

# Expressão da Sexualidade no Jovem Orquiectomizado: Relatos de Experiências.



**Realização:**

Elisabete Soares dos Reis N° 200791631

**Orientação:**

Prof. Ema Perdigão







Universidade Atlântica

VII Curso de Licenciatura em Enfermagem

# Expressão da Sexualidade no Jovem Orquiectomizado: Relatos de Experiências.

Monografia realizada no âmbito do VII Curso de Licenciatura em Enfermagem com a finalidade de obter o grau académico de Licenciatura.

**Realização:**

Elisabete Soares dos Reis Nº 200791631

**Orientação:**

Prof. Ema Perdigão

Barcarena, 2012





A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório.



## Agradecimentos

O presente agradecimento pretende homenagear todas as pessoas que de uma forma directa ou indirecta contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

O meu agradecimento sentido!



## Resumo

**Titulo:** Expressão da Sexualidade do Jovem .Orquiectomizado: Relatos de Experiências.

**Palavras-chave:** Sexualidade, tumor testicular, orquiectomia.

Com base na problemática as experiências vividas pelo jovem, submetido a orquiectomia radical, como consequência do cancro do testículo, o presente estudo teve como objectivo descrever a forma como o indivíduo orquiectomizado vive a sua sexualidade, identificar as estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades sentidas.

Optou-se por realizar um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa. Para tal, utilizou-se uma amostra de conveniência, representada por cinco indivíduos que experienciaram o fenómeno em estudo.

Para a recolha de dados, realizaram-se entrevistas semi-dirigidas, áudio gravadas e a sua análise foi realizada através da técnica preconizada por Laurence Bardin.

Como principais conclusões, destacaram-se as seguintes:

- As alterações físicas tiveram um forte impacto inicial no conceito de auto imagem do indivíduo e factores psicológicos influenciaram o desempenho sexual, que posteriormente foram eliminados.
- Salientam-se alguns sentimentos referidos pelos participantes que demonstram a agressividade e a dificuldade em conseguir ultrapassar o diagnóstico e tratamento do tumor do testículo, tais como o medo, a vergonha e a insegurança.
- As estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas apontadas pelos participantes passam pela aceitação pessoal, a relação com as pessoas significativas e apoio psicológico.
- Constata-se que é essencial, no relacionamento entre o casal, que haja comunicação, desmistificando os preconceitos e trabalhando a “nova sexualidade”, como uma nova forma de encarar a vida.



## Abstract

**Title:** Expression of Sexuality on young orchietomy: Reports of Experiences.

**Keywords:** Sexuality, testicular tumor, orchietomy.

Based on the problematic experiences for young, underwent radical orchietomy, as a result of testicular cancer, this study aimed to describe how individuals live their sexuality and identify the strategies used to deal with the difficulties.

We decided to conduct an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. To this end, we used an accidental or convenience sampling, represented by five individuals who experienced the phenomenon under study.

For data collection, held open interviews audio recorded and analysis was performed using the technique recommended by Laurence Bardin.

The main conclusions highlighted the following:

- Physical changes had a strong initial impact on the concept of self-image of the individual and psychological factors influence sexual performance, so that later eliminated.
- There are signs some of the feelings expressed by the participants who demonstrate aggressiveness and difficulty in overcoming the diagnosis and treatment of tumors of the testis, such as fear, shame and insecurity.
- Strategies to overcome the difficulties mentioned by the participants go through the personal acceptance, the relationship with significant others and psychological support.
- It is essential in the relationship between the couple, there is communication, demystifying the prejudices and working in a way the "new sexuality" as a new way of looking at life.



## Índice

Índice.....	iii
Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico .....	5
1.1. Contextualização do tema .....	5
1.2. Cancro do testículo .....	7
1.2.1. Anatomia do testículo .....	7
1.2.2. Etiologia .....	8
1.2.3. Epidemiologia.....	9
1.2.4. Fisiopatologia .....	10
1.2.5. Diagnóstico de cancro do testículo .....	10
1.2.6. Tipos de tratamento .....	12
1.2.7. Complicações da orquiectomia radical .....	133
1.3. Sexualidade .....	154
1.3.1. Sexualidade, Cultura e Imagem Corporal .....	177
1.3.2. Sexualidade como Actividade de Vida .....	188
1.3.3. Importância da Enfermagem na Reabilitação .....	199
2.Decisões Metodológicas.....	21
2.1. Paradigma e Tipo de Estudo.....	21
2.2. População Alvo, Amostra e Processo de Amostragem.....	23
2.3. Método de colheita de dados .....	24
2.4. Pré-teste.....	26
2.5. Análise de dados.....	27
2.6. Considerações Éticas .....	28
3.Interpretação de dados.....	30
3.1. Individualidade da pessoa .....	31
3.2. Estratégias para ultrapassar dificuldades sentidas .....	37
4.Conclusão .....	44
5.Implicações e Limitações .....	48

5.1. Implicações para a Enfermagem.....	48
5.2. Limitações para a Enfermagem .....	48
6.Sugestões .....	50
Referências Bibliográficas .....	53
Apêndices .....	57
Apêndice A – Cronograma.....	59
Apêndice B – Consentimento Informado.....	61
Apêndice C – Guião da Entrevista.....	63
Apêndice D – Entrevistas.....	65

## Índice de Tabelas

	p.
Tabela 3.1. – Categorias encontradas através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas.	31
Tabela 3.2. – Individualidade da Pessoa.	32
Tabela 3.3. – Desempenho Sexual	32
Tabela 3.4. – Infertilidade.	33
Tabela 3.5. – Reações de Confrontação face às alterações Físicas.	35
Tabela 3.6. – Vergonha.	36
Tabela 3.7. – Baixa auto-estima.	37
Tabela 3.8. – Estratégias para ultrapassar dificuldades sentidas.	38
Tabela 3.9. – Aceitação Pessoal	38
Tabela 3.10. – Companheira	39
Tabela 3.11. – Familiares/Amigos	41
Tabela 3.12. – Apoio Especializado	42



## Introdução

No âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem, no programa de estudos da disciplina de Investigação em Enfermagem, do 3º ano da Escola Superior de Saúde Atlântica, foi proposta a realização de um trabalho de investigação - Monografia.

Como tal, pretende-se desenvolver o tema relacionado com as experiências vividas pelo, jovem, submetido a orquiectomia radical como consequência do cancro do testículo.

O cancro do testículo é uma neoplasia rara, com incidência média de 3.5 casos por 1000.000 homens mas é o mais frequente em jovens adultos (Leal, 2004). Quando é comparado com outros tipos de cancro, representa 1 a 1,5 % de entre todos os tipos de cancro que afectam o sexo masculino. (Albers, 2008). Contudo, é a neoplasia maligna mais frequente em homens entre os 20 e os 35 anos, período de plena actividade reprodutiva. Segundo Phipps (2003) é a principal causa de morte na faixa etária entre os 15 e 35 anos. De acordo com a OMS (2008), publicada por Globocan, estima-se que a incidência desta neoplasia seja de 52 322 casos (1.5%), com mortalidade de 9874 de casos (0.35%) no Mundo.

Apresenta um crescimento rápido e um elevado risco de doença metastática. O diagnóstico e o início do tratamento deverão ser rápidos assim que é detectada a alteração. A orquiectomia radical é, normalmente, o tratamento de eleição, por vezes acompanhado de quimioterapia e/ou radioterapia.

A problemática deste estudo prende-se com o conhecimento sobre a forma como a pessoa lida com a sua sexualidade após a orquiectomia radical. Salienta-se que a sexualidade pode causar alguns constrangimentos entre profissionais de saúde e clientes. É primordial desmistificar esta temática e a abordagem desta actividade de vida deve ter a mesma ênfase que as restantes actividades com vista à individualidade dos cuidados.

O facto do indivíduo poder sentir-se fragilizado e constrangido com o tema pode levar à adopção de comportamentos baseados em informações erradas relativamente às implicações sexuais de uma patologia ou incapacidade, criando alguma confusão quanto

às expectativas sexuais, causado em alguns casos pelo desconhecimento da existência de apoios que promovam o reajustamento sexual.

Cabe ao enfermeiro e ao conjunto multidisciplinar de profissionais de saúde quebrar o silêncio que acompanha as alterações na sexualidade e função sexual, ajudando o indivíduo a colocar a sua saúde sexual num nível satisfatório após uma situação de incapacidade.

Será fundamental que os enfermeiros adquiram e desenvolvam conhecimentos relativos à sexualidade, de forma a prestar uma assistência de excelência, individualizada, capaz de corresponder às expectativas dos indivíduos.

Assim, é no contexto da sexualidade que se pretende identificar as implicações que surgem a nível físico e psicológico do indivíduo, de forma a conferir uma vida sexual satisfatória. Identifica-se como problema do estudo o impacto na sexualidade no indivíduo orquiectomizado.

A OMS (2003) define a sexualidade como “ Uma energia que nos motiva a procurar para encontrar amor, contacto, ternura, intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e por isso influencia também a nossa saúde física e mental”.

A Enfermagem é a arte de cuidar dos outros, de compreender os efeitos e limitações que os processos de doença, tratamentos ou sequelas provocam no indivíduo, devendo desenvolver estratégias, em conjunto, capazes de recuperar competências anteriores ou manter as existentes.

É um processo de partilha, de confiança mútua e de acompanhamento num processo de reabilitação, que faz dos enfermeiros elementos essenciais na equipa multidisciplinar no acompanhamento das disfunções da sexualidade (Greco, 2000).

A sexualidade individual é condicionada pela auto-imagem, pelo auto-conceito, pelo modo como a pessoa se reconhece e pela forma como transmite a sua personalidade e a sua individualidade. A sociedade em geral influencia a sexualidade, criando estereótipos de beleza, comodidade económica e actividade social.

Contudo, durante um processo de doença, existem alterações físicas decorrentes de tratamentos ou cirurgias que alteram ou limitam a resposta sexual, que mutilam a auto-estima e a sexualidade individual, estamos perante uma necessidade de intervenção multidisciplinar, que deverá ser cuidada e imperiosa, dirigida para o bem-estar e qualidade de vida do indivíduo.

De acordo com Greco (2000), é fundamental que os enfermeiros desenvolvam competências ao nível cognitivo acerca da resposta sexual humana, diversidade e prevalência dos comportamentos sexuais, tipos de disfunções sexuais, conhecimento dos factores que interferem com as disfunções e estratégias a adoptar para a reabilitação sexual do indivíduo e do casal.

O objectivo deste estudo é descrever da forma como o indivíduo orquiectomizado vive a sua sexualidade, do qual decorrem as questões de investigação “De que forma o indivíduo orquiectomizado vive a sua sexualidade?” e “Quais as estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades sentidas?”.

A finalidade das questões de investigação é orientar o decorrer do estudo no sentido de atingir os objectivos propostos, pois quanto maior for o conhecimento que os enfermeiros têm sobre a sexualidade, das experiências vividas e dificuldades sentidas pelos indivíduos, mais adequada será a abordagem dos profissionais de saúde às necessidades de cada cliente.

Um processo de investigação desenvolve-se por fases, sendo elas, a fase conceptual, a fase metodológica e, por último, a fase empírica.

A fase conceptual consiste na escolha do tema, revisão da literatura, formulação do problema de investigação, enunciado do objectivo, das questões de investigação e das hipóteses.

Seguidamente a fase metodológica, que consiste na escolha do desenho investigação, definição da população alvo e da amostra, bem como a descrição dos métodos de colheita e análise dos dados.

A fase empírica, comporta a colheita e análise dos dados e posteriormente a interpretação e difusão dos resultados.

A presente monografia encontra-se estruturada por sete capítulos. No primeiro capítulo encontra-se a contextualização do tema, no segundo capítulo e seus subcapítulos encontra-se a patologia, fisiopatologia, tipos de tratamento e as suas complicações. A temática sexualidade como actividade de vida diária bem como a sua importância para a enfermagem encontram-se no terceiro capítulo. As decisões metodológicas referentes ao estudo encontram-se no quarto capítulo e seus subcapítulos. Seguidamente, no quinto capítulo, encontra-se a interpretação de dados e a conclusão encontra-se no sexto capítulo. Finalizando, no sétimo capítulo, encontram-se as referências bibliográficas que serviram de suporte durante o decurso do projecto de monografia e que serão o suporte ao estudo.

O relatório de monografia foi elaborado tendo por base as normas de apresentação de trabalhos escritos propostas pela Universidade Atlântica e nos aspectos em que estas são omissas, seguiram-se as orientações preconizadas pelo autor Mário Azevedo (2004).

## 1. Enquadramento Teórico

### 1.1. Contextualização do tema

A Enfermagem, como disciplina, reconhece a necessidade de perceber, estudar e olhar a pessoa como um todo, nas suas dimensões biológica, psicológica, social e cultural de forma integrada e interactiva. É descrita como a arte e ciência do cuidar humano (Roper, 2006).

A sexualidade é um modo de comunicação entre indivíduos e está presente em todos os aspectos da nossa vida. Perante um diagnóstico de neoplasia, é por vezes relegada para segundo plano, assistindo-se ainda a uma desvalorização da mesma, tanto pela pessoa como pelos profissionais de saúde.

O conceito de sexualidade humana é multidimensional incluindo o sexo, género, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, ligações emocionais, amor e reprodução.

Como qualquer outra actividade de vida diária, também a sexualidade é uma necessidade humana básica (Greco, 2000). A colheita de informação realizada no acolhimento ao cliente acometido por esta problemática deve abordar todas as Actividades de Vida Diárias, contudo deverá atribuir uma ênfase especial à Actividade de Vida Sexualidade uma vez que esta patologia afecta especificamente a genitália.

É fundamental compreender de que forma esta actividade de vida é afectada pela doença, para tal é necessário colher dados sobre como o cliente vivia a sua sexualidade antes do diagnóstico da doença. Através de uma boa colheita de dados podem identificar-se estratégias e discutir soluções para poder preparar o cliente para potenciais alterações. De acordo com o mesmo autor “a falta de comunicação é originada por um certo embaraço do tema na relação terapêutica e na falta de soluções claras” contudo, segundo Valério (2008) “muitos dos problemas e dúvidas sexuais dos doentes têm solução, desde que se dê tempo para a comunicação”.

A intimidade assume um papel psicológico e social, essencial na identidade e na integração do indivíduo, devendo ser analisada do ponto de vista das experiências individuais, do relacionamento interpessoal e dos propósitos sociais.

Perante alterações da sexualidade, o indivíduo e o/a companheiro/a apresentam dificuldade em abordar questões sobre o tema, devendo esta iniciativa ser tomada pelos profissionais de saúde, quebrando o silêncio e permitindo que este expresse as suas necessidades. Tendo a noção dos aspectos acima referidos pretende-se com este trabalho de investigação alargar o conhecimento sobre o impacto da orquiectomia radical na sexualidade do indivíduo.

Para que os enfermeiros consigam tornar eficaz a sua abordagem ao indivíduo, devem anteriormente adquirir formação sobre a sexualidade bem como saber identificar e aceitar os seus próprios sentimentos, valores, crenças e condutas sexuais.

## **1.2.Cancro do testículo**

### **1.2.1. Anatomia do testículo**

Os testículos apresentam uma forma oval, com aproximadamente 4 ou 5 cm no maior diâmetro, e constituem o órgão reprodutor masculino. Encontram-se localizados atrás do pénis, dentro do escroto ou bolsa escrotal, suspensos pelos cordões espermáticos que estão ligados aos rebordos posteriores dos testículos. No rebordo lateral de cada cordão espermático encontra-se o epidídimo que se apresenta como uma estrutura estreita e achatada.

Os testículos são compostos por tecido glandular composto por muitos lóbulos, de diversos tamanhos consoante a sua localização que por sua vez é coberto por tecido fibroso. Cada lóbulo corresponde a 600 a 1200 pequenas estruturas denominados por tubos seminíferos que produzem o esperma. O revestimento dos tubos seminíferos produz espermatozóides continuamente, a um ritmo de cerca de 120 milhões/dia no jovem adulto.

Para além da produção de espermatozóides, os testículos são glândulas endócrinas e exócrinas em simultâneo. As hormonas androgénicas masculinas são estimuladas pela hormona libertadora da gonadotrofina do hipotálamo, esta estimula a hipófise anterior, que vai segregar a hormona luteinizante e foliculostimulina. A hormona luteinizante estimula a produção de testosterona, nos testículos e a hormona foliculostimulina estimula a formação de esperma.

Os testículos produzem testosterona (produzida em maior quantidade), diidrotestosterona e a androstenediona.

Essas glândulas são localizadas fora do corpo por que para que os espermatozóides se desenvolvam, há necessidade que os testículos mantenham uma temperatura alguns graus abaixo da temperatura normal do corpo (Seeley, 2005).

Ao longo do testículo encontram-se distribuídas as células de Leydig que são a principal fonte de produção de testosterona do organismo. É responsável pela manutenção da libido (desejo sexual) e pela produção dos espermatozoides e, conseqüentemente, pela fertilidade (Phipps, 2003).

### 1.2.2. Etiologia

A etiologia do cancro do testículo permanece desconhecida embora se possam considerar alguns factores de risco tais como o criptorquidismo, antecedente de tumor testicular contralateral, história familiar e a infertilidade ou subfertilidade (Faria, 2010).

O criptorquidismo é a malformação genital mais comum na infância. O testículo não desce até ao saco escrotal e pode situar-se em diversos locais do canal inguinal. O risco de cancro testicular associado ao criptorquidismo é 40% superior. A má localização do testículo associado a factores ambientais, tais como temperatura inadequada e mecanismos auto-imunes, originam a lesão acima citada.

Segundo a Faria (2010), quanto mais precoce for o aparecimento de cancro testicular, maior a probabilidade de tumor testicular contralateral. Ainda segundo a mesma fonte, homens inférteis com espermogramas alterados apresentam maior possibilidade de desenvolvimento de tumor testicular do que indivíduos da população em geral.

A avaliação familiar de portadores de cancro do testículo evidencia a concordância da transmissão genético-hereditária da neoplasia (Faria, 2010).

Têm sido apresentadas teorias sobre a origem de alterações malignas, envolvendo carcinogêneos químicos, traumatismos e orquite. Tendo em conta a maior incidência de cancro testicular nas zonas rurais, considera-se ainda a hipótese de factores desencadeantes ambientais (Phipps, 2003).

O cancro testicular é mais comum na população masculina de raça branca. Esta patologia tem 90% a 100% de hipótese de cura quando é detectado e tratado precocemente (Phhips, 2003).

### 1.2.3. Epidemiologia

Actualmente, em Portugal, o cancro é uma das principais causas de morte e, seguramente uma das situações com maior impacto ao nível da prestação de cuidados hospitalares e nível de incapacidade. Neste cenário, a doença oncológica tornou-se uma das prioridades das políticas de saúde em Portugal.

As doenças oncológicas têm um grande impacto não só nos indivíduos que as apresentam como também nos seus familiares e na sociedade em geral.

A incidência global da neoplasia maligna do testículo tem aumentado nos últimos 40 anos, segundo SEER (Surveillance, Epidemiology and end Resultes, 2011), sendo que o maior aumento se verifica nos países ocidentais. Além da variabilidade geográfica, verifica-se que a raça caucasiana tem maior risco de envolvimento desta patologia.

Os dados mais recentes relativos à incidência do cancro em Portugal apresentam-se no Registo Oncológico Nacional 2005.

Em Portugal, houve registo de 105 novos casos de cancro do testículo, no ano 2001, sendo de 2,2 % a taxa de incidência bruta por 100.000 de tumores malignos. Já em 2005 foram registados 149 novos casos, com uma taxa de incidência de 2.91%.

No Registo Oncológico Nacional (2001) constatou-se que a taxa de incidência padronizada da população europeia por 100.000 de tumores malignos é de 2,0% sendo a da população mundial de 1,9%. Dados desconhecidos no registo oncológico nacional de 2005.

O grupo etário mais afectado é aquele com idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos (18,1%), sendo a razão de mortalidade de 21%. Isto deve-se ao facto de cerca de 70% dos novos casos serem diagnosticados numa fase inicial. Isto faz com que tenha uma elevada taxa de cura, principalmente marcado pelo diagnóstico precoce e pela elevada sensibilidade à quimioterapia e radioterapia (Albers, 2008).

Em 2005, dos 149 casos diagnosticados, 32,89% casos tratavam-se de seminomas, 11,77% de carcinoma embrionário, 8,05% de teratocarcinoma e 44,30% a percentagem de restantes tipos de tumores.

#### 1.2.4. Fisiopatologia

A apresentação clínica mais comum é o aumento indolor do volume testicular e/ou a presença de uma massa palpável. O aumento do volume é, geralmente, gradual e constante, associado à sensação de peso ou desconforto testicular.

O testículo normal é oval, móvel, macio e homogêneo na sua consistência. A porção posterior é anexada ao epidídimo mas facilmente distinguível. Qualquer massa sólida palpável dentro da túnica albugínea deve ser suspeita e motivo para avaliação pormenorizada através de transiluminação do testículo, para a diferenciação entre estrutura sólida ou cística, e a ultrassonografia para adicionar informações sobre a localização e consistência das massas testiculares.

A neoplasia testicular pode ser de natureza germinal ou não germinal. O cancro germinal, que se apresenta em cerca de 90 a 95% dos casos, divide-se em dois grupos: seminomas (40%) e não-seminomas (60%). Podem ainda ocorrer tumores com células mistas (Phipps, 2003).

#### 1.2.5. Diagnóstico de tumor do testículo

O diagnóstico de presunção de uma doença neoplásica é feito através da clínica, apoiada por exames complementares de diagnóstico laboratoriais, imagiológicos ou outros.

O diagnóstico de tumor do testículo é baseado em:

**Exame clínico:** e exame geral para excluir adenomegalias ou massas abdominais;

**Ecografia escrotal:** para confirmar massa testicular, obrigatória em jovens com massas retroperitoneal ou marcadores tumorais séricos e sem massa escrotal palpável;

**Marcadores tumorais séricos:** antes da orquiectomia, alfa-feto-proteína e beta-gonadotrofina coriônica humana.

As manifestações clínicas podem passar despercebidas até ao aparecimento de sensação de peso ou de estiramento na região suprapúbica ou inguinal. Destaca-se ainda um

conjunto de sintomas inespecíficos, tais como: lombalgia, perda de peso e fadiga (Phipps, 2003).

Valores elevados de alfa-feto-proteína (AFP) são sugestivos de tumor testicular. A semi-vida desta glicoproteína após orquiectomia é de 5 dias, pelo que níveis persistentemente elevados indicam presença de patologia.

A beta-gonadotrofina coriônica humana (bHCG) aumentada é sugestiva de tumor de células germinativas. É um marcador muito sensível da resposta terapêutica e um indicador de mau prognóstico quando se encontra superior a 1 000 000 U/ml.

**Exploração inguinal e orquiectomia:** com remoção do testículo, túnica albugínea e cordão espermático.

O diagnóstico definitivo do tumor testicular é anatomopatológico, efectuado através de biopsia, após orquiectomia. Este define o prognóstico.

Será fundamental estadiar a doença com o intuito de estabelecer a estratégia terapêutica e posteriormente possibilitar a avaliação dos resultados dos tratamentos efectuados.

Para avaliar a extensão da patologia, e definir o estadiamento da neoplasia, é necessária a realização de outros exames complementares de diagnóstico, tais como a radiografia ao tórax, tomografia axial computadorizada, pielografia intravenosa, estudo do esqueleto (em caso de aumento da fosfatase alcalina) e linfangiografia (Phipps, 2003).

O sistema de classificação e estadiamento do cancro do testículo utilizado é o sistema TNM, baseado na caracterização do tumor primitivo, no envolvimento regional ganglionar e na metastização à distância.

Em relação à extensão do tumor primitivo (T) apresentam-se as seguintes classes:

- ✦ **T<sub>x</sub>** – tumor primitivo oculto;
- ✦ **T<sub>0</sub>** – sem evidência de tumor primário;
- ✦ **T<sub>is</sub>** – tumor *in situ*;
- ✦ **T<sub>1</sub>,T<sub>2</sub>,T<sub>3</sub>,T<sub>4</sub>** – consoante o tamanho ou a extensão local do tumor.

No que diz respeito à disseminação linfática regional (N), verifica-se:

- ✦ **Nx** – existência de metastização ganglionar desconhecida;
- ✦ **No** – sem evidência de disseminação ganglionar;
- ✦ **N1, N2, N3, N4** – consoante o maior envolvimento ganglionar.

Em relação à presença de metástases extra-ganglionares (M), existem as seguintes classes:

- ✦ **Mx** – presença de metástases conhecidas;
- ✦ **Mo** – sem metastização à distância;
- ✦ **M1** – com metastização à distância.

(Pereira, 2006, p.213)

Esta classificação permite também determinar o prognóstico e orientar qual a decisão terapêutica a adoptar.

#### 1.2.6. Tipos de tratamento

O tratamento do tumor do testículo abrange a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, podendo ocorrer terapêutica combinada, garantido a vigilância contra lateral.

#### ☀ **Orquiectomia**

O tratamento primário de rotina implica a orquiectomia radical que consiste na remoção do testículo afectado, em todos os estádios do tumor. Para tal, é efectuada uma incisão na região inguinal por onde é efectuada a remoção do testículo, do canal espermático e da túnica albugínea. No caso da existência de disseminação de metástases para os gânglios linfáticos recorre-se à linfadenectomia retroperitoneal, efectuada através duma incisão na linha média inferior, na região supra-púbica. As áreas adjacentes são exploradas devido à possibilidade de existência de metástases (Phipps, 2003).

No caso de se tratar de um tumor não-seminomatoso, que é resistente à radioterapia e caso se verifique a presença ou a elevação dos marcadores tumorais é necessário proceder a linfadenectomia retroperitoneal ou dissecação radical dos gangliomas.

## **Radioterapia**

A radioterapia é um tratamento local que consiste na utilização de radiações ionizantes com a finalidade de destruir as células malignas, com o mínimo de alterações estruturais e funcionais os tecidos normais adjacentes. Para alcançar esse objectivo é necessário que as células tumorais sejam radio-sensíveis e que os efeitos da radiação ionizante sejam centrados ou focados na massa tumoral, minimizando os efeitos sobre os tecidos vizinhos (Pereira, 2006). As gónadas são particularmente sensíveis à radioterapia, nomeadamente os tumores do tipo seminoma. Contudo, os tumores tipo não-seminoma são resistentes a esta terapia (Phipps, 2003).

O maior efeito clínico é a morte reprodutiva, ou seja, a radioterapia afecta a capacidade das populações celulares de se dividirem e proliferarem.

Esta terapia é utilizada no tratamento do cancro do testículo como complemento após a cirurgia. Em estádios avançados a radioterapia pode ser utilizada com o intuito paliativo, ajudando no alívio da dor.

## **Quimioterapia**

A quimioterapia é uma terapêutica oncológica sistémica que permite tratar as neoplasias sensíveis como doenças sistémicas abrangendo o tumor primitivo, a disseminação regional ganglionar e as micro e macrometástases que existirem. O seu grau de eficácia é maior quando maior for a taxa de crescimento celular de uma determinada população.

No tumor tipo seminoma, é utilizada a quimioterapia como medida associada à radioterapia.

Os fármacos utilizados em combinação incluem a ciplastina, a vinblastina e a bleomicina.

### 1.2.7. Complicações da orquiectomia radical

As opções terapêuticas apresentadas implicam efeitos adversos. Embora durante a radioterapia externa o testículo saudável seja protegido, é exposto à difusão da radioterapia do abdómen e coxas. É importante que cerca de 70 dias após a utilização desta terapia seja analisada se a espermogénese foi afectada. É pouco frequente mas pode ocorrer infertilidade, normalmente o prejuízo da produção de testosterona é

compensada pelo testículo são que fica hipérplásico. Normalmente, o testículo remanescente produz a quantidade de testosterona para manter a função sexual, a motivação e características sexuais (Phipps, 2003).

De salientar ainda, que decorrente da quimioterapia, a infertilidade poderá apresentar-se como efeito secundário relevante para os doentes, nos dois anos subsequentes (Faria, 2010).

Pode ocorrer oligospermia durante 7 meses a 5 anos. O doente deve ser incentivado a procurar conselho genético relativamente à questão dos efeitos da radiação sobre o esperma e conseqüentemente possibilidade de deformações genéticas (Phipps, 2003)

É prática comum efectuar a criopreservação seminal para garantir a fertilidade. Este factor assume fulcral importância já que este tumor afecta jovens adultos em idade fértil.

Sempre que possível, após a recessão do tumor, é colocada uma prótese testicular, com o intuito de minimizar o impacto no doente e na sua parceira sexual. Embora esta minimize a alteração do aspecto físico, o doente interioriza a perda de um órgão sexual.

Tanto o indivíduo como a sua parceira deverão ser envolvidos no processo de reabilitação, de forma a poderem ser identificadas as necessidades e as prioridades do casal. O contacto íntimo promove o bem-estar individual e a satisfação do relacionamento, sendo um aspecto bastante valorizado nos relacionamentos conjugais.

O stress bem como o traumatismo psicológico antes e após a cirurgia contribuem para a diminuição da libido.

Os serviços de apoio existentes são geralmente orientados para o homem excluindo as necessidades das suas parceiras e ignorando a relação do casal.

Isto surge em consequência de a própria mulher não expressar as suas necessidades relativamente à sua sexualidade, acabando por se concentrar mais na construção da auto-estima do parceiro, acabando por omitir as suas necessidades a nível pessoal (Chambers, 2008).

### 1.3. Sexualidade

O conceito de sexualidade humana engloba a forma como o Homem, ser sexuado, pensa, sente e actua com o objectivo de satisfazer as suas necessidades e impulsos, exprimir a sua virilidade ou feminilidade, compreender o seu funcionamento corporal tornando capaz de se identificar e desenvolver como pessoa, afirmar o seu papel associado ao género e ser capaz de se relacionar com os outros.

A sexualidade é um aspecto vital do ser humano sendo difícil separá-la do indivíduo uma vez que pertence à sua identidade fazendo parte de quem ele é. Acompanha o ser humano e desenvolve-se ao longo do ciclo de vida sendo também exprimida através do envolvimento íntimo com o outro (Greco, 2000).

A sexualidade é diferente em cada idade, sendo comum entre todas as faixas etárias, o interesse sexual e pelo facto de o expressarem através de comportamentos.

A problemática em estudo afecta o homem, jovem adulto. É difícil estabelecer limites de idade para este período mas o início deste estágio pode ser considerado dos 18 aos 35 anos, segundo Potter (2006). Caracterizado pelo fim do período de formação escolar que necessita para iniciar uma actividade profissional e o início da vida profissional. É neste período da vida que se estabelecem planos de vida e se escolhe um(a) parceiro(a). Este caminho é visto por todos como a entrada na vida adulta.

Segundo Piaget citado por Potter, (2006) o homem atinge o seu nível cognitivo mais elevado e a sua maturação física fica concluída por volta dos 20 anos de idade.

Nesta fase do ciclo vital a saúde encontra-se num momento áureo e normalmente as doenças são menos graves quando comparadas com outros adultos.

O desenvolvimento cognitivo vai aumentando constantemente os hábitos de raciocínio e a flexibilidade de pensamento. Assim, compreender as formas de aprendizagem do cliente nesta fase do ciclo vital é fundamental na elaboração de planos de cuidados e na sua implementação.

Potter (2006) “a saúde emocional do jovem adulto está relacionada com a sua capacidade de abordar, com eficácia, tarefas pessoais e sociais”. Neste período da vida, geralmente ocorre o casamento e a parentalidade.

D acordo com a teoria do desenvolvimento de Erik Erikson (1976) o desenvolvimento psicossocial acontece através de fases ou estádios distintos: o ciclo de vida constitui-se através de uma sucessão de fases numa tentativa constante de equilíbrio, onde a identidade vai sendo construída e reconstruída ao longo da vida.

Os participantes deste estudo encontram-se no sexto estágio – Intimidade *versus* Isolamento, ocorre entre os 20 e os 35 anos, aproximadamente, onde a tarefa principal é a criação e a manutenção de relações de intimidade com pessoas significativas. Em oposição, o pólo negativo desta fase corresponde ao isolamento; à incapacidade de estabelecer compromissos ou troca de afectos na intimidade.

O desenvolvimento do jovem está carregado de momentos de stress mas os recursos pessoais, físicos e emocionais, servem de sistemas de apoio para dar resposta aos desafios. É importante aproveitar este estágio de desenvolvimento para garantir a adopção de estilos de vida saudável e investir na adesão de rastreios de rotina, como é o caso do auto-exame dos testículos.

A dimensão biológica, física, psicossocial e comportamental estão incluídas no conceito de sexualidade. Os factores biológicos controlam o desenvolvimento sexual com maior impacto desde a concepção até ao nascimento e posteriormente, quando alcançada a puberdade, salienta-se a capacidade de reprodução e modificações no comportamento capazes de produzir alterações físicas. O carácter físico da sexualidade influencia o desejo e funcionamento sexual podendo também afectar a satisfação sexual.

A dimensão psicossocial que engloba o processo de identificação com o género constrói-se através de informações e atitudes transmitidas pela sociedade e por pessoas significativas do indivíduo. O comportamento é influenciado por todos os factores anteriormente mencionados e orienta a razão e o modo de agir do indivíduo (Valério, 2007).

Desta forma, a sexualidade pode assumir um papel distinto da função biológica, de procriação e, converter-se em fonte de prazer, bem-estar psíquico e físico, comunicação e afecto.

Segundo López e Fuertes, (1989) a sexualidade é uma fonte de equilíbrio e harmonia, é em definitivo, uma fonte de amor à vida, de atitude positiva em relação a si mesmo, aos outros e às coisas.

### 1.3.1. Sexualidade, Cultura e Imagem Corporal

As práticas sexuais tiveram ao longo da história humana papéis e representações sociais distintas. A evolução demonstra diferentes papéis da sexualidade na vida familiar e social e o estabelecimento de condutas e regras de acordo com a sociedade em questão.

A forma como o indivíduo expressa a sua sexualidade depende da cultura em que se insere, do estágio de vida em que se encontra, do seu estatuto na sociedade, do seu bem-estar físico e emocional e qualidade das relações interpessoais.

O cancro e o seu tratamento afectam a sexualidade e a imagem corporal de forma mais ou menos directa, quer por amputação, como é o caso da orquiectomia, quer pela alopecia provocada pela quimioterapia, que consequentemente produzem ansiedade.

A imagem corporal é influenciada por diversos factores culturais e psicológicos, passando pela percepção que cada pessoa faz de si próprio. Uma alteração requer consequentemente um ajuste pessoal de acordo com a alteração ocorrida, quer se trate de alteração na estrutura, função ou aparência. Segundo Valério (2007) “a imagem corporal é uma experiência interpessoal do corpo, onde são também incluídas as atitudes e os sentimentos da pessoa”.

Ainda segundo o autor acima mencionado, a sexualidade está relacionada com a auto-estima, a auto-imagem e a consciência global da identidade pessoal, pelo que ela pode ser afectada durante longos períodos de doença e seu tratamento. Estes são também aspectos que marcam a sexualidade do indivíduo sobretudo a nível psicossocial e comportamental.

Segundo, Valério (2007), citando Dienfenbach e Levinha (1996) “Há estudos que mostram que os factores culturais e sociais interferem na percepção de acontecimentos. O suporte social é geralmente visto como um mecanismo importante porque as relações interpessoais são vistas mediante efeitos de stress sempre que se verifique uma doença física.

O sexo abrange o acto sexual e os comportamentos que o envolvem. Para além de reconhecido como essencial à reprodução da espécie, influencia de uma forma geral a sociedade e a vida diária dos indivíduos que nela se inserem.

Quando é utilizado sem um objectivo reprodutor, visa fortalecer as relações interpessoais (ligação do casal), promove a intimidade entre parceiros, proporciona prazer, reforça a auto-estima, reduz a tensão e ansiedade e permite demonstrações de virilidade ou feminilidade dos indivíduos (Hughes, 2009).

A saúde sexual engloba as várias dimensões anteriormente referidas e sugere que quando estas se manifestam de forma positiva enriquecem e fortalecem a personalidade, comunicação e amor.

Para que estas manifestações positivas ocorram, é necessário que o indivíduo se sinta satisfeito com o comportamento sexual e reprodutor adoptado, que é influenciado não só pela sua ética pessoal como pela ética social uma vez que a sociedade e a cultura definem o conceito de sexualidade e qual o desempenho sexual que se considera aceitável.

Eliminar sentimentos como medo, vergonha, culpa, bem como adquirir informações correctas que promovam o relacionamento sexual saudável. No entanto, a presença de alterações físicas (patologias) que “incapacitam” o indivíduo de exercer as suas funções sexuais e reprodutoras normais frequentemente criam barreiras comunicacionais e reflectem-se no indivíduo de forma negativa.

A representação social de indivíduos com incapacidades é frequentemente a de seres assexuados mesmo quando socialmente, a sexualidade é reconhecida como um aspecto vital do ser humano. (Fonseca, Soares e Vaz, 2003)

### 1.3.2. Sexualidade como Actividade de Vida

A sexualidade envolve a pessoa como um todo, abrange as dimensões biológicas, psicológica, sociológica, espiritual e cultural.

A sexualidade da pessoa acompanha o seu crescimento e desenvolvimento, em cada estágio são produzidas alterações no seu funcionamento, no interesse e nas relações sexuais.

A pessoa pode ser sexualmente saudável de inúmeras formas, a actividade sexual é definida como uma necessidade humana básica, contudo o desejo sexual pode ser orientado para outras formas de intimidade (Greco, 2000)

Segundo Roper, Logan e Tierney (2001), o objectivo desta actividade é descrever como uma pessoa em particular desenvolve a sua individualidade em relação à expressão da sexualidade.

Valério (2007) afirma que a sexualidade está relacionada com a afectividade e é uma das áreas que mais influencia o estado psicológico do doente. As situações de tensão, de diagnóstico ou complicações relacionadas com os tratamentos são forte factor de ansiedade no doente e que “pode ter consequências na conduta sexual”.

### 1.3.3. Importância da Enfermagem na Reabilitação Sexual

Alterações fisiológicas, psicossociais e comportamentais podem comprometer a saúde sexual de um indivíduo. Para que o indivíduo com cancro possa ter uma boa qualidade de vida, é importante que mantenha a sua saúde mental, contudo segundo Bertan e Castro (2010) é frequente surgirem alguns transtornos psicológicos após o diagnóstico de cancro. Apresentam ainda factores explicativos tais como estigma da doença, dificuldade para enfrentar o tratamento (quimioterapia, radioterapia, etc.) e seus efeitos e a readaptação após o tratamento.

Embora os profissionais de saúde lidem frequentemente com indivíduos com alterações da sua saúde sexual, a dificuldade em abordar a sexualidade persiste.

Como consequência, os indivíduos adoptam comportamentos baseados em informações erradas relativamente às implicações sexuais de uma patologia ou incapacidade, confusos quanto às expectativas do parceiro sexual e desconhecendo a existência de apoios que promovam o reajustamento sexual e incentivem à comunicação aberta sobre o tema. (Shirley, 2000).

É desejável que o enfermeiro e outros profissionais de saúde quebrem o silêncio que acompanha as alterações na sexualidade e função sexual actuando de modo preventivo, ajudando o indivíduo, com carácter preventivo e/ou ajudando a alcançar novamente a sua saúde sexual a um nível satisfatório após uma situação de incapacidade.

Para que a assistência por parte do enfermeiro seja eficaz, este deve desenvolver o seu conhecimento relativamente quanto à diversidade dos comportamentos sexuais existentes numa determinada sociedade, quais os comportamentos sexuais que prevalecem, resposta sexual humana, relação entre idade, experiência de vida, alterações

comportamentais e função sexual (tipos de disfunções sexuais, medicação que altera a função sexual de forma negativa/positiva), ser capaz de analisar a função sexual dos indivíduos, compreender a necessidade que estes têm em adquirir conhecimentos sobre a sua situação e aceitar não abordar a sexualidade sempre que o indivíduo não estiver disposto a aceitar o apoio (Shirley, 2000).

Não só é importante o enfermeiro adquirir competências para responder de forma adequada aos aspectos acima enumerados como é fundamental sentir-se bem com a sua sexualidade. O enfermeiro é portador de conhecimentos sobre o sistema de valores pessoais que abrangem preconceitos e crenças sobre comportamentos sexuais adequados e inadequados. Não anulando as suas crenças pessoais, devem ter consciência da influência que estas podem ter na qualidade das orientações que fornecem ao indivíduo e serem capazes de encaminhá-los para outro profissional de saúde sempre que exista uma grande probabilidade de conflito que possa interferir com o aconselhamento.

Todos os profissionais de saúde têm as suas limitações mas devem ser capazes, em caso de dificuldade de aconselhamento a um indivíduo, encaminhá-lo para um profissional de saúde com capacidade para fornecer as orientações e aconselhamento individualizado que este necessita.

A individualidade e privacidade são aspectos fundamentais no processo de reabilitação. Deve existir uma análise da situação num ambiente que garanta o máximo de privacidade permitindo a compreensão das necessidades de cada indivíduo.

Embora não seja aconselhável o enfermeiro fazer generalizações durante o aconselhamento, numa fase mais avançada em que considere apropriado, poderá apresentá-lo a indivíduos que passaram por situação idêntica permitindo a partilha de experiências e de informação que lhe permita, por exemplo, desenvolver estratégias de coping eficazes.

As estratégias de coping visam essencialmente manter o equilíbrio emocional ou ajudar a lidar directamente com situações stressantes (Osório, 2008).

Segundo o International Council of Nurses, em 2005, (citado por Osório, 2008) o coping define-se como “a disposição para gerir o stresse que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida”. Deste modo, os indivíduos

defendem-se de ameaças, acompanhadas por um sentimento de controlo diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação e o conseqüente aumento do conforto psicológico.

Assim sendo, coping corresponde aos esforços cognitivos e comportamentais que mudam constantemente em resposta às exigências internas ou externas.

O enfermeiro deve ser capaz de analisar a sexualidade do indivíduo com facilidade e confiança e de abordar o assunto utilizando técnicas adequadas de comunicação (como por exemplo a escuta activa) que promovam a colaboração do mesmo. Uma comunicação adequada facilita a expressão de sentimentos por parte do indivíduo, a aceitação da sua condição e a identificação de objectivos que permitam a resolução de problemas.

As alterações da sexualidade afectam não só o indivíduo que as apresenta como também afectam o parceiro e por isso o aconselhamento por parte de profissionais de saúde deve incluí-los ao longo do processo de reabilitação.

O envolvimento do parceiro no processo de reabilitação é iniciado com o fornecimento de informação sobre alterações da imagem corporal, incapacidades na função sexual e medicação que afectam a relação sexual do indivíduo e formas de reagir a essas alterações. (Shirley, 2000)

## 2. Decisões Metodológicas

A finalidade da pesquisa em Enfermagem é responder às questões ou solucionar os problemas de relevância para a profissão de enfermagem (Polit, 2001).

“É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as suas respostas às questões de investigação” (Fortin, 2009, p. 53).

Verifica-se a ”incapacidade de medir quantitativamente alguns fenómenos e a insatisfação com os resultado da medição de outros que conduziram a um interesse crescente elo uso de outras abordagens, a fim de estudar outros fenómenos humanos” (Streubert, 2002, p.1).

Assim, como este estudo tem como objectivo conhecer as experiências vividas do indivíduo orquiectomizado, direccionou-se o estudo para a investigação de paradigma qualitativo.

### 2.1.Paradigma e Tipo de Estudo

Neste ponto é abordada a metodologia a utilizar no respectivo trabalho de investigação desde a sua definição até à descrição do método utilizado para a realização da colheita e análise de dados.

Neste estudo a metodologia utilizada é a qualitativa, que assenta no paradigma naturalista, que permite a concepção holística do estudo dos seres humanos, onde os fenómenos são únicos e não previsíveis, e o pensamento está orientado para a compreensão total do fenómeno em estudo (Fotin, 2009, p.31).

Este paradigma considera que “a realidade é múltipla e descobre-se progressivamente no decurso de um processo dinâmico, que consiste em interagir com os indivíduos no meio e de que resulta um conhecimento relativo ou contextual” (Fortin, 2009, p.26).

A escolha do paradigma deste trabalho de investigação foi baseado nos aspectos definidos durante a fase conceptual, ou seja, problema, objectivos e questão a abordar e aprofundar com base na compreensão e descrição subjectiva dos indivíduos segundo o seu relato espontâneo sobre as experiências vividas e a exteriorização de sentimentos face ao fenómeno em estudo.

O presente estudo é exploratório, descritivo, uma vez que visa a aquisição de conhecimentos que permitam examinar um fenómeno em particular e compreender a realidade vivida pelos indivíduos.

Assim, este estudo teve como intuito explorar e descrever as experiências de como o indivíduo orquiectomizado vive a sua sexualidade, de forma a contribuir para o conhecimento dos enfermeiros face a esta realidade, adequando as suas intervenções à necessidade de cada indivíduo.

Um estudo descritivo, consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra da mesma. (Fortin, 2009, p. 236).

## **2.2. População Alvo, Amostra e Processo de Amostragem**

Segundo Kerlinger e Lee (1999, citado por Fortin 2009), “a população consiste num conjunto de indivíduos ou de objectos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista determinado estudo”.

Define-se população, como sendo um conjunto de indivíduos, que independentemente da sua origem ou dimensão são considerados, para o investigador, convenientes à realização do estudo de um determinado fenómeno.

O processo de amostragem consiste na selecção de um certo número de indivíduos representativo da população, com o objectivo de efectuar a recolha de dados relacionados com o fenómeno em estudo.

Uma vez que não é praticável aceder à totalidade da população, é necessário para a realização do estudo, seleccionar uma amostra da população que possua as características do fenómeno em estudo.

“A amostra é a fracção da população que constitui o objecto em estudo. Ela corresponde em menor dimensão à população” (Fortin, 2009, p.55).

Assim, a população do estudo corresponde aos indivíduos que foram submetidos a orquiectomia radical, sendo a amostra de conveniência representada por cinco indivíduos que experienciaram o fenómeno em estudo, segundo critérios de inclusão estabelecidos. Este método de amostragem é constituído pelos indivíduos que se

encontram acessíveis ao investigador e que apresentam os critérios de inclusão (Fortin, 2009, p.321).

Segundo LoBiondo-Wood e Harber (1998) “quando um pesquisador encontra alguns sujeitos de pesquisa com os critérios de elegibilidade necessários, pede-lhes a sua assistência no fazer contacto com outros com critérios semelhantes.”

A partir do conhecimento da ocorrência de um caso de tumor testicular de um amigo próximo foi contactado o jovem em causa a participar no presente trabalho de investigação. Este indivíduo possibilitou o contacto posterior com outros homens acometidos pelo mesmo fenómeno que após terem sido contactados se disponibilizaram para dar o seu contributo no presente estudo.

Foram delineados os seguintes critérios de inclusão para a selecção dos participantes no presente estudo:

- ☀ Indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos de idade, submetidos a orquiectomia radical;

Este critério foi delineado com base nos valores apresentados no Registo Oncológico Nacional 2005: O grupo etário mais afectado é aquele com idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos.

- ☀ Indivíduos que não possuam outra patologia que desse origem a alterações ao nível da sexualidade;

Este critério de inclusão pretende compreender apenas o fenómeno em estudo pelo que apenas comporta indivíduos que não apresentem alterações anteriores ao nível da sexualidade de forma a conseguir compreender a sua relação após orquiectomia radical.

### **2.3.Método de colheita de dados**

A escolha do método de colheita de dados é influenciada pela metodologia adoptada para a elaboração do trabalho de investigação e pelos objectivos anteriormente propostos.

Uma vez que este estudo visa conhecer as experiências vividas por indivíduos submetidos a orquiectomia radical e o impacto da mesma na sexualidade, o método

escolhido para colheita de dados foi a entrevista semi-estruturada (semidirigida), áudio-gravada.

A entrevista semi-estruturada é utilizada “quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes” (Fortin, 2009, p.376).

Este tipo de entrevista visa a obtenção de informação pertinente para a realização do estudo, sendo composta por algumas perguntas que dá determinada referência aos participantes evitando que estes se dispersem. Os dados são adquiridos através do depoimento pertinente de informação na perspectiva do participante, sobre o fenómeno.

Segundo Streubert & Carpenter (2002, p.67), a entrevista permite, “entrar no mundo da outra pessoa e é uma excelente fonte de dados”.

Antes de iniciar a entrevista, os participantes foram esclarecidos quanto à finalidade da entrevista, o objectivo da pesquisa e a importância da colaboração destes para a realização do trabalho de investigação. Esta informação está contida no documento de consentimento informado, devendo ser reforçada pelo investigador.

O investigador deve utilizar técnicas de comunicação que facilitem a abordagem do tema para ambos os elementos da entrevista e que permitam conduzi-la para que todos aspectos pertinentes sejam abordados garantindo uma melhor compreensão do fenómeno em estudo.

Para facilitar a realização da entrevista, elaborou-se um guião de entrevista onde foram formuladas questões que asseguram que todos os temas pertinentes para o estudo são abordados, que se apresentam de seguida:

- Que alterações funcionais e emocionais ocorreram após a realização da orquiectomia radical?
- Como vivenciou a sua sexualidade após a realização da cirurgia?
- Que estratégias adoptou para ultrapassar as dificuldades sentidas?

## 2.4.Pré-teste

Antes da realização da entrevista foi efectuada a aplicação de um pré-teste a um dos participantes, com o intuito de testar e validar o guião da entrevista, conduzindo, dessa forma, a possíveis alterações/ correcções a serem efectuadas para uma melhor aplicabilidade da entrevista.

Foi necessário tomar especial atenção ao ambiente no qual foi efectuada a entrevista, isto pelo facto de o tema acarretar algum desconforto, tentando minimizar constrangimentos e facilitando a obtenção da maior informação pertinente para o estudo.

Segundo Fortin (2009), é possível de avaliar o guião da entrevista através da implementação de um pré-teste, permitindo desta forma saber:

- ✓ Se os termos utilizados são compreensíveis e não têm equívocos;
- ✓ Se a forma das questões permite colher a informação desejada;
- ✓ Se as questões não são muitas, podendo provocar o desinteresse do informante;
- ✓ Se existe ambiguidade.

O pré-teste foi realizado a um dos participantes num local calmo e tranquilo, escolhido pelo próprio, onde o mesmo teve a possibilidade de prestar a sua entrevista sem constrangimentos. Teve como finalidade validar a eficácia e a pertinência das questões com vista à obtenção de um depoimento que respondesse às questões de investigação.

Esta entrevista foi considerada válida por conduzir o participante a desenvolver um depoimento com conteúdo pertinente e centrado nos objectivos da entrevista. Como tal, foi incluída no presente estudo, uma vez que os dados recolhidos são pertinentes para o estudo em questão. Não existiu a necessidade de efectuar alterações ao guião da entrevista.

As entrevistas realizadas aos cinco participantes que integram a amostra tiveram a duração aproximada de 30 minutos, foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas para que fosse assegurado o rigor da colheita de dados, a qual ocorreu “até o investigador acreditar que a saturação foi alcançada” (Streubert e Carpenter, 2002, p.67).

Desta forma foi possível escutar as gravações dos depoimentos enquanto se lia as transcrições, não se perdendo dados e permitindo também uma melhor familiarização com o fenómeno em estudo.

## 2.5. Método de análise de dados

Relativamente à análise dos dados colhidos, seleccionou-se a técnica de análise temática de conteúdo segundo Laurence Bardin.

A análise temática de conteúdo consiste em trabalhar a palavra e o seu significado, permitindo dessa forma organizar e estruturar os dados.

A sua finalidade é produzir inferência, trabalhando com vestígios e índices postos em evidência para procedimentos mais ou menos complexos.

A análise de conteúdo tem sido muito utilizada em comunicações das ciências sociais e humanas.

É constituída por um conjunto de etapas:

- ✓ Delimitação dos objectivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa;

Consiste na selecção de um certo número de conceitos analíticos, sendo considerada a primeira etapa de um processo de investigação empírico.

- ✓ Constituição de um *corpus*;

Consiste em todo o material que foi produzido e colhido.

- ✓ Definição de categorias;

Consiste na classificação e na categorização com vista a simplificar a apreensão e a explicação. É feita uma organização dos dados num código, levando à construção de um sistema de categorias.

- ✓ Definição de unidades de análise;

Esta é organizada por três tipos de unidades, sendo elas: a unidade de registo, unidade de contexto e a unidade de enumeração (Bardin, 2009).

.

## 2.6.Considerações Éticas

As considerações éticas e morais devem estar presentes em qualquer investigação no domínio da saúde que envolva seres humanos, desde o seu início, com a escolha do tema e do tipo de estudo, passando pelo recrutamento dos participantes e terminando no método utilizado para recolha e análise de dados.

Independentemente do objecto em estudo, a investigação deve ser realizada sempre com base no respeito dos direitos da pessoa.

De acordo com Fortin (2009, p.181), na investigação qualitativa, é preciso igualmente ter em atenção certos princípios éticos, particularmente no que concerne à confidencialidade e vida privada.

No âmbito de realização de um trabalho de investigação que tem como objectivo o estudo de seres humanos, é necessário tomar consciência dos princípios éticos que visam garantir o respeito pela dignidade humana, particularmente a integridade corporal, psicológica e cultural.

Os princípios éticos englobam o respeito pelo consentimento livre e esclarecido que assenta no princípio de que a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria sendo a sua decisão livre, baseada em conhecimento de causa. Qualquer participante de um estudo de investigação teve acesso à informação compreendendo o seu conteúdo e propósito. Os aspectos a serem referidos pelo investigador, devem ajudar o participante a decidir se aceita, ou não, participar no estudo devendo existir um período de reflexão.

A participação dos indivíduos que pertencem à amostra em estudo pode terminar em qualquer momento sem que sejam prejudicados por tomarem essa decisão.

O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais é um princípio ético que defende o direito ao anonimato e confidencialidade dos participantes de um estudo. O respeito pela vida privada engloba a decisão face à informação de natureza pessoal que o participante expõe ao investigador durante a recolha de dados.

Razão pela qual devem estar informados em relação à finalidade do estudo em causa. Todos os dados colhidos pelo investigador deverão manter-se confidenciais e

garantirem o anonimato dos participantes. A exposição da informação fornecida pelo participante só poderá ocorrer com a sua autorização.

O respeito pela justiça e pela equidade foca a necessidade do investigador manter a sua imparcialidade e equidade ao longo de todo o processo evitando discriminações.

É fundamental a aplicação de um consentimento informado, bem como de uma atitude correcta por parte do investigador de forma a não comprometer o decorrer da entrevista, não prejudicando nem interferindo com as respostas fornecidas pelo participante.

Deste modo, foi elaborado um formulário de consentimento informado, que forneceu aos participantes a informação relativa ao estudo em causa, e foi assinado pelos mesmos de forma a poder-se dar início à realização das entrevistas.

Os locais onde decorreram as entrevistas foram escolhidos pelos participantes, tendo decorrido todas em locais públicos.

Foi igualmente reforçada a informação de que em qualquer momento poderiam recusar participar no estudo em questão e que o anonimato seria garantido em todos os momentos. Para tal, as entrevistas foram catalogadas por ordem de realização, da entrevista 1 à entrevista 5 e foi realizada a destruição da gravação áudio após a transcrição das entrevistas.

### 3. Interpretação de dados

Após terminar a recolha e análise de dados, seguiu-se o momento de fazer a sua interpretação de forma a dar resposta à questão de investigação e objectivos formulados.

Esta etapa do processo é difícil, mas essencial para a percepção e contextualização dos resultados obtidos em conjunto com a literatura e visão crítica dos investigadores. “Este processo exige que os pesquisadores estejam plenamente cientes do que os dados dizem. Isto exige um grau significativo de dedicação, leitura, intuição, análise, síntese e relato das descobertas”. (Carpenter e Streubert, 2002, p.32).

De acordo com Bardin (2009), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) a análise de dados é uma actividade intensa que exige criatividade, sensibilidade conceptual, trabalho árduo e rigor intelectual.

Com o intuito de acompanhar os procedimentos metodológicos utilizados no presente estudo, apresenta-se no apêndice D a transcrição integral das entrevistas nas quais estão assinaladas as unidades de registo que foram extraídas.

A amostra é constituída por 5 participantes, orquiectomizados, há pelo menos 6 meses, com uma média de idades de 28,2, sendo o mínimo de 20 anos e o máximo de 35 anos. Apesar dos diferentes estados civis, todos referiram ter uma relação afectiva estável.

Para facilitar a apresentação dos dados, recorreu-se à utilização de tabelas e foram organizados por Categorias, Subcategorias, Unidades de Contexto e Unidades de Registo. Das cinco entrevistas realizadas foram extraídas 2 Categorias, 5 subcategoria, 9 Unidades de Contexto, conforme se pode observar na tabela 3.1.

Optou-se for analisar cada unidade de contexto em separado como meio facilitador na compreensão da análise de resultados.

**Tabela 3.1.** – Categorias encontradas através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
<b>1. Individualidade da pessoa</b>	1.1. Alterações físicas	1.1.1. Desempenho Sexual 1.1.2. Infertilidade
	1.2. Reacções de confrontação	1.2.1. Reacções de confrontação face às alterações físicas
	1.3. Sentimentos	1.3.1. Vergonha 1.3.2. Baixa auto-estima
<b>2. Estratégias para ultrapassar dificuldades sentidas</b>	2.1. Recursos Internos	2.1.1. Aceitação pessoal
	2.2. Recursos Externos	2.2.1. Companheira
		2.2.2. Familiares/Amigos
2.2.3. Apoio especializado		

Deste modo, prossegue-se com a análise e discussão dos dados, referindo as unidades de contexto em que foram reunidas as unidades de registo de cada categoria sequencialmente e de forma organizada.

### **3.1. Individualidade da pessoa**

A individualidade consiste no alicerce da identidade da personalidade, ou seja, não há duas pessoas iguais, o que faz com que a prestação de cuidados de enfermagem deva ser o mais específico possível, no sentido de ir ao encontro das necessidades de cada pessoa. A individualidade do cliente é o ponto central de todo o processo, sendo de extrema importância o saber ouvir o outro e compreendê-lo. Só desta forma se torna possível e uma prestação de cuidados de excelência e humanizada.

Ao analisar a categoria “Individualidade da Pessoa”, foram identificadas 3 subcategorias e 5 unidades de contexto, como mostra a tabela seguinte:

**Tabela 3.2.** – Individualidade da Pessoa:

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
<b>1. Individualidade da pessoa</b>	1.1. Alterações físicas	1.1.1. Desempenho Sexual 1.1.2. Infertilidade
	1.2. Reacções de confrontação	1.2.1. Reacções de confrontação face às alterações físicas
	1.3. Sentimentos	1.3.1. Vergonha 1.3.2. Baixa auto-estima

Verifica-se a existência de uma associação de reacções e sentimentos com a altura do diagnóstico de tumor do testículo e com a altura de saber que têm de se submeter a orquiectomia. Estes aspectos desorganizam o jovem no sentido de trazer para a sua convivência a incerteza da sua vida, a possibilidade de recorrência, a incerteza do sucesso do próprio tratamento, a própria mutilação e as alterações físicas gerais decorrentes de todo o processo.

Pela análise da tabela 3.3, para um dos entrevistados o desempenho sexual sofreu alterações que foram atenuadas ou eliminadas “*Com o passar do tempo...*”.

**Tabela 3.3.** – Desempenho Sexual.

### Individualidade da Pessoa

<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>1.1. Alterações físicas</b>	1.1.1. Desempenho Sexual	<p><i>E.2.16. Não tive qualquer tipo de...problema sexual ao nível do desempenho.</i></p> <p><i>E.3.30. O primeiro contacto foi muito difícil.</i></p> <p><i>E.3.31. Com o passar do tempo, com a melhor compreensão do meu novo corpo a actividade retomou o seu caminho normal.</i></p> <p><i>E.4.37. Teve que existir um consenso e compreensão e uma adaptação à nova realidade.</i></p> <p><i>E.5.46. Não senti grandes alterações físicas, pelo menos logo de início.</i></p>

### Individualidade da Pessoa

Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
		<p><i>E.5.54. Notei que tinha muito menos desejo sexual.</i></p> <p><i>E.5.57. Sentia menos excitação e que demorava mais tempo a ter e a manter uma erecção. Depois percebi que era apenas da minha cabeça.</i></p>

A visão que um indivíduo tem da sua sexualidade assenta num conjunto de factores, tais como a sua identidade, cultura, religião, experiência de vida, entre outras. Assim sendo, a idade do indivíduo também vai reflectir a forma como encara a sua sexualidade. No adulto jovem muitas das vezes existe uma mistura de conceitos entre sexualidade e sexo.

A sexualidade e a intimidade é um aspecto central para que o indivíduo apresente qualidade de vida, segundo Hawkins (2009), sendo que este não deve ser considerado um aspecto trivial ou secundário pois é um dos aspectos apontados como fundamental para garantir uma boa relação entre o casal, associado ao bem-estar do indivíduo com diagnóstico de tumor do testículo.

Wilmoth (2006) reforça a ideia que “a nossa atitude sobre a sexualidade com frequência se define pela idade”. Considerando a idade dos entrevistados e analisando as unidades de registo depreende-se a preocupação com o desempenho sexual.

A partir da análise dos resultados da tabela 3.4. verifica-se que um dos participantes refere que fez criopreservação mas na sua cabeça não era a mesma coisa que conseguir engravidar a sua companheira pelo método natural. Se não apresentar a capacidade de engravidar a sua companheira isso parece interferir com a forma como se percepçiona.

A constatar que as três unidades de registo apresentadas foram manifestadas apenas um dos entrevistados. Apresenta preocupações acerca da fertilidade, facto que poderá estar relacionado com a idade do mesmo, 35 anos, e o seu nível de maturidade.

A fadiga causada pelo confronto com o diagnóstico e alguns tratamentos poderão contribuir para alterações no desempenho sexual, situação que é eliminada após algum tempo.

**Tabela 3.4.** – Infertilidade**Individualidade da Pessoa**

Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
<b>1.1. Alterações físicas</b>	1.1.2. Infertilidade	<p><i>E.1.3. A questão da paternidade também foi um facto que me trazia alguma dúvida e a tristeza; não saber se poderia ser pai novamente.</i></p> <p><i>E.1.4. Nós fizemos criopreservação mas na minha cabeça não é a mesma coisa.</i></p> <p><i>E.1.5. Parece que se não tiver a capacidade de engravidar a minha companheira me sinto menos “homem”...</i></p>

Segundo Brown (2004), o homem encara como catastrófico a remoção do testículo, que considera um factor ameaçador para a sua masculinidade e a sua capacidade reprodutora.

Segundo López e Fuertes (1989), as alterações que surgem na função sexual, não devem ser consideradas como um decréscimo na vida sexual, defendendo que a sexualidade não se reduz apenas ao acto sexual em si.

“O modelo social do homem vigoroso e potente pode criar graves dificuldades de adaptação aos homens que os tenham interiorizado” (López e Fuertes, 1989).

Os resultados da análise apresentada na tabela 3.5. evidencia as reacções de confrontação face às alterações física, como é referido pela unidade de contexto “*É algo encarado como uma castração*”o que leva a que um dos participantes refira que deixou de se “*sentir tanto homem*”

Segundo a American Cancer Society (2010) muito homens submetidos a orquiectomia radical sentem-se “menos homens”, como é referido por um dos entrevistados, onde o receio de ter um aspecto mais feminino, que é evidenciado derivado da alteração hormonal.

**Tabela 3.5.** – Reacções de Confrontação face às alterações Físicas.**Individualidade da Pessoa**

Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
<b>1.2. Reacções de confrontação</b>	1.2.1.Reacções de confrontação face às alterações físicas	<p><i>E.2.9. O primeiro banho foi doloroso não sentir aquela parte genital.</i></p> <p><i>E.2.10. Com o tempo habituamo-nos e pensamos que poderia ter sido pior.</i></p> <p><i>E.2.12. Acho que foi um dos piores momentos da minha vida.</i></p> <p><i>E.2.19. Fui-me habituando a ter uma prótese.</i></p> <p><i>E.3.22. É algo encarado como uma castração.</i></p> <p><i>E.3.27. No fim ao cabo é uma amputação e foi difícil.</i></p> <p><i>E.4.36.Em termos emocionais é sempre a ansiedade se fica resolvido o problema ou não.</i></p> <p><i>E.5.47. Me deixei de sentir tanto homem.</i></p> <p><i>E.5.49. Não me vejo como um homem de verdade...</i></p> <p><i>E.5.51. Mas nunca pensei que emocionalmente fosse ter um impacto tão grande.</i></p> <p><i>E.5.55. Receio de ter uma consequência mais grave relacionada com a cirurgia, por exemplo, se iria ter dores...</i></p> <p><i>E.5.60. Dou mais valor aos sentimentos, os afectos.</i></p>

A sua percepção de si, a imagem corporal após a orquiectomia e a agressividade dos tratamentos adjuvantes podem fazer com que o indivíduo não se sinta atractivo ou sexualmente desejável (Hughes, 2009, citando Southard e Keller, 2009), como foi relatado pelos participantes:

Salientam-se alguns sentimentos referidos pelos participantes que demonstram a agressividade e a dificuldade em conseguir ultrapassar o diagnóstico e tratamento do tumor do testículo, tais como o medo, a vergonha, a insegurança.

Hawkins (2009) refere que alguns clientes apresentarem sentimentos de rejeição, tristeza, raiva e culpa, que foi o mote que os fez alterar a sua sexualidade e transformá-la de forma satisfatória.

São diversos os factores psicológicos que contribuem para a ocorrência de disfunção sexual, como o facto de “*ter uma peça que não pertence*” como se verifica na análise da tabela 3.6.

**Tabela 3.6.** – Vergonha.

### Individualidade da Pessoa

Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
<b>1.3. Sentimentos</b>	1.3.1.Vergonha	<p><i>E.2.14. A nível sexual foi um bocado estranho, ter uma peça que não pertence.</i></p> <p><i>E.3.28. Pensei que a minha masculinidade de alguma maneira seria afectada.</i></p> <p><i>E.4.38. Que quando se fala em órgãos sexuais e vão retirá-lo há sempre um estado emocional de não conseguir cumprir a sua missão.</i></p> <p><i>E.4.44. É suposto que o homem não seja fraco e não se deixe afectar com estas coisas.</i></p> <p><i>E.4.45. O que mais me custou foi pensar que os outros pensassem que seria mais fraco.</i></p> <p><i>E.5.48. Senti-me mutilado, faltava-me algo.</i></p> <p><i>E.5.50. Tive algum receio de como a minha namorada iria olhar para mim.</i></p> <p><i>E.5.56. Tenho alguma vergonha.</i></p> <p><i>E.5.62. Sentir vergonha perante as outras pessoas, considerando-me menos homem.</i></p>

Hughes (2009) enumera-os: baixa auto-estima, culpa e vergonha, frustração, raiva, pouca informação, tristeza, depressão, ansiedade e sensação de isolamento. Alguns destes sentimentos são enumerados pelos participantes deste estudo.

A alteração da imagem corporal e os receios relacionados com o desempenho sexual “pode levar a problemas de erecção”, segundo American Cancer Society (2010).

O receio de falhar é um entrave inicial para que o contacto sexual nem se inicie por o indivíduo não se sentir confiante.

Seguidamente, apresenta-se a tabela 3.7 onde se analisa alguns sentimentos manifestados pelos participantes onde se denota baixa auto-estima.

**Tabela 3.7.** – Baixa auto-estima.**Individualidade da Pessoa**

Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
<b>1.3. Sentimentos</b>	1.3.2.Baixa auto-estima	<p><i>E.1.1. Inicialmente existia sempre a dúvida se a relação sexual seria a mesma....</i></p> <p><i>E.1.2. Nem se iniciava o contacto íntimo por dúvida se seria capaz.</i></p> <p><i>E.1.6. Medo, por ser uma situação de dúvida se seria ou não funcional.</i></p> <p><i>E.2.15. Tinha medo de magoar, estava tímido e fragilizado.</i></p> <p><i>E.2.17. Tinha medo de algo não correr bem! Afinal de contas, tiraram algo do meu órgão sexual.</i></p> <p><i>E.4.41. Eu tive algum tempo que não consegui chegar a pensamentos positivos.</i></p> <p><i>E.5.53. O medo de falhar perante a minha namorada.</i></p> <p><i>E.5.58. O medo que eu sentia de não ser capaz de ter relações sexuais causava-me uma enorme ansiedade e insegurança.</i></p> <p><i>E.5.59. Medo de não ser capaz de proporcionar prazer à minha namorada.</i></p>

O medo de não ser capaz de ter relações sexuais ou de não proporcionar prazer ao parceiro também é limitado pela ansiedade e insegurança que acarreta. (López e Fuertes, 1989).

A flexibilidade e a capacidade para aceitar mudanças e adaptar-se às novas circunstâncias são aspectos primordiais no casal.

Perante as adversidades, a capacidade de comunicação e a afectividade são as bases para ajudar a ultrapassar as dificuldades manifestadas.

Goldstein, citado por Hughes (2009), assinala que de todos os factores apresentados para explicar como causas para a disfunção sexual cerca de 90% se atribuem a factores físicos e cerca de 75% a factores psicológicos, habitualmente associados aos sentimentos acima referidos envolvidos ao longo do processo de diagnóstico e tratamento.

### 3.2. Estratégias para ultrapassar dificuldades sentidas

A partir de 4 unidades de contexto surgiram 2 subcategorias, das quais emergiu a categoria “Estratégias para Ultrapassar Dificuldades Sentidas”, como se representa na tabela seguinte:

**Tabela 3.8.** – Estratégias para Ultrapassar dificuldades sentidas.

Categories	Subcategorias	Unidades de Contexto
<b>2. Estratégias para ultrapassar dificuldades sentidas</b>	2.1. Recursos Internos	2.1.1. Aceitação pessoal
	2.2. Recursos Externos	2.2.1. Companhia
		2.2.2. Familiares/Amigos
		2.2.3. Apoio especializado

As dificuldades que os jovens orquiectomizados enfrentam, dependem das características individuais e do modelo de vida de cada homem, assim como as estratégias que utilizam para se reajustarem à nova realidade.

Na tabela 3.9. descreve-se um recurso interno que passa por um processo reflexivo de aceitação pessoal, como é referido por um dos participantes “*Precisei de efectuar alguns exercícios mentais para me aceitar*”.

**Tabela 3.9.** – Aceitação Pessoal.

#### Estratégias para ultrapassar dificuldades sentidas

Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
<b>2.1. Recursos Internos</b>	2.1.1. Aceitação pessoal	<i>E.2.18. Tentar pensar positivo e não pensar que era o fim do mundo por não ter um testículo.</i>
		<i>E.2.19. Fui-me habituando a ter uma prótese.</i>
		<i>E.3.32. Precisei de efectuar alguns exercícios mentais para me aceitar.</i>
		<i>E.3.33. Foi muito importante a pesquisa que efectuei sobre a doença.</i>
		<i>E.4.40. Força de viver, compreensão e carinho são de certeza os ingredientes que</i>

**Estratégias para ultrapassar dificuldades sentidas**

Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
		<p><i>me levaram à minha completa recuperação.</i></p> <p><b>E.4.43.</b> <i>Nós temos que adaptar as nossas experiências de vida, o nosso estilo de vida.</i></p>

Os recursos internos de cada indivíduo permitem-lhe adoptar um comportamento mais ou menos positivo face à doença. As suas estratégias de *coping* permitem que se encontrem mecanismos internos para conseguir lidar com a nova situação.

Segundo Valério (2007), para cada indivíduo doente existe um conjunto de respostas adaptativas, respostas de *coping*, que a pessoa vai gerindo conforme for apreendendo a situação.

Através da leitura da tabela 3.10, constata-se que todos os participantes consideram extremamente importante o acompanhamento da sua companheira. “*Quando a pessoa que está ao nosso lado nos consegue compreender e consegue nos dar o apoio, tudo isso é ultrapassável.*”

**Tabela 3.10.** – Companheira.

**Estratégias para ultrapassar dificuldades sentidas**

Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
<b>2.2. Recursos Externos</b>	2.2.1. Companheira	<p><b>E.1.8.</b> <i>Recorremos a alguns acessórios de pornografia e conversámos qual seria a forma de superar o medo e ultrapassar o receio.</i></p> <p><b>E.2.20.</b> <i>Uma conversa muito directa com a minha companheira a arranjar-mos formas para ultrapassar.</i></p> <p><b>E.3.35.</b> <i>As longas conversas com a minha esposa foram de igual modo importantes.</i></p> <p><b>E.4.39.</b> <i>Quando a pessoa que está ao nosso lado nos consegue compreender e consegue nos dar o apoio, tudo isso é ultrapassável.</i></p>

**Estratégias para ultrapassar dificuldades sentidas**

Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
		<i>E.5.65. A minha namorada foi muito compreensiva perante as minhas dificuldades mais concretamente no desempenho sexual.</i>

Segundo Hawkins (2009), o diagnóstico de cancro tem sempre um impacto negativo num relacionamento. Este impacto que o diagnóstico de cancro tem na vida do casal deve ser discutido e conversado abertamente, pois só assim que consegue assegurar o entendimento e a compreensão. Contudo, segundo o mesmo autor, a mulher “companheira” tem uma maior capacidade de diálogo e compreensão sobre os problemas relacionados com a sexualidade do seu companheiro já que o diagnóstico não altera a forma erotizada como olha para o seu companheiro.

É essencial no relacionamento entre o casal, que haja comunicação, desmistificando os preconceitos e trabalhando de certa forma a “nova sexualidade”, como uma nova forma de encarar a vida.

Hawkins (2009) apresenta consequências nas mudanças causadas pelo diagnóstico que incluem a aceitação de alterações da sexualidade na relação que permitiram uma maior aproximação e intimidade do casal.

É interessante constatar que todos os participantes abordaram a importância da companheira no apoio prestado e na sua importância como estratégia para ultrapassar as dificuldades sentidas. Isso leva a questionar de que forma os participantes viveriam esta problemática se não tivessem companheira no período de doença.

Através da observação da tabela 3.11 verifica-se a importância do seu grupo de familiares e amigos para ultrapassar as dificuldades sentidas, referido por “*O carinho, a amizade e a compreensão foram encontrados entre mim e todas as pessoas mais chegadas e com a ajuda deles e a força que me transmitiram*”.

Santos (2003), citando Navalhas (1998) refere que “a percepção ou crença de que os outros estão disponíveis para fornecer conforto emocional ou assistência prática em alturas de necessidade, parece ser particularmente benéfico para a saúde e bem-estar, o que reforça as unidades de registo encontradas.

**Tabela 3.11.** – Familiares/Amigos.**Estratégias para ultrapassar dificuldades sentidas**

Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
2.2. Recursos Externos	2.2.2.Familiares/ Amigos	<p><i>E.4.42. O carinho, a amizade e a compreensão foram encontrados entre mim e todas as pessoas mais chegadas e com a ajuda deles e a força que me transmitiram.</i></p> <p><i>E.5.64. Consegui isolar-me menos, fazer jantaras com os amigos e foi fundamental poder voltar ao meu emprego.</i></p>

Conforme é relatado pelos participantes, o apoio da rede social é benéfico e fundamental para conseguir lidar com a problemática em questão, confirmado por Santos (2003, p. 188) que reforça com a afirmação “a satisfação com o apoio proporcionado pelos amigos é vantajosa, quer na adopção de mecanismos de  *coping*  eficazes para o confronto da doença oncológica, quer em termos de resultados em qualidade de vida”. O mesmo autor refere que indivíduos jovens valorizam o suporte proveniente dos amigos e “quando a seu nível de escolaridade aumenta, cresce a sua satisfação com o suporte social percebido, nomeadamente vindo do grupo de amizades.”

O tempo que envolve o momento do diagnóstico e o tratamento é um período muito desgastante para o cliente, para a sua família e amigos. A importância dos recursos são neste período valorizados e a sua actuação é fundamental, sejam eles contactos formais ou informais, os profissionais de saúde deverão intervir precocemente com vista a eliminar ou reduzir o impacto deste momento na vida do jovem submetido a orquiectomia.

Da leitura da tabela 3.12, salienta-se a importância das “*longas conversas com um enfermeiro do serviço*” e ainda a importância de “*falar sobre o assunto*” como factor facilitador para ultrapassar as dificuldades sentidas.

**Tabela 3.12.** – Apoio Especializado

**Estratégias para ultrapassar dificuldades sentidas**

Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registo
<b>2.2. Recursos Externos</b>	2.2.3. Apoio especializado	<p><i>E.3.34. As longas conversas, com um enfermeiro do serviço foi muitíssimo importante.</i></p> <p><i>E.5.63. Fui a algumas consultas de psicologia que para dizer a verdade, me ajudaram um pouco.</i></p> <p><i>E.5.66. Acho que conversar sobre este assunto é muito importante, pois é mais fácil de obter ajuda para ultrapassar as dificuldades.</i></p>

As unidades de registo apresentadas reforçam a ideia expressada por Brown (2004) que refere que o apoio da equipa de enfermagem é enorme e importante para o cuidado holístico do cliente. A sua actividade deve começar de imediato e abranger aspectos relacionados com o processo da doença, as especificidades do tratamento e os possíveis efeitos adversos. O acompanhamento do cliente deve englobar as possíveis alterações ao nível da sexualidade, da sua imagem corporal e fertilidade.

Brown (2004), reforça que o cliente deve continuar a receber apoio da equipa de enfermagem, em continuidade com apoio da equipa multidisciplinar. Pois já muito foi estudado sobre o impacto do cancro da mama no auto imagem feminina, mas muito existe ainda a fazer sobre o impacto na imagem corporal do homem submetido a orquiectomia radical.

Hughes, citando Poirier e Rawl (2000), refere que o enfermeiro tem o papel fundamental de fazer com que o cliente entenda que a sua funcionalidade sexual e a sua fertilidade não serão afectadas pela orquiectomia.

Citando Valério (2007) “ter uma doença crónica acarreta muitas vezes na pessoa doente algumas dúvidas sobre a sua sexualidade; os doentes oncológicos pela gravidade da sua doença sentem-se pouco “à vontade” para falar sobre a sua sexualidade e preocupações sexuais, relegando este problema para o fim da sua lista”. Pensando a sexualidade como

uma fonte de satisfação física, emocional e de bem-estar é fundamental abordar esta actividade de vida diária sabendo a importância atribuída culturalmente.

Uma vez que a sexualidade faz parte da intimidade individual, o enfermeiro devera ter a capacidade para conversar abertamente com o cliente, estando, para tal, provido de um manancial de conhecimentos ao nível da anatomia, intervenção cirúrgica, fisiologia, entre outras, que lhe permita esclarecer as dúvidas e criar abertura para que exista um ambiente propício e confortável ao cliente que seja favorável ao esclarecimento e discussão da sua sexualidade.

É interessante reflectir sobre a idade destes clientes e compará-la com a idade dos enfermeiros cuidadores. Pensando na idade jovem dos enfermeiros cuidadores ao prestarem cuidados a clientes com esta problemática, estes poderão ser confrontados com os seus próprios receios e criar de algum modo uma empatia que pode levar a uma abertura para falar claramente sobre a actividade de vida sexualidade, por outro lado, poderá afastar o tema ou torná-lo constrangedor no sentido em que o cuidador vê no outro o reflexo da sua própria imagem e pode ter dificuldade no distanciamento entre o campo pessoal e o campo profissional.

Num estudo realizado pela American Cancer Society, em 1987, citado por Valério (2007) com doentes oncológicos “concluiu-se que 73% dos doentes com problemas sexuais só necessitaram de uma ou duas consultas de especialidade e aconselhamento sexual, 16% necessitaram entre três a cinco sessões e muito poucos doentes necessitaram do conselho de outro especialista”.

Na verdade, a sexualidade no doente oncológico é um tema pouco estudado pelos profissionais. “Existem falhas na abordagem desta problemática e alguns autores fazem referência à pressão que as equipas de assistência sofrem ao tratar os doentes oncológicos. Muitos dos problemas e dúvidas sexuais dos doentes têm solução, desde que se dê tempo para a comunicação” (Valério, 2007).

Ainda segundo o mesmo autor, o grupo de doentes que estatisticamente podem necessitar de mais atenção no campo sexual são os jovens, os solteiros, os doentes sem filhos ou com problemas matrimoniais que, dado o grupo etário mais acometido por esta problemática, compreende a população representada neste estudo.

## 4. Conclusão

Para este trabalho de investigação foi escolhido o tema “Expressão da Sexualidade do Jovem Adulto: Relatos de Experiências”. A pertinência deste estudo prende-se com a aquisição de conhecimentos sobre a forma como a pessoa lida com a sua sexualidade após a cirurgia.

O presente estudo é exploratório, descritivo, uma vez que visa a aquisição de conhecimentos que permitam examinar um fenómeno em particular e compreender a realidade vivida pelos indivíduos.

Assim, este estudo teve como intuito explorar e descrever as experiências de como o indivíduo orquiectomizado vive a sua sexualidade, de forma a contribuir para o conhecimento dos enfermeiros face a esta realidade, adequando as suas intervenções à necessidade de cada indivíduo.

O instrumento de colheita de dados foi uma entrevista aberta, semi-estruturada e áudio-gravada, tendo os dados colhidos sido analisados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin.

A população do estudo corresponde aos indivíduos que foram submetidos a orquiectomia radical, sendo a amostra por conveniência, representada por cinco indivíduos que experienciaram o fenómeno em estudo segundo critérios de inclusão estabelecidos. Os participantes têm idades compreendidas entre os 20 e os 35 anos.

Este estudo permitiu:

- Descrever da forma como o indivíduo orquiectomizado vive a sua sexualidade,
- Identificar das estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades sentidas.

A sexualidade está relacionada com todas as dimensões da saúde, preocupações ou problemas sexuais que devem ser abordados como parte integrante dos cuidados de enfermagem.

O reconhecimento de dificuldades na sexualidade do indivíduo orquiectomizados pelos profissionais de saúde, facilita a identificação de necessidades e a construção de estratégias para a resolução das mesmas.

Na categoria individualidade da pessoa foi referido que as alterações físicas tiveram um forte impacto inicial no conceito de auto imagem do indivíduo e que alguns factores psicológicos influenciaram o seu desempenho sexual que posteriormente forma eliminados.

As vivências referidas pelos participantes reflectem o modelo social de que o homem após orquiectomia se sente “menos homem”.

Salientam-se alguns sentimentos referidos pelos participantes que demonstram a agressividade e a dificuldade em conseguir ultrapassar o diagnóstico e tratamento do tumor do testículo, tais como o medo, a vergonha, a insegurança.

Na categoria estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas verifica-se que os recursos apontados pelos participantes passam pela aceitação pessoal, a relação com as pessoas significativas e apoio especializado.

Os recursos internos de cada indivíduo permite-lhe adoptar um comportamento mais ou menos positivo face à doença. As suas estratégias de coping permitem que se encontrem mecanismos internos para conseguir lidar com a nova situação.

Salienta-se como essencial, no relacionamento entre o casal, que haja comunicação, desmistificando os preconceitos e trabalhando de certa forma a “nova sexualidade”, como uma nova forma de encarar a vida.

Foi referido pelos participante que o apoio especializado foi um alicerce na recuperação.

Esta monografia compreende as seguintes fases, conceptual, metodológica e empírica. Na fase conceptual encontra-se definido o tema, formulação de ideias e a recolha de informação sobre o mesmo. Na fase metodológica encontram-se definidos os meios para a realização da investigação e na fase empírica encontra-se a interpretação dos dados obtidos através das entrevistas realizadas.

Após a realização do presente estudo considera-se ter atingido os objectivos inicialmente propostos, pois foi possível descrever como o jovem adulto

orquiectomizado vive a sua sexualidade e identificar as estratégias utilizadas para ultrapassar a situação.

Torna-se pertinente a realização deste estudo para a enfermagem, pois cabe também ao enfermeiro e aos outros profissionais de saúde quebrar o silêncio que acompanha as alterações na sexualidade e função sexual ajudando o indivíduo a alcançar novamente a sua saúde sexual a um nível satisfatório após uma situação de incapacidade.



## **5. Implicações e Limitações**

### **5.1. Implicações para a Enfermagem**

Os estudos de investigação em Enfermagem têm como finalidade, solucionar os problemas da pessoa, da família e até de uma comunidade.

Desta forma é possível melhorar a qualidade dos cuidados prestados, indo ao encontro das necessidades de cada um, garantido a individualidade.

Assim as implicações para a enfermagem, que se admite constar neste trabalho, são:

- Dar a conhecer a importância devida à sexualidade, permitindo aos enfermeiros a capacidade de analisar a sexualidade do indivíduo com facilidade e confiança;
- Contribuir de forma a melhorar as competências dos enfermeiros na temática sexualidade;
- Promover a importância de uma comunicação adequada que visa facilitar a expressão de sentimentos por parte do indivíduo, a aceitação da sua condição e a identificação de objectivos que permitam a resolução de problemas;
- Capacitar os enfermeiros, para a importância do envolvimento do parceiro no processo de reabilitação, devendo fornecer informação sobre alterações da imagem corporal, incapacidades que afectam a relação sexual do indivíduo/casal, formas de reagir a essas alterações e estratégias para ultrapassar as dificuldades manifestadas.

### **5.2. Limitações para a Enfermagem**

Como em todos os estudos, durante o seu percurso acontecem algumas contrariedades e limitações que afectam em parte a realização do mesmo, não tendo sido este, excepção à regra.

O primeiro obstáculo que surgiu prendeu-se com a dificuldade de aceder a estudos sobre a temática da sexualidade em jovens adultos, talvez por escassez de existência dos mesmos ou pela “sensibilidade” atribuída ao tema, o que dificultou a análise e discussão dos dados.

Outra limitação encontrada, foi a falta de disponibilidade de tempo, derivada de compromissos académicos, da vida profissional e pessoal que, de certa forma, dificultaram a execução atempada das etapas deste estudo.

## 6. Sugestões

Apresenta-se como sugestões para futuros estudos de investigação, relacionados com a problemática dos indivíduos submetidos a orquiectomia radical, os seguintes aspectos:

- Visão dos enfermeiros, quanto à qualidade da prestação de cuidados de enfermagem e acompanhamento de indivíduos submetidos a orquiectomia radical e respectivas famílias, nos vários períodos deste mesmo processo (pré-cirúrgico, pós-cirúrgico/reabilitação);
- Experiências vividas pelas companheiras dos indivíduos submetidos a orquiectomia radical;

Considerando que a realização dos estudos acima mencionados permitiriam a todos os profissionais, envolvidos no acompanhamento de indivíduos submetidos a orquiectomia radical e respectivas famílias, obter uma visão mais aprofundada sobre a qualidade dos cuidados prestados, melhorando-os através da identificação de necessidades e determinando soluções para reduzir carências das mesmas.



## Referências Bibliográficas

- ☀ Albers, P., Albrecht, W., Algaba, F., Bokemeyer, C., Cohn-Cedermark, G., Fizazi, K., Horwich, A., Laguna, M.P. (2008). *Orientações sobre tumor do testículo*. Milão. European Association of Urology. Revista Eur Urol 2008.
- ☀ American Cancer Society (2010). *Male Sexual Dysfunction*. Disponível on-line em: <http://www.cancer.org/>. Último acesso a 27 de Maio de 2012
- ☀ Azevedo, M. (2004). *Teses, relatórios e trabalhos escolares. Sugestões para estruturação da escrita* (4.ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora;
- ☀ Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70;
- ☀ Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70;
- ☀ Bento, M.J. (2008) Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil;
- ☀ Bertan, F.C.; Castro, E.K. (2010) *Qualidade de Vida, Indicadores de Ansiedade e Depressão e Satisfação Sexual em Pacientes Adultos com Câncer*. Revista Salud & Sociedad, V. 1, Nº2, Maio - Agosto.
- ☀ Brown, C.G. (2004) *Testicular Cancer: An Overview*. Society of Urologic Nurses and Associates. Urol Nurs. 2004-24(2);
- ☀ Chambers, S. K., Schover, L. , Halford, K., Clutton, S., Ferguson, M., Gordon, L., Gardiner, R. A., Occhipinti, S. & Dunn, J. (2008). *ProCan for Couples: Randomised controlled trial of couples – based sexuality intervention for men with localized prostate cancer who receive radical prostatectomy*. *BMC Cancer*, nº 8, p. 1-8;
- ☀ Faria, E.F.; Júnior, C.H.F.(2010). *Urologia Fundamental*. Sociedade Brasileira de Urologia. Editores Archimedes.
- ☀ Fonseca, L., Soares C., Vaz M. J. (2003). *A Sexologia – Perspectiva multidisciplinar Volume I*. Coimbra: Quarteto Editora;
- ☀ Fortin, M. F., Côté, J., Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta;
- ☀ Greco, S. (2000). Educação e aconselhamento sexual in *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo* (2.ª ed.). Loures: Lusociência, 647-681;

- ☀ Hawkins, Y.; Ussher, J.; Gilbert, E.; Perz, J. ; Sandoval, M.; Sundquist, K. (2009) *Changes in Sexuality and Intimacy After the Diagnosis and Treatment of Cancer: The Experience of Partners in a Sexual Relationship With a Person With Cancer*. Cancer Nurs. 2009;32(4):271-280 Lippincott Williams & Wilkins;
- ☀ Hughes, M. K. (2009). *Sexuality and Cancer: The Final Frontier for Nurses*. Oncology Nursing Forum, 5;36, 241-246;
- ☀ Leal, M.L.O. (2004). *Avaliação diagnóstica em tumor do testículo*. São Paulo. Sinopse de Urologia- Ano 8 nº2.
- ☀ LoBindo-Wood, G. ; Haber, J. (1998) *Métodos, Avaliação Crítica e Utilização (4ª Edição)*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- ☀ López, F. e Fuertes, A. (1989). *Para compreender a sexualidade*. (s.ed.). Sintra: Associação para o planeamento da Família.
- ☀ Osório, J.C.C. (2008) *Coping: Qual o instrumento mais adequado? Artigo apresentado no I Congresso Internacional “A Saúde Mental e o Equilíbrio Social”* publicado pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- ☀ Phipps, W. J., Sands, J. K., Market, J. F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica (6.ª ed.)*. Loures: Lusociência;
- ☀ Polit, D., et all (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização (5.ª ed.)*. Porto Alegre: ARTMED Editora;
- ☀ Pontes, L; Silva, M.A; Matoso, F. (2009). *Registo Oncológico Nacional 2005*. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil;
- ☀ Potter, P. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos (5.ª ed.)*. Loures: Lusociência;
- ☀ Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney (1.ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores;
- ☀ Santos, C.S.V.B.; Ribeiro, J.P.; Lopes, C.(2003) *Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) A Pessoas com Diagnóstico de Doença Oncológica*. Revista Psicologia, Saúde e Doenças. Vol.4, Nº2.
- ☀ Schover, L. R. (2009, Outubro). *Sexual Problems in Cancer Survivors*. Lisboa: Comunicação apresentada no I Curso OncoSexologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil;

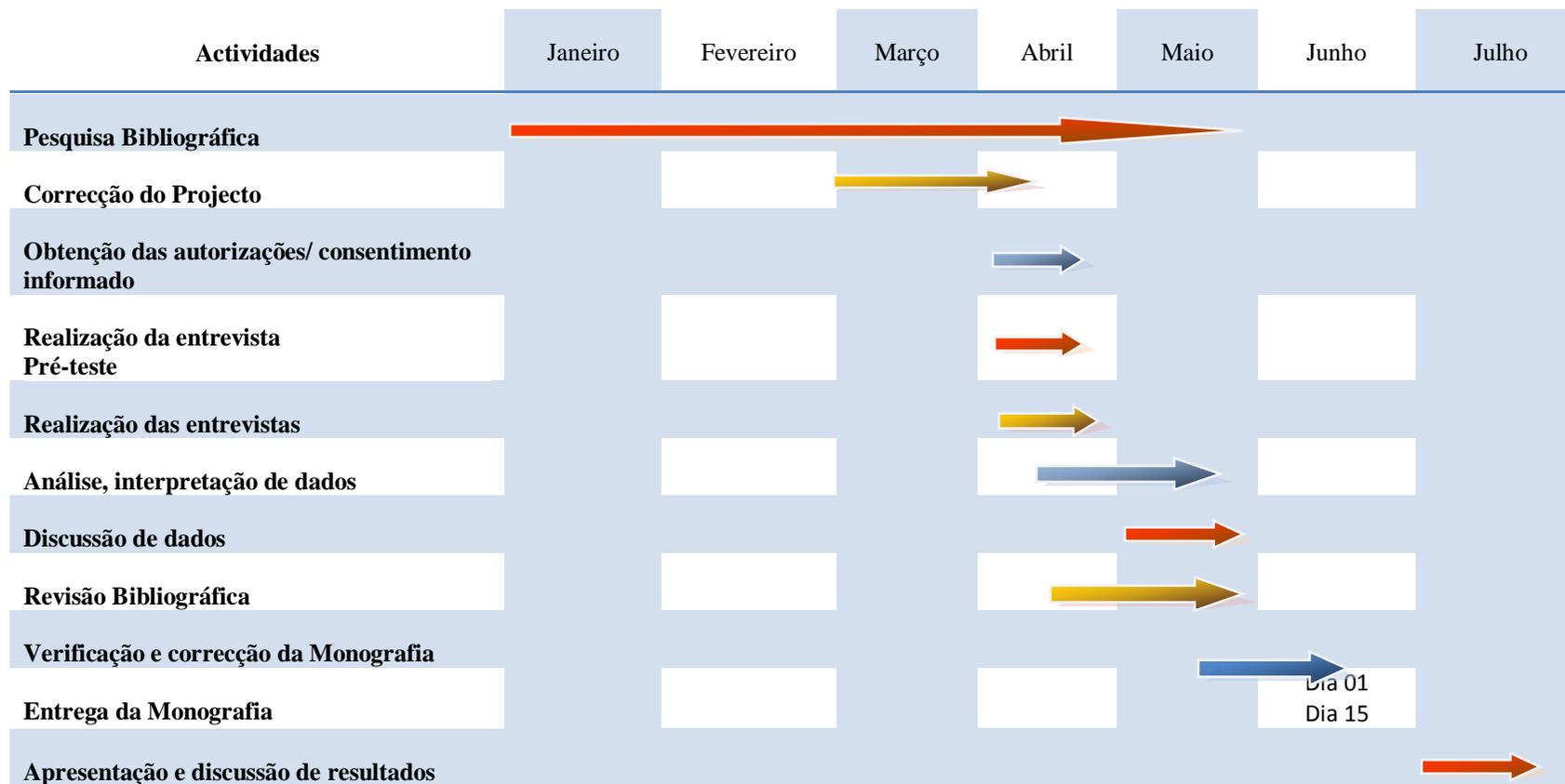
- ☀ Seeley, R., Stephens, T. e Tate, P. (2007). *Anatomia & Fisiologia* (6.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusodidacta;
- ☀ Shirley, E. O. (2000). *Enfermagem Oncológica*. (3.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência;
- ☀ Shirley, P. H. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo*. (2.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência;
- ☀ Streubert, H. J., Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista* (2.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência;
- ☀ Valério, E. M. S. (2007) *Alteração do Padrão da Sexualidade no Doente com Doença Oncológica*. Tese de candidatura ao Mestrado em Oncologia. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- ☀ Wilmoth, M.C. (2006) *Life After Cancer: What Does Sexuality Have to Do With It?* Oncology Nursing Forum- Vol. 33, Nº5.
- ☀ World Health Organization. (2002). Globocan 2008. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. Geneva: WHO. Disponível on-line em: <http://www.who.int/mediacenter/factsheets>. Último acesso a: 24 de Maio de 2012.



## Apêndices



## Apêndice A – Cronograma





## Apêndice B – Consentimento Informado

### Consentimento Informado

**Estudo:** “Expressão da Sexualidade do Jovem Adulto: Relatos de Experiências”

#### **Objectivos Gerais:**

- Descrever o modo como a pessoa orquidectomizada vive a sua sexualidade;
- Identificar as estratégias para minimizar as dificuldades sentidas.

**Metodologia:** A colheita de dados será efectuada através de uma entrevista semi-estruturada, áudio-gravada.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informado do objectivo da pesquisa. Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto a riscos em virtude da minha participação e de que poderei em qualquer momento recusar, continuar ou ser informado acerca da mesma, sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. Tenho conhecimento de que os dados por mim fornecidos serão usados somente para fins científicos, mantendo o anonimato e sendo destruídos pelos investigadores após o estudo. Fui informado de que poderei aceder aos resultados do estudo, de que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação neste estudo.

Concordo voluntariamente em participar no referido estudo,

\_\_\_\_\_

Investigadora:

\_\_\_\_\_

(Elisabete Soares dos Reis)

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



**Apêndice C – Guião da Entrevista**

Blocos	Objectivos Específicos	Questões
<p>Descrever o modo como a pessoa orquidectomizada vive a sua sexualidade.</p>	<p>Solicitar a colaboração, evidenciando a importância do seu contributo.</p> <p>Identificar consequências emocionais e físicas após orquidectomia radical.</p> <p>Identificar a existência de dificuldades relativas à função sexual.</p>	<p>Que alterações funcionais e emocionais ocorreram após a realização da orquidectomia radical?</p> <p>Como vivenciou a sua sexualidade após a realização da cirurgia?</p> <p>Que estratégias adoptou para ultrapassar as dificuldades sentidas?</p>



## Apêndice D – Entrevistas

### Entrevista nº 1 (E1)

**33 Anos, divorciado**

1. Que alterações funcionais e emocionais ocorreram após a realização da orquiectomia radical?

**E.1.1.** Inicialmente existia sempre a dúvida se a relação sexual seria a mesma... **E.1.2.** nem se iniciava o contacto íntimo por dúvida se seria capaz.

**E.1.3.** A questão da paternidade também foi um facto que me trazia alguma dúvida e a tristeza; não saber se poderia ser pai novamente angustiava-me a mim e ainda para mais sabendo que a minha companheira gostaria muito. **E.1.4.** Nós fizemos criopreservação mas na minha cabeça não é a mesma coisa. **E.1.5.** Parece que se não tiver a capacidade de engravidar a minha companheira me sinto menos “homem”... bom, nós sabemos que possivelmente é só uma fase e que depois vai ser tudo normal.

Passaram seis meses até que tudo voltasse ao normal.

2. Como vivenciou a sua sexualidade após a realização da cirurgia?

**E.1.6.** Medo, por ser uma situação de dúvida se seria ou não funcional. O receio de ter dor... **E.1.7.** mas a minha namorada ajudou a superar isto tudo.

3. Que estratégias adoptou para ultrapassar as dificuldades sentidas?

**E.1.8.** Recorremos a alguns acessórios de pornografia e conversámos qual seria a forma de superar o medo e ultrapassar o receio.

## Entrevista nº 2 (E2)

25 Anos, solteiro

Que alterações funcionais e emocionais ocorreram após a realização da orquiectomia radical?

Ao início foi estranho depois de ter sido operado. E.2.9. O primeiro banho foi doloroso não sentir aquela parte genital. Era estranho... ter uma relação afectiva recente e a confiança ainda era pouca. Era tudo novidade naquele momento mas E.2.10. com o tempo habituamo-nos e pensamos que poderia ter sido pior. E.2.11. Tive um grande apoio familiar e dos amigos a quem contei. Outro factor de medo foi ter que fazer quimioterapia porque até à altura nunca me senti doente. E depois vêm aquelas coisas todas desagradáveis que chegam com a quimioterapia: o cabelo que cai e vomitar e estar mal disposto, mal-humorado. E.2.12. Acho que foi um dos piores momentos da minha vida. E.2.13. O outro pilar foi a minha namorada. E.2.14. A nível sexual foi um bocado estranho, ter uma peça que não pertence. E.2.15. Tinha medo de magoar, estava tímido e fragilizado, com receio do que poderia acontecer naqueles momentos.

### 1. Como vivenciou a sua sexualidade após a realização da cirurgia?

Ao início foi estranho mas com o tempo acabou por ser comum no dia-a-dia. E.2.16. Não tive qualquer tipo de...problema sexual ao nível do desempenho...apenas a minha cabeça me pregou partidas. Enfim, E.2.17. tinha medo de algo não correr bem! Afinal de contas, tiraram algo do meu órgão sexual.

### 2. Que estratégias adoptou para ultrapassar as dificuldades sentidas?

E.2.18. Tentar pensar positivo e não pensar que era o fim do mundo por não ter um testículo. E.2.19. Fui-me habituando a ter uma prótese. Hoje estou feliz e contente e a nível sexual estou bem. Tentei, na minha primeira relação sexual, após a operação, E.2.20. uma conversa muito directa com a minha companheira a arranjar-mos formas para ultrapassar. Ela, nessa conversa fez-me sentir muito bem e à vontade para sexualmente estar sem medo e sem preocupação do que ela fosse pensar e apenas aproveitar os momentos a dois e deixar-me levar pelo momento.

## Entrevista nº 3 (E3)

28 Anos, casado

Que alterações funcionais e emocionais ocorreram após a realização da orquiectomia radical?

Hum... E.3.21. no inicio precisei de ter apoio psicológico pessoal porque E.3.22.é algo encarado como uma castração mas ...sei lá... pessoalmente pensava que poderia não ser funcional a cem por cento...acho que era mais por aí... E.3.23.Depois percebi, com a ajuda psicológica e com o passar do tempo e com a minha auto-estima melhorada percebi... voltei a acreditar nas minhas capacidades e naturalmente a capacidades emergiram. Não se calhar em quantidade mas a minha relação melhorou em qualidade. E.3.24.Falar com a minha mulher ajudou em muito...E.3.25.o meu melhor amigo foi o meu grande confidente nesta etapa e claro, E.3.26.a ajuda psicológica facultada pelo hospital foi uma grande ajuda.

Quando o médico me falou da cirurgia parece que o problema ainda tomou maiores proporções porque E.3.27.no fim ao cabo é uma amputação e foi difícil. E.3.28.Pensei que a minha masculinidade de alguma maneira seria afectada, apesar de me ter explicado que em termos funcionais não teria qualquer problema. E.3.29.O problema aconteceu na minha cabeça, nos meus pensamentos muito antes da cirurgia se realizar. O período de espera foi muito difícil. Agora, ao olhar para trás acho que passei um mau bocado mas que felizmente ultrapassei e nem precisava daqueles pensamentos horríveis.

### 1. Como vivenciou a sua sexualidade após a realização da cirurgia?

E.3.30.O primeiro contacto foi muito difícil, com muito pudor e muito cepticismo por não estar à vontade com o meu corpo e não compreender as reais alterações corporais, tornou-se incomodativo.

E.3.31.Com o passar do tempo, com a melhor compreensão do meu novo corpo a actividade retomou o seu caminho normal, igual ao que era antes da cirurgia.

### 2. Que estratégias adoptou para ultrapassar as dificuldades sentidas?

Hum... nem sei bem...E.3.32.precisei de efectuar alguns exercícios mentais para me aceitar e transformar o meu desejo sexual e deixar-me levar.

**E.3.33.** Foi muito importante a pesquisa que efectuei sobre a doença, o tratamento e as alterações futuras.

A ajuda e **E.3.34.** as longas conversas com um enfermeiro do serviço foi muitíssimo importante mas **E.3.35.** as longas conversas com a minha esposa foi de igual modo importante porque existia o grande desejo de ter filhos.

Por um lado, falar com um homem parece que é mais fácil de ser compreendido porque consegue colocar-se no nosso lugar. Mas as longas conversas com a minha esposa ajudaram em muito a colocarmos as nossas expectativas e os nossos meios em cima da mesa.

## Entrevista nº 4 (E4)

35 Anos, União de facto

1. Que alterações funcionais e emocionais ocorreram após a realização da orquiectomia radical?

**E.4.36.** Em termos emocionais é sempre a ansiedade se fica resolvido o problema ou não e tudo associado a esse pensamento... em termos funcionais o que eu acho é que precisa de existir muita paciência, é sempre uma prótese, há sempre um tempo de habituação e ...reabilitação. Depois depende da pessoa, da reacção corpo à prótese...a quimioterapia foi um passo muito grande, ter que habitar aos sintomas...os vómitos...tudo isso afectou-me.

2. Como vivenciou a sua sexualidade após a realização da cirurgia?

**E.4.37.** Teve que existir um consenso e compreensão e uma adaptação à nova realidade é claro **E.4.38.** que quando se fala em órgão sexuais e vão retirá-lo há sempre um estado emocional de não conseguir cumprir a sua missão mas **E.4.39.** quando a pessoas que está ao nosso lado nos consegue compreender e consegue nos dar o apoio tudo isso é ultrapassável com o carinho e amizade arranja-se sempre uma solução. Neste momento sinto-me reabilitado e conseguimos a nível sexual entre mim e a minha companheira ter a vida que tínhamos anteriormente. **E.4.40.** Força de viver, compreensão e carinho são de certeza os ingredientes que me levaram à minha completa recuperação.

3. Que estratégias adoptou para ultrapassar as dificuldades sentidas?

Após o resultado positivo da detecção do problema é claro **E.4.41.** eu tive algum tempo que não consegui chegar a pensamentos positivos em relação à doença. Mas como referi na questão anterior **E.4.42.** o carinho, a amizade e a compreensão foram encontrados entre mim e todas as pessoas mais chegadas e com a ajuda deles e a força que me transmitiram consegui chegar a conclusões que devia de tomar ou retomar uma vida normal. **E.4.43.** Nós temos que adaptar as nossas experiências de vida, o nosso estilo de vida e somos habituados a pensar que somos machos latinos e sabemos que a actividade sexual tem uma importância extrema na imagem que os outros pensam de nós. **E.4.44.** É suposto que o homem não seja fraco e não se deixe afectar com estas coisas. Pelo menos é o que mostramos para o exterior. Quando tudo isto me aconteceu **E.4.45.** o que mais

me custou foi pensar que os outros pensassem que seria mais fraco. Um diagnóstico de um tumor é sempre mau de aceitar e pode ter um final muito infeliz.

## Entrevista nº 5 (E5)

20 Anos, solteiro

### 1. Que alterações funcionais e emocionais ocorreram após a realização da orquiectomia radical?

Na realidade E.5.46 **não senti grandes alterações físicas, pelo menos logo de início**. No entanto a minha cabeça andava numa roda viva, pensei muita vez porquê eu...na verdade parece que E.5.47 **me deixei de sentir tanto homem**..a forma melhor de definir é mesmo esta: E.5.48 **senti-me mutilado, faltava-me algo**. Sei que não está visível, mas ainda assim acháva que quando saía à rua, que era uma coisa que as outras pessoas notavam, que sabiam a cirurgia que eu tinha feito... sentia-me pequenino, envergonhado....

Pode parecer estranho mas parece que E.5.49 **não me vejo como um homem de verdade**...

E.5.50 **Tive algum receio de como a minha namorada iria olhar para mim**, até porque ela é mais nova que eu e a minha cabeça não parava de pensar na possibilidade de ela me deixar depois da cirurgia. O médico sempre me informou das consequências da cirurgia, E.5.51 **mas nunca pensei que emocionalmente fosse ter um impacto tão grande**, de tal forma que E.5.52 **me isolei um pouco dos amigos e da família**, evitava até de estar com eles para que não me perguntassem nada.

### 2. Como vivenciou a sua sexualidade após a realização da cirurgia?

Esse foi sem dúvida o meu segundo maior problema pois viria a saber se teria tido alguma consequência da cirurgia ou não. E E.5.53 **o medo de falhar perante a minha namorada** seria tão mau como o dia em que soube que tinha cancro..aahh.

E.5.54 **Notei que tinha muito menos desejo sexual**, não sei se era por medo de falhar ou se era por E.5.55 **receio de ter uma consequência mais grave relacionada com a cirurgia, por exemplo, se iria ter dores...**

E.5.56 **Tenho alguma vergonha** até de te dizer estas coisas...mas verifiquei que E.5.57 **sentia menos excitação e que demorava mais tempo a ter e a manter uma erecção**. **Depois percebi que era apenas da minha cabeça**. A minha namorada sempre me deixou

à vontade e me acompanhou perante estas dificuldades e me tentou fazer ver que iríamos conseguir ultrapassar estas dificuldades.

**E.5.58** O medo que eu sentia de não ser capaz de ter relações sexuais causava-me uma enorme ansiedade e insegurança...aah... com **E.5.59** medo de não ser capaz de proporcionar prazer à minha namorada. Agora acho que a par da vida sexual **E.5.60** dou mais valor aos sentimentos, os afectos.

### **3. Que estratégias adoptou para ultrapassar as dificuldades sentidas?**

A minha maior dificuldade foi mesmo o facto de **E.5.62** sentir vergonha perante as outras pessoas, considerando-me menos homem. **E.5.63** Fui a algumas consultas de psicologia que para dizer a verdade, me ajudaram um pouco.

**E.5.64** Consegui isolar-me menos, fazer jantaradas com os amigos e foi fundamental poder voltar ao meu emprego, lá foi mais fácil pois não tiveram conhecimento do meu problema.

É curioso que nem com os meus amigos (homens) eu tinha à-vontade para falar sobre estas dificuldades....aahhh.....aaahhh... **E.5.65** a minha namorada foi muito compreensiva perante as minhas dificuldades mais concretamente no desempenho sexual. E a seu tempo tudo foi melhorando, mas **E.5.66** acho que conversar sobre este assunto é muito importante, pois é mais fácil de obter ajuda para ultrapassar as dificuldades. Se eu não tivesse partilhado as minhas dificuldades, muito provavelmente ainda hoje as teria.