há, eventualmente, alguma contraindicação ao seu uso contínuo ou de demanda.

12. Como funcionam as injeções para tratamento de disfunção erétil?

São injeções, com agulhas bem finas e pequenas, aplicadas na base do pênis. A maioria dos pacientes relata que a aplicação é praticamente indolor. Após cerca de 5-10 minutos, é esperado que ocorra uma ereção rígida o suficiente para manter a atividade sexual penetrativa. Ajusta-se a dose de forma que a ereção dure em torno de 60-90 minutos, a fim de evitar ereções muito prolongadas.

13. O pênis encolhe após o tratamento de câncer de próstata? O que fazer para prevenir?

É frequente a queixa de diminuição do tamanho do pênis, sobretudo após a prostatectomia radical. No entanto, essa diminuição não costuma ser real, mas sim apenas uma estado de contração prolongado nos primeiros meses após a cirurgia. Dessa forma, muitos homens são capazes de recuperar as dimensões habituais do pênis e, apenas em alguns casos, ocorrem perdas verdadei-

ras. Acredita-se que o tratamento com comprimidos para ereção, bomba a vácuo e relações sexuais frequentes podem contribuir para prevenir a perda de tamanho do pênis.

14. Já tive câncer de próstata e minha testosterona está baixa. Posso realizar tratamento de reposição hormonal ?

Apesar de haver um entendimento clássico de que a testosterona estimula o crescimento do câncer de próstata, cada vez mais a ciência percebe que isso não é inteiramente verdade para a maioria dos casos. Logo, pacientes com câncer de próstata controlado ou com baixo risco de progressão podem ser tratados com relativa segurança do ponto de vista da reposição de testosterona. No entanto, isso deve ser feito com a maior cautela e sob o acompanhamento de médico especializado.



Capítulo 19

Considerações finais

Este livro é parte de um projeto antigo, que surgiu nos Estados Unidos, durante o meu período de especialização no Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC), reputado entre os maiores hospitais norte-americanos que tratam de câncer e, sem dúvida, entre os mais respeitados do mundo.

Lá, tive a oportunidade de conviver com pacientes em diferentes etapas de enfrentamento da doença, compartilhando muitas informações sobre suas inquietações e necessidades, especialmente naquelas relacionadas ao câncer de próstata e à sexualidade.

De volta ao Brasil, tenho me esforçado para agregar essa experiência clínica e cirúrgica ao contexto do nosso país e me aprofundar em tais questões. Felizmente, encontrei a motivação para produzir este material, com o propósito de compartilhar parte do conhecimento adquirido para ajudar aos homens em sua caminhada na luta contra o câncer de próstata.

Portanto, espero estar contribuindo de alguma forma para que a vida sexual, especialmente após o tratamento do câncer de próstata, torne-se menos dolorosa e mais prazerosa, e que as eventuais dificuldades sejam entendidas e superadas com o mínimo de sofrimento, habilitando indivíduos a usufruir plenamente da sexualidade com a parceria de sua escolha.

Tenho ciência de que o tema não se esgotou com o término deste singelo projeto, visto que é bem vasto e complexo. Possivelmente, outros livros serão produzidos num futuro próximo para nos aprofundarmos ainda mais nesse fascinante universo.

Desejo que a leitura tenha sido agradável e produtiva.

Este livro é uma obra, com linguagem clara e acessível, destinada a todos aqueles que desejam se aprofundar nas complexidades da sexualidade em homens com histórico de câncer de próstata.

O trabalho é fruto do apoio da Boston Scientific, que é uma empresa líder global em tecnologia médica por mais de 40 anos, oferecendo uma ampla gama de soluções de alto desempenho que transformam vidas. A Boston Scientific possui produtos e tecnologias amplamente utilizadas para diagnosticar e tratar muitas condições clínicas, inclusive na área da saúde sexual do homem. Demonstram ainda compromisso com a ciência e sociedade, por meio de patrocínios a iniciativas que busquem trazer benefícios à comunidade científica e otimizar os cuidados com os pacientes.

**Boston
Scientific**

Promovendo o avanço da ciência
para a preservação da vida™

