

Aspectos negligenciados na reabilitação sexual masculina após prostatectomia radical

Eduardo de Paula Miranda^I, Carmita Helena Najjar Abdo^{II}

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza (CE), Brasil

RESUMO

O câncer de próstata é uma das neoplasias mais frequentes na população masculina. A prostatectomia radical está entre os principais tratamentos para essa afecção, sendo a primeira escolha para casos de doenças localizadas e localmente avançadas. Contudo, essa modalidade de tratamento cirúrgico costuma trazer grande prejuízo à função sexual masculina como um todo. Sabe-se que a disfunção erétil é uma complicação frequente e temida do tratamento cirúrgico do câncer de próstata, de forma que há diversas estratégias para prevenir e tratar tal condição. Porém, uma adequada reabilitação sexual desses pacientes envolve um atendimento global às dificuldades encontradas no restabelecimento de uma vida sexual satisfatória, não apenas focado na qualidade das ereções. Infelizmente, há uma série de problemas sexuais frequentes que são desencadeados pela prostatectomia radical, mas que ainda são extremamente negligenciados no cuidado pós-operatório. Dentre eles podemos citar: queda do desejo sexual, perda de volume peniano, desenvolvimento de deformidades penianas e distúrbios do orgasmo e da ejaculação. Neste artigo são abordados os principais efeitos sexuais da prostatectomia radical que costumam ser negligenciados no seguimento pós-operatório, além de princípios fundamentais para um programa de reabilitação sexual coerente com as demandas dessa população.

PALAVRAS-CHAVE: Prostatectomia, reabilitação, disfunção erétil, orgasmo, ejaculação

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é a doença neoplásica mais comum entre os homens, excluindo-se as de pele não melanoma.¹ A prostatectomia radical constitui uma opção de terapia de primeira linha para o câncer de próstata localizado ou localmente avançado e é uma das cirurgias oncológicas mais comumente realizadas em todo o mundo. Todavia, sabe-se que a prostatectomia radical pode levar a diversas consequências

negativas na função sexual masculina. Com o avanço das técnicas de diagnóstico e terapêutica vivenciados na atualidade, a maioria dos pacientes submetidos a prostatectomia radical tem elevadas expectativas quanto à preservação da sua qualidade de vida sexual.

A disfunção erétil é sem dúvida a principal e mais temida complicação da prostatectomia radical do ponto de vista sexual. Já foi demonstrado que a disfunção erétil pós-prostatectomia radical é um determinante independente de pior qualidade de vida no pós-operatório,² estando associada à baixa

^IUrologista, Divisão de Urologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza (CE), Brasil.

^{II}Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (SP), Brasil.

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência:

Eduardo de Paula Miranda
R. 8 de setembro, 1.130 — Fortaleza (CE) — CEP 60175-210
Tel. (85) 99163-6365 — E-mail: mirandaedp@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 8 de junho de 2020. Última modificação: 11 de junho de 2020. Aceite: 12 de junho de 2020.

produtividade no trabalho, perda da autoestima e depressão. Boa parte das estratégias de seguimento pós-operatório focam quase que exclusivamente na prevenção e melhora da função erétil, de forma que outros quesitos da função sexual que podem ser igualmente incômodos costumam ser negligenciados e pouco explorados nos atendimentos de saúde.³ Sabe-se que além da disfunção erétil, pacientes em seguimento pós-prostatectomia radical estão em risco aumentado de desenvolver queda do desejo sexual, perda de volume peniano, deformidades do pênis e distúrbios do orgasmo e da ejaculação.

Nesse cenário muitos pacientes acabam se sentindo ainda mais incomodados pela falta de informação sobre tais condições no período pré-operatório. Estudos têm demonstrado que menos de 10% dos pacientes estavam cientes dos riscos de desenvolvimentos das mais diversas disfunções sexuais antes da prostatectomia radical, o que por si pode gerar sentimentos de inconformismo. Assim, por serem questões habitualmente pouco exploradas, a real prevalência e impacto na qualidade de vida de pacientes e casais ainda permanecem desconhecidos. Estimativas apontam que até 60% dos pacientes submetidos a tratamentos para câncer pélvico desenvolvem alguma disfunção sexual.^{4,5}

OBJETIVOS

O objetivo do presente artigo é revisar e discutir os efeitos sexuais adversos que costumam ser negligenciados no cuidado dos pacientes submetidos a prostatectomia radical para tratamento do câncer de próstata, os quais incluem: alterações de desejo sexual, distúrbios do orgasmo e da ejaculação, perda de volume peniano e deformidades penianas. Além disso, pretende-se disseminar a importância do conceito mais amplo de reabilitação sexual nesse contexto, a qual visa não apenas melhorar a qualidade das ereções dos pacientes, mas também melhorar a saúde sexual como um todo.

ALTERAÇÕES NO DESEJO SEXUAL

Queixas de queda do desejo sexual são bastante comuns na população masculina adulta.⁶ Sabe-se que o diagnóstico de câncer de próstata por si só costuma ter um impacto psicológico significativo, o que por sua vez pode diminuir o desejo sexual masculino. Infelizmente não há um número suficiente de estudos que avaliaram esse quesito na população de pacientes após prostatectomia radical. Soma-se a esse fato a presença de inúmeras controvérsias, inclusive a própria definição de desejo sexual hipoativo empregadas nos estudos, tornando praticamente impossível o delineamento de um panorama verossímil do problema. No entanto, estima-se que a perda ou diminuição do desejo sexual

acometa cerca de 60% a 80% em pacientes após a prostatectomia radical.⁷

Por outro lado, assume-se que a manutenção da normalidade no quesito desejo sexual seja fundamental para a busca por acompanhamento médico bem como para uma adequada aderência individual às estratégias de reabilitação sexual. Quanto maior o desejo, maior a chance de o paciente vir a fazer uso de tratamentos para disfunção erétil. Logo, tais questões precisariam ser idealmente abordadas em conjunto.

Nesse cenário, intervenções psicológicas e de aconselhamento sexual são fundamentais para melhorar a função erétil pós-operatória e, possivelmente, o nível de desejo sexual. Atenção especial deve ser dada à correlação entre desejo sexual hipoativo e deficiência de testosterona no subconjunto particular de pacientes submetidos a prostatectomia radical. Muitas vezes pode ser necessária a introdução de terapia de testosterona como adjunto à estratégia de reabilitação da função sexual, a qual tem se estabelecido nessa população de pacientes com câncer de próstata. Apesar de tradicionalmente o uso de testosterona exógena ser contraindicado em pacientes com neoplasia prostática, já há um corpo de evidência significativo apontando para sua segurança nesse contexto.⁸ No entanto, cautela ainda é necessária sobretudo nos casos de maior risco. Sabe-se que a normalização dos níveis de andrógenos pode melhorar a taxa de recuperação da função erétil, bem como o domínio do desejo sexual, apesar de esse último ter sido menos investigado pela literatura médica atual.

DISFUNÇÕES ORGÁSMICAS

1. Climactúria

Climactúria refere-se ao vazamento involuntário de urina no momento do orgasmo. Sua prevalência na literatura depende da definição utilizada, que pode variar de acordo com a quantidade de urina perdida, frequência e incômodo do paciente e de sua parceria, podendo chegar a números superiores a 90%. Fato é que a climactúria pode acometer mais de um quinto dos homens submetidos a prostatectomia radical, dos quais 45% relatam incômodos relacionados à sua condição e 15% afirmam ter percebido incômodo por parte da parceria. Sabe-se que o nível de incômodo depende da gravidade da climactúria, sobretudo em relacionamentos de mais curta duração.⁹

É bem verdade que a climactúria é uma condição passageira em boa parte dos casos, haja vista que sua prevalência três anos após a prostatectomia radical costuma ser baixa.¹⁰ Além disso, considerável parcela dessa população apresenta resposta satisfatória às medidas comportamentais que

incluem esvaziamento da bexiga antes da atividade sexual e do uso de camisinha. Apesar da falta de estudo que comprove a eficácia e aderência a tais medidas, e o fato de o vazamento de urina durante o orgasmo ser pequeno e transitório, é razoável inferir que a maioria dos pacientes possam ser manejados de forma conservadora com tais medidas. Um estudo observacional relatou que 85% dos pacientes com climactúria relataram perda de urina inferior a 5 ml com tais medidas.¹¹

Uma estratégia conservadora diferente foi proposta por Mehta e colaboradores em um estudo prospectivo de 124 pacientes com climactúria. Cada paciente foi instruído a aplicar uma alça de tensão variável na base do pênis durante a estimulação sexual logo após obtenção de ereção satisfatória.¹² Após três meses, os pacientes relataram diminuição significativa em termos de frequência de climactúria e o grau de vazamento, com quase metade deles não relatando persistência do problema no seguimento. No entanto, a desvantagem com essa abordagem é que pacientes com um maior comprometimento da função erétil não são capazes de estabelecer uma compressão forte o suficiente na uretra para impedir o vazamento. Para os casos mais graves e refratários, pode ser necessária a realização de tratamento cirúrgico que habitualmente consiste na implantação de esfíncter urinário artificial ou de *slíng* uretral, decisão que leva em conta também o estágio de incontinência urinária diurna de cada paciente.¹³

2. Disorgasmia

A disorgasmia é definida como uma sensação dolorosa ocorrendo no momento do orgasmo, que é localizada geralmente ao longo da haste peniana, mas pode ocorrer potencialmente em vários outros pontos anatômicos como reto, abdome inferior, testículos ou períneo.¹⁴ Há relatos de taxas de disorgasmia variando de 9% a 33% pós-prostatectomia radical, em que os locais mais comumente referidos são no pênis (70%) ou nos testículos (22%).^{7,10} A queixa costuma ser transitória com recuperação espontânea em até 30% dos casos por até cinco anos de seguimento pós-operatório.¹⁵ Até o momento, não há variáveis clínicas ou intraoperatórias capazes de prever de forma incontestável a ocorrência de disorgasmia. No entanto, há indícios de prevalência significativamente maior de disorgasmia em prostatectomia radical aberta quando comparada à técnica robótica, porém tal achado foi limitado a estudos observacionais.¹¹

Infelizmente, não há tratamentos com eficácia comprovada para a disorgasmia pós-prostatectomia radical. Os tratamentos disponíveis são voltados para possíveis fatores causais, eventualmente associados à psicoterapia.¹⁶ Farmacoterapia com alfabloqueadores, cabergolina e inibidores da fosfodiesterase tem demonstrado resultados inconsistentes. Um estudo com 131 pacientes que fizeram uso de cabergolina, que é

um agonista da dopaminérgico, na dose de 0,5 mg duas vezes por semana, demonstrou que 66% dos pacientes apresentaram melhora, porém do grupo em questão apenas 17% eram pós-prostatectomia radical.¹⁷ Um ensaio clínico randomizado e controlado por placebo avaliou a resposta de pacientes com disorgasmia pós-prostatectomia radical ao tratamento com 10 mg ou 20 mg de vardenafila.¹⁸ Seus resultados mostraram que ambas as doses dos medicamentos melhoraram significativamente o domínio de função orgásmica do índice internacional de função erétil (International Index of Erectile Function, IIEF) em comparação com basal. Portanto, é razoável acreditar que a melhora da função erétil pode ter impacto positivo significativo em quadros de disorgasmia.

3. Alterações da intensidade orgásmica

A diminuição da intensidade do orgasmo ou mesmo anorgasmia é frequentemente encontrada em pacientes pós-prostatectomia radical. De forma similar aos outros sintomas discutidos neste artigo, os mecanismos por trás desse achado ainda não são totalmente esclarecidos. No entanto, sabe-se que um forte componente psicogênico está associado à origem desse sintoma. Um estudo com pacientes sexualmente ativos em seguimento pós-prostatectomia radical demonstrou que anorgasmia e diminuição da intensidade do orgasmo foram relatados por 5% e 60% dos pacientes respectivamente.¹⁹ Curiosamente 6% dos indivíduos nesse estudo relataram aumento da intensidade orgásmica, enquanto 29% não referiram nenhuma alteração. Outras séries apontaram prevalência de diminuição da intensidade orgásmica variando entre 33% a 77%.⁷

É importante ressaltar que a disfunção erétil pode também estar relacionada à diminuição subjetiva da sensação orgásmica, fator que não foram controlados nesses estudos. Além disso, há indícios de que o domínio da função orgásmica avaliado pelo IIEF tende a melhorar em até 48 meses de pós-operatório.²⁰ O quesito idade é o principal preditor de pior função orgásmica pós-prostatectomia radical, sobretudo naqueles com mais de 60 anos. A qualidade da preservação nervosa no intraoperatório e a retirada de próstatas menores que 60 gramas demonstraram ser fatores de proteção ao desenvolvimento de disfunção orgásmica em uma análise multivariada.²¹ Por meio da interpretação de variáveis comuns neste estudo, permitiu-se concluir que, de maneira geral, uma função orgásmica é altamente dependente de uma função erétil adequada.

DISFUNÇÃO EJACULATÓRIA

Uma vez que a prostatectomia radical promove a retirada em bloco da próstata e das vesículas seminais juntamente

com a ligadura dos deferentes, todos os pacientes acabam desenvolvendo anejaculação no pós-operatório. Uma parcela dos pacientes refere saída de pequena quantidade de secreção clara durante o orgasmo após a prostatectomia radical, o que muitos acreditam ser ejaculação. Tal fenômeno nada mais é do que a descarga das glândulas bulbouretrais, podendo ser abundante em alguns indivíduos e gerar falsa impressão de ejaculação.

Dados sobre o impacto da perda de ejaculação após prostatectomia radical são escassos. No entanto, sabe-se que anejaculação tem várias implicações potenciais.⁷ Primeiramente ela pode estar associada a menor qualidade orgásmica, haja vista que a ejaculação e as sensações de prazer estão intimamente relacionadas, pelo menos em alguns homens. Ademais, sabe-se que pode haver interferência com a autopercepção de masculinidade e imagem corporal. A presença de orgasmos sem ejaculação parece incomodar significativamente a população de pacientes homossexuais após a prostatectomia radical, fato que necessita de mais investigação.²² De maneira geral, há poucos estudos que avaliam os impactos da prostatectomia radical na vida sexual de homens que fazem sexos com homens, inclusive há carência de instrumentos validados para avaliar tais desfechos. Por fim, a anejaculação torna os homens inférteis. Embora o câncer de próstata seja comumente diagnosticado em pacientes sem desejo reprodutivo, cada vez mais há casos entre homens mais jovens e com maior sobrevida após o tratamento. Isso faz com que as implicações sobre fertilidade devam ser discutidas rotineiramente com homens que serão submetidos à prostatectomia radical.²³

Pelo fato de a anejaculação ser uma complicação esperada em 100% dos casos, é comum que tal consequência não seja muitas vezes discutida com os pacientes. Em uma pesquisa que avaliou a qualidade das informações sobre a função sexual dadas aos pacientes no pré-operatório de prostatectomia radical, foi demonstrado que quase metade dos pacientes não sabiam de antemão que desenvolveriam anejaculação.²⁴ Talvez esse fato se deva pelo foco da equipe cirúrgica estar no controle oncológico e em estratégias de reduzir a incidência da disfunção erétil, ou até mesmo pelo desconhecimento da importância dessa função para certa parcela da população masculina.

ALTERAÇÕES DO VOLUME PENIANO

As dimensões penianas costumam ser símbolos de virilidade, de forma que anormalidades nesse quesito costumam gerar grande sofrimento aos homens. Sabe-se que a manipulação nervosa que ocorre durante a prostatectomia radical pode levar à degeneração do tecido cavernoso.

Tal fenômeno promove não apenas o desenvolvimento de disfunção erétil, mas pode também culminar com diminuição das dimensões penianas.

Múltiplas teorias, divididas em precoces e tardias, têm sido propostas para explicar a fisiopatologia das alterações do comprimento e calibre do pênis na população de pacientes pós-prostatectomia radical. A perda precoce que pode ocorrer imediatamente após a prostatectomia radical resulta de uma hiperativação adrenérgica do sistema nervoso simpático. Assim, há uma contração mantida da musculatura lisa do tecido erétil gerando um pênis retraído e hipertônico, o que tende a melhorar após três a seis meses da cirurgia. Tal conhecimento advém de estudos em animais que sugerem que as fibras nervosas simpáticas estão entre as primeiras a regenerar-se após lesão neural operatória, fenômeno intitulado "brotamento competitivo". No entanto, com o passar do tempo, mudanças estruturais secundárias à apoptose e à colagenização do tecido erétil podem levar a alterações fibróticas penianas, gerando diminuição de fibras elásticas e músculo liso, culminado com perda real do comprimento flácido esticado.²⁵⁻²⁷

A prevalência de alterações pós-operatórias no comprimento do pênis foram descritas e parecem variar de 0% a 71%, dependendo de quando e como foram obtidas as estimativas.⁷ Apesar de também ser comum a queixa de diminuição de calibre, sua avaliação na maior parte dos estudos é muito prejudicada. Como a avaliação do calibre necessita de ereção induzida, e é um processo dinâmico, há grande dificuldade em estimar as perdas volumétricas que os pacientes sofrem pós-prostatectomia radical. Já o comprimento costuma ser avaliado por meio do comprimento peniano flácido esticado, que apesar de ter certa variabilidade, é bem mais reprodutível.

A magnitude de perda foi descrita como da ordem de 9% no estado flácido e 22% no ereto, de forma que as alterações mais substanciais costumam ocorrer até oito meses de pós-operatório.²⁸ Munding e colaboradores encontraram medida de diminuição do comprimento do pênis em 71% dos homens pós-prostatectomia radical, que foi superior a um centímetro em 48% dos casos aos três meses do pós-operatório.²⁹ Por outro lado, há séries em que mudanças no comprimento peniano não foram observadas.³⁰ Além da diminuição medida do comprimento peniano, é comum a percepção subjetiva de perda por parte dos pacientes, referida por mais de 50% dos pacientes.³¹ Dentre os preditores para desenvolvimento de encurtamento peniano, a presença de disfunção erétil e o aumento do índice de massa corpórea são os mais significativos. Aparentemente a qualidade de preservação nervosa no intraoperatório é capaz de prevenir o estabelecimento de tais alterações.⁷

Portanto, há preocupação em se adotar estratégias para minimizar os efeitos deletérios da cirurgia nas dimensões penianas. Estudos que avaliaram o uso dos inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (IPDE5) na manutenção da função erétil de longo prazo também foram capazes de avaliar efeitos dessas medicações nas dimensões penianas. Apesar de o principal estudo que avaliou a tadalafila, que foi um ensaio clínico prospectivo, randomizado e controlado por placebo, não ter demonstrado melhora da função erétil espontânea após o término da terapia, o uso diário da droga protegeu de maneira significativa o comprimento peniano comparado ao placebo. Esse achado sugere que o tratamento com dose diária de tadalafila pode contribuir para a manutenção da integridade do tecido cavernoso.³² Dispositivos à vácuo também podem ser empregados no intuito de preservar as dimensões penianas. Uma metanálise recente sobre o tema incluiu os seis principais ensaios clínicos randomizados e controlados, com um total de 273 pacientes, e sugeriu que o dispositivo a vácuo parece ser uma estratégia efetiva na redução do encurtamento peniano após prostatectomia radical, apesar de os estudos incluídos nessa metanálise terem alguma falha metodológicas. Outra vantagem dos dispositivos a vácuo é a ausência de efeitos adversos importantes.³³

DEFORMIDADES PENIANAS

Além das queixas de diminuição da dimensões penianas, postula-se que as alterações estruturais desenvolvidas no pênis podem predispor ao aparecimento de deformidades penianas adquiridas, como a doença de Peyronie. A prevalência de doença de Peyronie após prostatectomia radical é ainda controversa, inclusive porque o diagnóstico de doença de Peyronie pode passar despercebido tanto no pré como no pós-operatório. Apesar disso, há indícios de que a doença de Peyronie seja mais prevalente nessa população de pacientes em comparação com a população geral. Acredita-se que o desenvolvimento de alterações fibróticas e hipóxia secundárias à denervação autonômica do pênis podem contribuir na gênese dessa afecção.³⁴

Um estudo que avaliou 1.011 indivíduos submetidos a prostatectomia radical demonstrou que a prevalência foi de 15,9% com aparecimento de deformidades e/ou placas penianas em até três anos após a prostatectomia radical.³⁵ Ainda assim, há relatos que demonstraram que praticamente nenhum paciente é informado no pré-operatório sobre a possível associação entre doença de Peyronie e prostatectomia radical.²⁴ A apresentação clínica mais comum da doença de Peyronie pós-prostatectomia radical costuma ser a curvatura peniana, contabilizando mais de 90% dos casos. Deformidades volumétricas como indentações, afilamentos e deformidades em

ampulhetas podem estar presente em até 25% dos casos. O *status* de preservação nervosa durante a prostatectomia radical, idade mais jovem e raça branca demonstraram ser preditores para o desenvolvimento de doença de Peyronie, enquanto a qualidade da ereção em si não parece ter significância estatística.³⁵ Outros fatores como tempo de sonda uretral durante a recuperação da prostatectomia radical e uso de injeções intracavernosas para tratamento da disfunção erétil também não demonstraram relevância estatística.

De toda forma, é importante incluir a discussão rotineira dos possíveis riscos de desenvolvimento de doença de Peyronie no pós-operatório de prostatectomia radical. Além disso, avaliação pormenorizada e exame físico cauteloso podem diagnosticar casos de doença de Peyronie mais sutis no pré-operatório e são recomendados.

CONCEITO DE REABILITAÇÃO SEXUAL

Profissionais de saúde têm a responsabilidade de garantir que os sobreviventes do câncer de próstata tenham qualidade de vida sexual após o tratamento. Nesse contexto, o termo reabilitação peniana foi sugerido pela primeira vez por Montorsi e colaboradores em 1997, que consistia no emprego de estratégias de tratamento para maximizar as chances de recuperação ou preservação da saúde do pênis.³⁶ A partir de então, vários protocolos de reabilitação peniana com diferentes agentes farmacológicos e não farmacológicos têm sido estudados.

No entanto o termo reabilitação peniana foca quase que exclusivamente na recuperação da função erétil. É bem verdade que a rigidez das ereções é um dos principais determinantes da satisfação sexual, além de outras variáveis psicossociais. Porém, é extremamente comum que casais relatem dificuldades com a adaptação e aceitação de mudanças na atividade sexual e descrevam piora na intimidade do relacionamento, mesmo naqueles que mantêm função erétil satisfatória.³ Tal fato sugere que concentrar-se apenas na função erétil não seja capaz de resolver de forma significativa todas as questões sexuais que pacientes e casais experienciam após a prostatectomia radical.

Nesse cenário, surge um conceito mais amplo do que simplesmente a reabilitação peniana centrada na ereção, denominado reabilitação sexual. A perspectiva mais abrangente da reabilitação sexual pós-prostatectomia radical sustenta a complexidade da disfunção sexual nesses pacientes. Nesse modelo de cuidado, busca-se maior entendimento de questões relacionais, além de abordagem ampla dos diferentes aspectos da função sexual masculina, que incluem as disfunções discutidas neste artigo. Além disso, a avaliação e o tratamento deveriam ser focados na experiência dos

pacientes, incluindo características emocionais e relacionais que incluem: gerenciamento de expectativas e do sentimento de falta de controle, tratamento pró-erétil, entre outros. A própria má adesão aos IPDE5 pode estar relacionada ao sentimento de culpa, depressão, perda de confiança, ansiedade e raiva associada à dependência de terapias medicamentosas.

Embora não existam estatísticas definitivas, pesquisa recente revelou que 46% dos pacientes tinham problemas de saúde sexual relacionados ao diagnóstico e tratamento de câncer e 71% afirmaram não ter recebido quaisquer cuidados para tais disfunções.³⁷ Um estudo francês demonstrou números semelhantes em que 54,7% relataram que nenhum profissional de saúde discutiu aspectos da sexualidade e apenas 23,4% recebeu orientações sobre como lidar com a disfunção sexual.³⁸ É, então, uma constatação de que a maioria dos profissionais de saúde não aborda questões relativas à saúde sexual nos pacientes oncológicos, concentrando-se apenas nos resultados do tratamento, no controle de efeitos adversos não sexuais e na sobrevida.³⁹ Primeiramente, para um tratamento de reabilitação sexual adequado, é fundamental uma abordagem de cuidado multidisciplinar, de modo a ajudar os pacientes a manterem a intimidade do casal satisfatória e restaurar a qualidade da vida sexual após a prostatectomia radical.

CONCLUSÃO

De maneira geral, pode-se afirmar que há negligência global no cuidado clínico das disfunções sexuais nos sobreviventes do câncer de próstata pós-prostatectomia radical. A avaliação e o cuidado dos chamados efeitos colaterais negligenciados após prostatectomia radical, que incluem alterações do desejo sexual, perda de volume peniano, desenvolvimento de doença de Peyronie e disfunções orgásmicas e ejaculatórias, devem se tornar rotina no seguimento de tais pacientes.

Sabe-se que a prevalência de tais sintomas não é desprezível e que todos os profissionais da área da saúde deveriam ter melhor consciência desse fato para promover o adequado aconselhamento pré-operatório, bem como o acompanhamento pós-operatório dentro de um contexto multidisciplinar. O estabelecimento de expectativas realistas em relação às mudanças na função sexual e ao bem-estar após a cirurgia são determinantes significativas da qualidade de vida nessa população. Portanto, é imprescindível que haja maior disseminação de protocolos de reabilitação sexual ao invés de reabilitação peniana falocêntrica limitada ao cuidado exclusivo da função erétil.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA; 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acessado em 2020 (9 jun).
2. Penson DF, Feng Z, Kuniyuki A, et al. General quality of life 2 years following treatment for prostate cancer: what influences outcomes? Results from the prostate cancer outcomes study. *J Clin Oncol*. 2003;21(6):1147-54. PMID: 12637483; doi: 10.1200/JCO.2003.07.139.
3. Aoun F, Peltier A, van Velthoven R. Penile rehabilitation after pelvic cancer surgery. *ScientificWorldJournal*. 2015;2015:876046. PMID: 25785286; doi: 10.1155/2015/876046.
4. Goldfarb S, Mulhall J, Nelson C, et al. Sexual and reproductive health in cancer survivors. *Semin Oncol*. 2013;40(6):726-44. PMID: 24331193; doi: 10.1053/j.seminoncol.2013.09.002.
5. Salonia A, Burnett AL, Graefen M, et al. Prevention and management of postprostatectomy sexual dysfunctions. Part 1: choosing the right patient at the right time for the right surgery. *Eur Urol*. 2012;62(2):261-72. PMID: 22575909; doi: 10.1016/j.eururo.2012.04.046.
6. Laumann EO, Waite LJ. Sexual dysfunction among older adults: prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57-85 years of age. *J Sex Med*. 2008;5(10):2300-11. PMID: 18702640; doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00974.x.
7. Salonia A, Adaikan G, Buvat J, et al. Sexual Rehabilitation After Treatment For Prostate Cancer-Part 2: Recommendations From the Fourth International Consultation for Sexual Medicine (ICSM 2015). *J Sex Med*. 2017;14(3):297-315. PMID: 28262100; doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.11.324>.
8. Miranda EP, Torres LO. Late-onset hypogonadism: Prostate safety [published online ahead of print, 2020 Feb 13]. *Andrology*. 2020. PMID: 32056383; doi: 10.1111/andr.12772.
9. Salter CA, Bach PV, Miranda E, et al. Bother Associated With Climacturia After Radical Prostatectomy: Prevalence and Predictors. *J Sex Med*. 2020;17(4):731-6. PMID: 31973900; doi: 10.1016/j.jsxm.2019.12.016.
10. Capogrosso P, Ventimiglia E, Cazzaniga W, Montorsi F, Salonia A. Orgasmic Dysfunction after Radical Prostatectomy. *World J Mens Health*. 2017;35(1):1-13. PMID: 28459142; doi: 10.5534/wjmh.2017.35.1.1.
11. Capogrosso P, Ventimiglia E, Serino A, et al. Orgasmic Dysfunction After Robot-assisted Versus Open Radical Prostatectomy. *Eur Urol*. 2016;70(2):223-6. PMID: 26572706; doi: 10.1016/j.eururo.2015.10.046.
12. Mehta A, Deveci S, Mulhall JP. Efficacy of a penile variable tension loop for improving climacturia after radical prostatectomy. *BJU Int*. 2013;111(3):500-4. PMID: 22672308; doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11269.x.
13. Jain R, Mitchell S, Laze J, Lepor H. The effect of surgical intervention for stress urinary incontinence (UI) on post-prostatectomy UI during sexual activity. *BJU Int*. 2012;109(8):1208-12. PMID: 21895932; doi: 10.1111/j.1464-410X.2011.10506.x.

14. Barnas JL, Pierpaoli S, Ladd P, et al. The prevalence and nature of orgasmic dysfunction after radical prostatectomy. *BJU Int.* 2004;94(4):603-5. PMID: 15329121; doi: 10.1111/j.1464-410X.2004.05009.x.
15. Matsushita K, Tal R, Mulhall JP. The evolution of orgasmic pain (dysorgasmia) following radical prostatectomy. *J Sex Med.* 2012;9(5):1454-8. PMID: 22458302; doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02699.x.
16. Jenkins LC, Mulhall JP. Editor's Comment--How Dangerous is Testosterone Supplementation? *Int Braz J Urol.* 2015;41(2):195-8. PMID: 26005958; doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2015.02.02.
17. Nehra A, Grantmyre J, Nadel A, Thibonnier M, Brock G. Vardenafil improved patient satisfaction with erectile hardness, orgasmic function and sexual experience in men with erectile dysfunction following nerve sparing radical prostatectomy. *J Urol.* 2005;173(6):2067-71. PMID: 15879836; doi: 10.1097/01.ju.0000158456.41788.93.
18. Frey A, Sønksen J, Jakobsen H, Fode M. Prevalence and predicting factors for commonly neglected sexual side effects to radical prostatectomies: results from a cross-sectional questionnaire-based study. *J Sex Med.* 2014;11(9):2318-26. PMID: 24995845; doi: 10.1111/jsm.12624.
19. Salonia A, Gallina A, Briganti A, et al. Postoperative orgasmic function increases over time in patients undergoing nerve-sparing radical prostatectomy. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 1):149-55. PMID: 19796018; doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01518.x.
20. Hollenbeck BK, Dunn RL, Wei JT, Montie JE, Sanda MG. Determinants of long-term sexual health outcome after radical prostatectomy measured by a validated instrument. *J Urol.* 2003;169(4):1453-7. PMID: 12629382; doi: 10.1097/01.ju.0000056737.40872.56.
21. Lee TK, Handy AB, Kwan W, et al. Impact of Prostate Cancer Treatment on the Sexual Quality of Life for Men-Who-Have-Sex-with-Men. *J Sex Med.* 2015;12(12):2378-86. PMID: 26537853; doi: 10.1111/jsm.13030.
22. Salonia A, Capogrosso P, Castiglione F, et al. Sperm banking is of key importance in patients with prostate cancer. *Fertil Steril.* 2013;100(2):367-72.e1. PMID: 23651627; doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.03.049.
23. Deveci S, Gotto GT, Alex B, O'Brien K, Mulhall JP. A survey of patient expectations regarding sexual function following radical prostatectomy. *BJU Int.* 2016;118(4):641-5. PMID: 26906935; doi: 10.1111/bju.13398.
24. Berookhim BM, Nelson CJ, Kunzel B, Mulhall JP, Narus JB. Prospective analysis of penile length changes after radical prostatectomy. *BJU Int.* 2014;113(5b):E131-E136. PMID: 24053766; doi: 10.1111/bju.12443.
25. Mulhall JP, Muller A, Donohue JF, et al. The functional and structural consequences of cavernous nerve injury are ameliorated by sildenafil citrate. *J Sex Med.* 2008;5(5):1126-36.
26. Weyne E, Mulhall J, Albersen M. Molecular pathophysiology of cavernous nerve injury and identification of strategies for nerve function recovery after radical prostatectomy. *Current drug targets.* 2015;16(5):459-73. PMID: 18331274; doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00794.x.
27. Fraiman MC, Lepor H, McCullough AR. Changes in Penile Morphometrics in Men with Erectile Dysfunction after Nerve-Sparing Radical Retropubic Prostatectomy. *Mol Urol.* 1999;3(2):109-15. PMID: 10851312.
28. Munding MD, Wessells HB, Dalkin BL. Pilot study of changes in stretched penile length 3 months after radical retropubic prostatectomy. *Urology.* 2001;58(4):567-9. PMID: 11597540; doi: 10.1016/S0090-4295(01)01270-5.
29. Briganti A, Fabbri F, Salonia A, et al. Preserved postoperative penile size correlates well with maintained erectile function after bilateral nerve-sparing radical retropubic prostatectomy. *Eur Urol.* 2007;52(3):702-7. PMID: 17418936; doi: 10.1016/j.eururo.2007.03.050.
30. Carlsson S, Nilsson AE, Johansson E, et al. Self-perceived penile shortening after radical prostatectomy. *Int J Impot Res.* 2012;24(5):179-84. PMID: 22573233; doi: 10.1038/ijir.2012.13.
31. Montorsi F, Brock G, Stolzenburg JU, et al. Effects of tadalafil treatment on erectile function recovery following bilateral nerve-sparing radical prostatectomy: a randomised placebo-controlled study (REACTT). *Eur Urol.* 2014;65(3):587-96. PMID: 24169081; doi: 10.1016/j.eururo.2013.09.051.
32. Qin F, Wang S, Li J, Wu C, Yuan J. The Early Use of Vacuum Therapy for Penile Rehabilitation After Radical Prostatectomy: Systematic Review and Meta-Analysis. *American journal of men's health.* 2018;12(6):2136-43. PMID: 30182794; doi: 10.1177/1557988318797409.
33. Iacono F, Giannella R, Somma P, et al. Histological alterations in cavernous tissue after radical prostatectomy. *J Urol.* 2005;173(5):1673-6. PMID: 15821546; doi: 10.1097/01.ju.0000154356.76027.4f.
34. Tal R, Heck M, Teloken P, et al. Peyronie's disease following radical prostatectomy: incidence and predictors. *Sex Med.* 2010;7(3):1254-61. PMID: 20500447; doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01655.x.
35. Montorsi F, Guazzoni G, Strambi LF, et al. Recovery of spontaneous erectile function after nerve-sparing radical retropubic prostatectomy with and without early intracavernous injections of alprostadil: results of a prospective, randomized trial. *The Journal of urology.* 1997;158(4):1408-10. PMID: 9302132.
36. Higano CS, Zarowski C, Wassersug R, Elliott S. Sexual Health After Cancer Therapy [published correction appears in *J Oncol Pract.* 2016 Jun;12 (6):596]. *J Oncol Pract.* 2016;12(4):305-6. PMID: 27072384; doi: 10.1200/JOP.2016.011536.
37. Ben Charif A, Bouhnik AD, Courbiere B, et al. Patient Discussion About Sexual Health With Health Care Providers After Cancer-A National Survey. *J Sex Med.* 2016;13(11):1686-94. PMID: 27686697; doi: 10.1016/j.jsxm.2016.09.005.
38. Mercadante S, Vitrano V, Catania V. Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Support Care Cancer.* 2010;18(6):659-65. PMID: 20237806; doi: 10.1007/s00520-010-0814-0.