

Filipe André Baptista Lopes

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto – Exame - Intervenções de  
Enfermagem na consulta de vigilância

**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade de Ciências da Saúde**

Porto, 2014



Filipe André Baptista Lopes

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto-Exame- Intervenções de  
Enfermagem na consulta de vigilância

**Universidade Fernando Pessoa**

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Filipe André Baptista Lopes

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto-Exame- Intervenções de  
Enfermagem na consulta de vigilância

---

(Filipe André Baptista Lopes)

Projecto de Graduação apresentado à  
Universidade Fernando Pessoa como  
parte dos requisitos para obtenção do  
grau de licenciado em enfermagem

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

RESUMO

Embora relativamente raro, tem-se vindo a verificar um aumento da incidência do carcinoma do testículo, particularmente nos países industrializados. Atualmente, os tumores testiculares têm uma elevada taxa de cura, principalmente devido ao diagnóstico precoce e à eficácia do tratamento, porém, uma vez que envolve um órgão masculino intimamente ligado com as percepções de masculinidade, atração, função sexual, fertilidade e relacionamentos interpessoais, este é um problema que exige uma resposta às necessidades emergentes destes homens, despoletando novos desafios no que diz respeito às áreas de intervenção de Enfermagem.

O projeto de graduação (“Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto-Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância”) tem como principal objetivo compreender as intervenções realizadas/utilizadas pelos alunos de enfermagem que frequentaram o Ensino Clínico de Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária no ano letivo 2013/2014.

Neste sobressai o facto de se caracterizar por ser um estudo que visa compreender quais as intervenções realizadas pelos alunos na prevenção e Auto-Exame do testículo, e se não as realizaram, quais as estratégias que deveriam ser adotadas para o fazer.

O presente estudo é quantitativo, descritivo e transversal. Como instrumento de recolha de dados utiliza-se um questionário e a análise e interpretação dos mesmos será realizada através do programa SPSS (Statistical Package for Social Science – Windows) versão 22. A amostra é constituída por 20 alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa que frequentaram o Ensino Clínico de Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II.

Os resultados obtidos através do questionário indicam que os alunos que frequentaram o Ensino Clínico Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II ainda possuem algumas lacunas em relação ao tema em estudo. Sendo este um problema masculino e que pode afectar a vida do homem, tanto a nível físico, emocional, psicológico e

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

relacional, devemos fazer uma prevenção eficaz alertando o utente sobre potenciais fatores de risco e devidas medidas de prevenção.

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

ABSTRACT

Although relatively rare, there has been observed an increased incidence of testicular carcinoma, particularly in the industrialized countries. Currently, testicular tumors have a high cure rate, mainly due to early diagnosis and effective treatment, however, since it involves a male organ closely linked with perceptions of masculinity, attractiveness, sexual function, fertility and interpersonal relationships, this is a problem that requires a response to the emerging needs of these men, emerging new challenges with regard to the areas of nursing intervention.

The graduation project (" Knowledge of students on Cancer and Testicular Self-Examination - Nursing Interventions in consultation surveillance") aims to understand the interventions / used by nursing students who attended the Clinical Teaching of Nursing Intervention family and Community in the academic year 2013/2014.

This stands the fact that is characterized by being a study to understand which interventions undertaken by pupils in the prevention and Self- Examination of the testis, and has not performed, what strategies should be used to do so.

This study is quantitative, descriptive and transversal. As a tool for collecting data using a questionnaire and the analysis and interpretation of same shall be done by SPSS ( Statistical Package for Social Science - Windows) program. Version 22 The sample is composed of 20 students in the 4th year of the Bachelor of Nursing , Fernando Pessoa University who attended the Clinical Teaching of Nursing Family and Community Intervention II.

The results obtained from the questionnaire indicate that students who attended the Clinical Teaching of Nursing Family and Community Intervention II still have some gaps in relation to the topic under study. Since this is a male problem and that can affect a man's life, both physical, emotional, psychological and relational level, we must effectively prevent alerting the user about potential risk factors and appropriate prevention measures.

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de  
Enfermagem na consulta de vigilância

**DEDICATÓRIA**

À Joana Nijo, Elisa Lopes e André Lopes.

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de  
Enfermagem na consulta de vigilância

**AGRADECIMENTOS**

Á minha namorada, pela paciência, amizade e principalmente pelo apoio incondicional, nunca me deixando ir abaixo, mesmos nos momentos em que tudo parecia complicar-se;

Aos meus pais, que são os melhores Pais do Mundo, dos quais todos os conselhos são uma mais-valia e pelo amor incondicional que têm por mim;

Aos meus amigos de sempre e para sempre, Fernando Magalhães, Ricardo Pinto e Tiago Gomes, sem eles nada disto teria o mesmo significado.

Á professora Alice Martins, pela paciência e por todo o apoio durante todo o período de elaboração deste projeto;

A todos os que de uma maneira ou de outra me ajudaram em todo o meu percurso académico.

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de  
Enfermagem na consulta de vigilância

PENSAMENTO

“Se já soubéssemos tudo, nada mais haveria para descobrir. A ignorância é uma  
bênção.”

**Thomas Gray, 1742**

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de  
Enfermagem na consulta de vigilância

## Índice

Introdução.....	16
I. FASE CONCEPTUAL.....	18
i. Definição e Justificação do tema.....	18
ii. Questão de investigação.....	19
iii. Objectivos da Investigação.....	19
1.Revisão da literatura.....	20
i. Cancro do Testículo: Uma realidade masculina.....	20
ii. Fatores de Risco para o Cancro do Testículo.....	27
iii. Prevenção do Cancro do Testículo.....	28
iv. Auto-exame do Testiculo.....	29
v. Ensino Clínico Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária.....	30
II. FASE METODOLÓGICA.....	33
1. Desenho da Investigação.....	33
2. Meio.....	34
3. Tipo de Estudo.....	34
4. População, Amostra e Processo de Amostragem.....	35
5. Variáveis em Estudo.....	35
6. Instrumento de Recolha de Dados.....	36
7. Pré-Teste.....	37
8. Previsão do Tratamento e Apresentação dos Dados.....	38
9. Princípios Éticos.....	38
III. FASE EMPÍRICA.....	40
1. Apresentação dos dados.....	40
2. Discussão dos resultados.....	49

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de  
Enfermagem na consulta de vigilância

CONCLUSÃO.....	55
Referências Bibliográficas.....	57
ANEXOS.....	66
Anexo I - Estádios do Cancro do Testiculo	
Anexo II - Guia de Intervenção Familiar e Comunitária	
Anexo III - Cronograma de Gant	
Anexo IV - Questionário “Conhecimento dos alunos sobre cancro do testículo e auto- exame – intervenções de enfermagem na consulta de vigilância.”	

## Índice de Quadros

<b>Quadro 1-</b> Auto-Exame do Testículo .....	30
<b>Quadro 2-</b> Análise descritiva da idade dos alunos do 4º ano de Enfermagem.....	40
<b>Quadro 3-</b> Distribuição dos alunos referentes à questão da abordagem do auto-exame do testículo nas consultas de enfermagem.....	42
<b>Quadro 4-</b> Distribuição dos alunos relativamente ao “Porquê” de o tema não ser abordado. ....	42
<b>Quadro 5-</b> Distribuição dos alunos em relação à frequência com que abordaram o tema nas consultas de vigilância. ....	43
<b>Quadro 6-</b> Distribuição dos alunos do relativamente às consultas em que se realizavam as consultas de vigilância. ....	43
<b>Quadro 7-</b> Distribuição dos alunos do 4º ano relativamente à questão: "Em relação ao auto-exame: Sabia da sua existência?" .....	44
<b>Quadro 8-</b> Distribuição relativamente à frequência com que se deve realizar o Auto-Exame do testículo. ....	45
<b>Quadro 9-</b> Distribuição numérica e percentual dos alunos do 4º ano relativamente à questão: "O auto-exame do testículo tem como finalidade".....	46
<b>Quadro 10-</b> Distribuição relativamente à questão: "Como deve ser realizado o auto-exame do testículo?".....	46
<b>Quadro 11-</b> Distribuição relativamente à opinião dos alunos sobre o Cancro do Testículo. ....	47
<b>Quadro 12-</b> Distribuição relativamente aos sintomas mais comuns aquando o diagnóstico Cancro do Testículo. ....	48
<b>Quadro 13-</b> Distribuição dos alunos relativamente à idade mais comum para manifestação Cancro do Testículo.....	49

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de  
Enfermagem na consulta de vigilância

**Índice de Gráficos**

<b>Gráfico 1-</b> Sexo dos alunos de Enfermagem do 4º ano .....	41
<b>Gráfico 2-</b> Distribuição dos alunos em relação à informação disponível acerca do auto- exame do testículo. ....	45

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de  
Enfermagem na consulta de vigilância

**Lista de Abreviaturas e Siglas**

**%-** Por cento

***Cit in-*** Citado por

**CT-** Cancro do Testículo

**DGS-** Direção Geral da Saúde

**EC-** Ensino Clínico

**ECEIFC II-** Ensino Clínico Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária II

***Et al-*** Entre outros

**EUA-** Estados Unidos da América

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**Pág.-** Página

**RPLND-** Dissecção do Nódulo Linfático Retroperoneal

**SPSS-** Statistical Package for Social Science - Windows

**UFP-** Universidade Fernando Pessoa

## **PARTE I**

### **INTRODUÇÃO**

No âmbito da disciplina Projecto de Graduação, do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, foi proposta a elaboração de um projecto de investigação.

Nos dias de hoje, a investigação assume um papel fundamental para o desenvolvimento de qualquer profissão. A atitude científica é necessária para aprofundar os conhecimentos das várias áreas, e assim fundamentar cientificamente o trabalho da profissão.

O tema desta investigação será “Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto-Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância”. Desta, surgem os objetivos académicos sendo estes: desenvolver conhecimentos e competências científicas no âmbito da Investigação em Enfermagem; compreender o desenvolvimento das diferentes etapas de um projeto de investigação; aplicar os conhecimentos adquiridos no desenvolvimento de um projecto de investigação e desenvolver a competência de espírito crítico-reflexivo.

Para além dos objetivos académicos também estarão presentes os objetivos deste trabalho, que serão: Identificar o conhecimento dos Alunos de Enfermagem da UFP, que realizaram o Ensino Clínico de Intervenção Familiar e Comunitária II, sobre o Auto-Exame do Testículo; Identificar o conhecimento dos Alunos de Enfermagem da UFP que realizaram o Ensino Clínico de Intervenção Familiar e Comunitária, sobre Cancro do Testículo e verificar se o tema Auto-Exame do Testículo é abordado nas consultas de vigilância.

Como enfermeiros devemos estar preparados, para atuar junto do paciente, não só quanto aos cuidados que devem ser prestados, mas também como fonte de informação e conhecimento sobre estratégia de prevenção da doença.

Segundo Ligia Lemos (2012), Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica:

“O Enfermeiro é visto como um profissional altamente qualificado, e autónomo, competente e integrante numa equipa multidisciplinar, sendo o elo de ligação, entre o cliente/população e a restante equipa de saúde”.

O impacto social que as doenças oncológicas têm como causa de morbilidade e mortalidade está em crescimento, reconhecendo-se a sua importância e peso nos custos económicos e sociais, quer seja através da sua prevenção quer no tratamento e reabilitação envolvidos (Silveira *et al.*, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014) o cancro é um processo de disseminação e crescimento descontrolado de células, que pode aparecer em qualquer parte do organismo e tende a invadir os tecidos circundantes, podendo mesmo metastizar para locais distantes. Muitos dos cancros podem ser prevenidos evitando a exposição a fatores de risco, como o tabaco. O cancro figura entre as principais causas de morte no Mundo, sendo responsável por 8,2 milhões de mortes em 2012.

A mesma afirma que as neoplasias podem ser reduzidas através da implementação de estratégias de prevenção, deteção precoce do cancro e respetivo tratamento.

Quando comparado com outros tipos de cancro, o tumor do testículo é relativamente raro, representando entre 1 a 1,5% de todos os cancros nos homens (Albers *et al.*, 2008). Contudo, constitui o tumor maligno mais comum em homens com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, verificando-se um aumento da sua incidência nos países industrializados. A maioria destes tumores provém de células germinativas e mais de 70% dos doentes são diagnosticados com doença em estágio I (Moore e Higgins, 2009).

## **PARTE II**

### **I. FASE CONCEPTUAL**

A fase da concetualização é uma das fases fundamentais que fazem parte de um trabalho de investigação. Neste tipo de investigação, a exploração começa a partir de algo que tenha sido pouco estudado, do ponto de vista da significação, compreensão ou interpretação, com o objetivo de compreender o ponto de vista dos participantes. O investigador vai progredir num “movimento circular”, onde examina os dados, interpretando-os à medida que os recolhe, definindo o percurso a seguir, baseando-se naquilo que descobriu na procura de uma visão e de uma compreensão global e alargada do fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

#### **i. Definição e Justificação do tema**

Segundo Courtenay (2000), *cit in.* por Moore e Higgins, (2009), o centro da masculinidade dos homens é a sua sexualidade e identidade de género. Tal, leva a que a maioria das preocupações centrais dos homens em relação à saúde e ao seu corpo, como a procura dos serviços de saúde e experiências posteriores da doença, sejam amplamente influenciadas pela forma como eles interpretam a sexualidade e a masculinidade.

O auto-exame do testículo e o cancro não são tópicos usualmente discutidos pelos homens com os seus amigos, nem uma área sobre a qual procurem saber mais ou informar-se. Desta forma, quando os sintomas ocorrem, estes estão dispostos a ignorá-los, tendo vergonha de procurar ajuda médica e aconselhamento (Barton, 2000, Sanden *et al.*, 2000, White, 2001, McCullagh e Lewis, 2005 *cit in.* por Moore e Higgins, 2009).

A experiência, adquirida ao longo dos vários ensinos clínicos, mostra que a abordagem do auto-exame do testículo é praticamente nula, devido ao *tabu* e invisibilidade que existe em redor deste tema.

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

Deste modo, este estudo visa contribuir para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, enunciando focos de atenção relevantes para a prática. Para tal, irá realizar-se um questionário aos alunos da UFP que já vivenciaram o estágio de Intervenção Familiar e Comunitária para aferir se estes tiveram contacto com o tema CT durante o Ensino Clínico.

**ii. Questão de investigação**

A questão de partida é o primeiro passo de um trabalho de investigação e é a partir desta que todo o trabalho se desenvolve. A sua construção deve respeitar parâmetros como pertinência e clareza, sendo susceptível de produzir informação na área científica da investigação (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Assim, formula-se a seguinte questão de partida: Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto-Exame - Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância.

**iii. Objectivos da Investigação**

Segundo Fortin (1999):

*“O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica as variáveis chave, a população alvo e o contexto do estudo.”*

Para uma melhor compreensão do trabalho estabeleceram-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Identificar o conhecimento dos alunos sobre CT e auto-exame do testículo.

## Objetivos Específicos

- Identificar o conhecimento dos Alunos de Enfermagem da UFP, que realizaram o Ensino Clínico de Intervenção Familiar e Comunitária II, sobre o Auto-Exame do Testículo.
- Identificar o conhecimento dos Alunos de Enfermagem da UFP, que realizaram o Ensino Clínico de Intervenção Familiar e Comunitária, sobre Cancro do Testículo.
- Verificar se o tema Auto-Exame do Testículo é abordado nas consultas de vigilância.

## 1.Revisão da da literatura

### i. Cancro do Testículo: Uma realidade masculina

A incidência de cancro do testículo (CT) está a aumentar por toda a Europa e Estados Unidos da América (EUA). Contudo, existem discrepâncias de valores entre os diferentes países a nível mundial (Matos *et al.*, 2010). Segundo Hemminki & Chen (2006; *cit. in*, Doyle-Lindrud, 2008), no último meio século a incidência de CT duplicou nas cidades industrializadas.

As razões que justificam tal fenómeno ainda não são evidentes, sendo os fatores ambientais considerados como os maiores agentes que podem ter um impacto negativo no testículo e conseqüentemente na fertilidade masculina (Huyghe *et al.*, 2007; Paduch, 2006; Richiardi *et al.*, 2007 e MUYGHE *et al.*, 2007, *cit. in*, Matos *et al.*, 2010).

O CT é mais comum entre caucasianos e homens com história familiar de tumor das células germinais, criptorquidia (ausência de um ou ambos os testículos no escroto), infertilidade, síndrome de Klinefelter (anomalia do cromossoma 47 - XXY) e possivelmente homens de estatura alta (Brydoy *et al.*, 2007; Cameron, 2007;

Walschaerts *et al.*, 2007 ; Bohenkamp e Yoder, 2009, *cit.in*, Moore e Higgins, 2009; Sabanegh e Ragheb, 2009 e McGlynn, 2001 *cit. in*, Cohn *et al.*, 2010).

Embora a etiologia do CT não seja clara, vários fatores sugerem que poderá ter início numa fase muito precoce da vida, potencialmente através da exposição a determinados níveis hormonais durante o período pré-natal, este desequilíbrio poderá dever-se a agentes ambientais (Klotz, 1999 *cit. in*, Baker *et al.*, 2005). Acredita-se que as células de CT surgem a partir de células primordiais que não acompanham o desenvolvimento normal em espermatogónias, mas permanecem em estado indiferenciado, surgindo assim um carcinoma *in situ*, e que podem evoluir para um cancro invasivo (Moller, 2006, *cit. in*, Moore e Higgins, 2009).

Existem outros fatores de risco relacionados com o desenvolvimento deste cancro, incluindo o trauma dos testículos e a prematuridade (Cancer Research UK, 2008 e Instituto Nacional do Cancro, 2009, *cit. in*, Moore e Higgins, 2009).

Este tipo de carcinoma surge no pico do período reprodutivo e num período chave no que diz respeito à carreira e à família, acarretando problemas de fertilidade que tomam uma grande dimensão na vida destes indivíduos (Carter, 1993 e Huddart *et al.*, 2005). Quer isto dizer que os homens padecentes de cancro do testículo (CT) centram, muitas vezes, as suas inquietações na capacidade reprodutiva e fertilidade após a realização do tratamento (Kim *et al.*, 2010).

Apesar da melhoria de tratamentos, o Cancro do Testículo continua a ser a terceira maior causa de mortes por cancro entre os homens com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos (Henry A. *et al.*, 2011).

Nos últimos trinta anos, têm sido realizados progressos nesta área, contribuindo para o aumento da sobrevivência, para o diagnóstico precoce e para o aumento da taxa de cura de homens com CT. Segundo Ansell e Shamash (2008) os avanços no diagnóstico por imagem, alterações no relatório histopatológico, aperfeiçoamento nos marcadores tumorais, uso de fatores prognósticos, elaboração de protocolos efetivos de

poliquimioterapia, desenvolvimento de medicação antiemética, produção de novas drogas e progresso nas técnicas cirúrgicas, são considerados alguns dos avanços mais relevantes.

Atualmente, os tumores testiculares têm uma elevada taxa de cura, principalmente devido ao diagnóstico precoce e à sua extrema sensibilidade à quimioterapia e radioterapia (Albers *et al*, 2008).

Segundo Einhorn e colaboradores (1990) cerca de 80% dos doentes com formas disseminadas de cancro do testículo ficam livres de doença quando tratados com o esquema BEP (bleomicina, etoposido e cisplatina) de quimioterapia. Contudo, e apesar do prognóstico favorável da doença, a esterilidade é uma sequela comum em doentes que sobrevivem ao cancro do testículo pelo que o ênfase já não é posto apenas na quantidade, mas também na qualidade dos anos de vida ganhos, onde naturalmente se inclui a necessidade de preservação da fertilidade (Mancini J, Rey D, Préau M, Malavolti L, *et al*, 2008). Segundo Saito e colaboradores (2005) o risco de esterilidade constitui mesmo o principal fator de preocupação para os doentes com cancro do testículo quando submetidos a quimioterapia.

Os tumores germinativos do testículo dividem-se em seminomas e não-seminomas, distinguindo-se entre si pelo pico de incidência etária, pelo comportamento biológico e pela susceptibilidade às diversas formas de terapia. Ou seja, enquanto os seminomas ocorrem predominantemente em homens entre os trinta e os quarenta anos, os não-seminomas surgem em homens entre os vinte e os trinta anos, tendo estes últimos um comportamento biológico mais agressivo. Comparativamente aos não-seminomas, os tumores germinativos seminomas são extremamente radiosensíveis e mais quimiossensíveis (Osswald *et al.*, 2009; Sabanegh e Ragheb, 2009; Bohnenkamp e Yoder, 2009 e Vidrine *et al.*, 2010).

O decréscimo da mortalidade e o aumento da taxa de sobrevivência, apesar do aumento da incidência, são resultado não só de um tratamento eficaz, mas também do diagnóstico precoce de cada caso. O rastreio, o tratamento adequado e o seguimento a

longo prazo destes clientes são os únicos métodos que permitem diminuir a mortalidade (Ondrusova e Ondrus, 2008).

A prevenção desta patologia envolve fundamentalmente a transmissão de conhecimento por parte dos profissionais de saúde e dos *media*. Conhecer a patologia, os fatores de risco, a idade de risco, sinais e sintomas e a técnica do auto-exame do testículo são informações que devem começar a ser incutidas na população ainda enquanto adolescente (Moore e Topping, 1999 e Brydoy *et al.*, 2007).

O controlo de fatores comportamentais relacionados com os estilos de vida, como o stress, tabagismo, exposição à radiação do telemóvel, dieta, consumo de álcool e rastreio do cancro, representam um importante caminho para a prevenção da doença (Shinn *et al.*, 2007; Agarwal *et al.*, 2008; Xu *et al.*, 2007 *cit. in*, Doyle-Lindrud, 2008). No estudo realizado por Moore e Topping (1999), 46% dos participantes acertaram na idade de risco do CT, apenas 27% dos participantes afirmaram ter consciência dos fatores de risco e apenas 23% praticavam de forma correta o auto-exame do testículo.

O exame físico (auto-exame) deve ser feito por palpação bimanual de ambos os testículos para examinar o tamanho relativo, contorno e consistência. A massa sólida dentro do testículo deve ser considerada maligna até que se prove o contrário. Este exame é frequentemente mal ensinado aos estudantes, provavelmente porque causa constrangimentos e ainda representa um *tabu* (Huinink *et al.*, 1998).

Os sinais e sintomas do CT podem ser amplamente vagos, podendo variar de uma dor incómoda na virilha até um nódulo ou endurecimento dos testículos (Moore e Higgins, 2009). Segundo a American Academy of Family Physicians (2008), os sinais de alerta mais comuns são a presença de protuberâncias, rigidez testicular, edema e alterações no auto-exame. Numa fase mais avançada da doença, outros sintomas como tosse, dispneia, cefaleia e convulsões começam a surgir (Gates e Fink, 2009).

O diagnóstico e a avaliação do CT realizam-se através da anamnese do utente, exame físico, exame testicular, ecografia, radiografia do tórax e tomografia computadorizada

do tórax. A presença de marcadores tumorais permite também o diagnóstico (Gates e Fink, 2009).

Em suma, a maioria dos clientes apresenta-se com um nódulo indolor nos testículos, descrito como um caroço ou endurecimento associado a uma eventual sensação de peso ou dor no abdómen inferior ou escroto, sendo que 96% das lesões são realmente malignas (Huinink et al, 1998).

Atualmente as três principais armas para combater o CT são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia (Brydoy *et al.*, 2007; Hawksworth *et al.*, 2009; Sabanegh e Ragheb, 2009; Bohnenkamp e Yoder, 2009 e Pagliaro, 2010). O desenvolvimento amplo destas modalidades proporciona um tratamento mais efetivo, com a presença de uma maior taxa de cura e com menos efeitos adversos para o cliente (Sabanegh e Ragheb, 2009 e Pagliaro, 2010).

A maioria dos cancros testiculares produzem substâncias químicas no sangue denominadas por "marcadores tumorais", pelo que deve ser realizada uma análise sanguínea antes da cirurgia e uma radiografia de tórax para verificar se não existem metástases do pulmão (Ansell e Shamash, 2008 e Pagliaro, 2010).

O tratamento mais comum para o CT consiste na combinação da orquiectomia (remoção cirúrgica do/s testículo/s afectado/s) com radioterapia ou quimioterapia. Contudo, ambas podem causar citotoxicidade afetando a produção dos espermatozoides, além dos efeitos que a orquiectomia por si implica (Ansell e Shamash, 2008; Shetty e Meistrich, 2005, *cit. in*, por Kim et al., 2010 e Pagliaro, 2010).

No que diz respeito à cirurgia, a orquiectomia radical permanece como a opção mais utilizada. Depois da sua realização, ocorre uma diminuição de 50% da concentração de espermatozoides no esperma e 10% dos clientes portadores de CT tornam-se azoospermicos (Petersen *et al.*, 1998, *cit. in*, Sabanegh e Ragheb, 2009). Devido às nefastas consequências da orquiectomia radical, a parcial tem vindo a ganhar terreno como método para preservar os níveis hormonais e a produção de espermatozoides

(Hawksworth et al., 2009; Heidenreich et al., 2001, cit. por Sabanegh e Ragheb, 2009 e Ansell e Shamash, 2008 e Pagliaro, 2010).

Outra das técnicas cirúrgicas que pode ser utilizada (em clientes com não-seminoma e que se encontrem em estádios precoces de desenvolvimento da neoplasia) é a dissecação linfodonal retroperitoneal (RPLND) (Osswald et al., 2009 e Matos et al., 2010). Esta técnica pode ser realizada com excisão bilateral dos nódulos linfáticos retroperitoneais localizados entre Torácica 12 e Lombar 3 e dos nervos simpáticos lombares (técnica clássica) ou com conservação dos mesmos (Matos *et al.*, 2010).

A técnica clássica pode implicar diminuição do volume seminal, ejaculação retrógrada ou mesmo ausência de ejaculação. As referidas funções podem ser preservadas se a cirurgia for realizada com preservação dos nervos (Osswald *et al.*, 2009; Donchez *et al.*, 1993 e Howards, 1995 *cits. in*, Matos et al., 2010 e Carpentier e Fortenberry, 2010).

Com os avanços da tecnologia e com as modificações positivas do modelo cirúrgico, os nervos essenciais à ejaculação são poupados na maioria dos clientes (desde que estes se encontrem num estágio precoce da doença) (Petersen *et al.*, 1998, *cit. in*, Sabanegh e Ragheb, 2009 e Joseph *et al.*, 2009).

A taxa de fertilidade em clientes que realizaram RPLND (Dissecação do Nódulo Linfático Retroperoneal) sem cirurgia conservadora é de apenas 37%. Quando tal procedimento é realizado com cirurgia conservadora a taxa de fertilidade sobe para 62%. Em clientes cujo tratamento não passa pela realização da RPLND a taxa de fertilidade aumenta para os 77% (Matos *et al.*, 2010). A utilização desta técnica como adjuvante à orquiectomia radical constitui um mecanismo adicional para o risco de infertilidade (Bohnenkamp e Yoder, 2009 e Sabanegh e Ragheb, 2009).

Quanto à quimioterapia, aproximadamente 80% dos clientes podem ser curados através da mesma, situação que mudou o prognóstico da doença para uma condição favorável (Taksey *et al.*, 2003 e Vidrine *et al.*, 2010). Atualmente os regimes de quimioterapia são continuamente reavaliados num esforço para reduzir a morbilidade, incluindo a

preservação da fertilidade, sem comprometer a eficácia do tratamento (Carter, 1993; Osswald *et al.*, 2009 e Pliarchopoulou e Pectasides, 2010). Os efeitos da quimioterapia nas gónadas vão depender do tipo de substância, das doses cumulativas, da combinação usada, da idade dos clientes e do status pré-tratamento das suas gónadas (Brydoy *et al.*, 2007; Brydoy *et al.*, 2009 e Vidrine *et al.*, 2010). A quimioterapia poderá provocar azoospermia (situação em que nenhum espermatozoide é destetado no sémen ejaculado) temporária ou eventualmente permanente (acima dos 400 mg/m<sup>2</sup>) (Bohnenkamp e Yoder, 2009, *cit. in*, Moore e Higgins, 2009; Pont e Albrecht, 1997 e Taksey *et al.*, 2008, *cit. in*, Matos *et al.*, 2010).

Relativamente à radioterapia, esta é hoje utilizada como um pilar no tratamento de neoplasias, incluindo as do testículo (Brydoy *et al.*, 2007; Osswald *et al.*, 2009; Ståhl *et al.*, 2006, *cit. in*, Sabanegh e Ragheb, 2009). Contudo, após este tratamento, a recuperação da espermatogênese com qualidade pode levar mais de 9 anos (Hansen *et al.*, 1990, *cit. in*, Sabanegh e Ragheb, 2009). A radioterapia tem assim um efeito mais nefasto sobre a fertilidade em comparação com a cirurgia ou com a quimioterapia (Huyghe *et al.*, 2007). O dano pode ser por radiação direta ou mais frequentemente por dispersão da radiação no tratamento dos tecidos adjacentes (Sabanegh e Ragheb, 2009). A função das células de Leydig, assim como a produção de testosterona pode ser afetada pela radioterapia e pela quimioterapia (von Eschenbach, 1980; Aass *et al.*, 1991, *cit. in*, Hartmann *et al.*, 1999). A radiação pode causar também doença dos pequenos vasos e neuropatia periférica, resultando em disfunção erétil (Goldstein *et al.*, 1984, Fossa *et al.*, 1986 *cit. in*, Hartmann *et al.*, 1999).

Embora os tratamentos para o CT sejam muito bem sucedidos, eles podem ter um impacto negativo sobre a auto-imagem, auto-conceito, o sentimento de si e mais amplamente sobre a sexualidade da pessoa (funcionalidade sexual e reprodutiva alterada, ausência de atração sexual e masculinidade ferida) (Muir, 2000; Jonker-Pool *et al.*, 2001; Nazareth *et al.*, 2001; Rudberg *et al.*, 2002 e Gurevich *et al.*, 2004, *cit. in*, Moore e Higgins, 2009). Com efeito, o tratamento do CT com recurso à cirurgia, quimioterapia e radioterapia está normalmente associado a danos físicos e químicos significativos nas regiões gonodais dos homens (Dubin e Amelar; Byrne *et al.*, 1987; Fossa e Kravdal, 2000 e Fossa, 2004, *cit. in*, Matos *et al.*, 2010).

O CT é assim um dos mais tratáveis de todos os tipos de cancro. Em média, todos os países desenvolvidos do mundo apresentam uma taxa de cura e sobrevivência acima dos 90% (Joseph *et al.*, 2009). Com a evolução da medicina, as taxas de sobrevivência têm sido consistentemente crescentes (Sabanegh e Ragheb, 2009). A taxa de sobrevivência após 5 anos é de aproximadamente 95% em clientes com estágio I e II e quase 80% em clientes com estágio III (Anexo I). Com o alcance de uma maior taxa de sobrevivência mais atenção deverá ser prestada à morbilidade (Carter, 1993, Huyghe *et al.*, 2007 e Doyle-Lindrud, 2008). As elevadas taxas de sobrevivência indicam que os jovens vivem uma parte significativa das suas vidas como sobreviventes de CT, sendo um objetivo importante minimizar os efeitos a longo prazo do cancro na saúde e qualidade de vida (Huddart *et al.*, 2005 e Carpentier e Fortenberry, 2010).

## **ii. Factores de Risco para o CT**

Um fator de risco é algo que aumenta a probabilidade de contrair uma doença ou condição (Polsdorfer R. *et al.*, 2013).

Qualquer homem tem o risco de desenvolver cancro do testículo, com ou sem os fatores de risco (Polsdorfer R. *et al.*, 2013).

A etiologia é desconhecida, no entanto, atualmente reconhecem-se alguns fatores predisponentes que podem ser classificados em dois grandes grupos: fatores genéticos e fatores adquiridos.

Estudos epidemiológicos referem que há uma maior incidência de CT em pacientes com história familiar de TCGT (estudo do mecanismo de transformação de uma célula germinativa totipotencial e a sua capacidade para obter uma diferenciação embrionária), existindo casos em que o risco aumenta 3 a 10 vezes do que na população geral (Dieckmann, K.P.; Pichlmeier, U., 2004).

Também o Síndrome de Klinefelter (indivíduos com um cromossoma X a mais), manifesta-se como uma insuficiência testicular e associa-se a um aumento de risco para contrair CT (Robert, J.;George, J. 2004).

O CT é mais comum entre caucasianos e homens com história familiar de tumor das células germinais, criptorquidia (ausência de um ou ambos os testículos no escroto), infertilidade e possivelmente homens de estatura alta (Brydoy *et al.*, 2007; Cameron, 2007; Walschaerts *et al.*, 2007 ; Bohenkamp e Yoder, 2009, *cit. in*, Moore e Higgins, 2009; Sabanegh e Ragheb, 2009 e McGlynn, 2001 *cit. in*, Cohn *et al.*, 2010).

Existem outros fatores de risco relacionados com o desenvolvimento deste cancro, incluindo o trauma dos testículos e a prematuridade (Cancer Research UK, 2008 e Instituto Nacional do Cancro, 2009, *cit. in*, Moore e Higgins, 2009).

Alguns estudos também demonstraram que o CT é mais comum em homens infectados com o VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana), em especial os que padecem de SIDA (Síndrome da Imunodeficiência adquirida) (Goedert, J.J.; Purdue, M.P.; McNeel, T.S.; *et al.*, 2007).

Por fim, autores afirmam que o risco de contrair CT pode ser aumentado em homens cujas mães fumaram durante a gravidez. Estudos avaliaram que fumar pode aumentar o risco de CT (Pettersson, A.; Kaijser, M.; Richiardi, L.; *et al.* 2004). No entanto estudos que utilizaram dados médicos de fumadores não encontraram nenhum tipo de associação (Tuomisto, J.; Holl, K.; Rantakokko, P.; *et al.*, 2009).

### **iii. Prevenção do Cancro do Testículo**

Todos os homens devem ser incentivados a realizar o auto-exame do testículo, no mínimo de seis em seis meses (Peate I., 1997). Afirma o mesmo, que “Os Enfermeiros estão numa posição privilegiada para incentivar a tal prática. Contudo, para um efeito eficaz deverão ser realizados programas educativos.

Segundo, McCullagh J., Lewis J. e Warlow C. (2005), a prevenção do cancro do testículo também deve fazer parte do plano de intervenções das empresas e as estratégias devem variar desde consultas de enfermagem, palestras, vídeos educativos e colocação de cartazes com o passo a passo do autoexame testicular nas casas de banho das empresas para que os trabalhadores sejam incentivados a realizá-lo.

Além do autoexame, é recomendado pela Sociedade Americana de Cancro (ACS) que o exame testicular seja efetuado trianualmente para homens com idade superior a 20 anos e, anualmente, para homens acima de 40 anos (Stotts R C., 2004).

A orquidopexia (intervenção cirúrgica que consiste em fazer descer o testículo para as bolsas) na fase pré-puberal pode diminuir o risco de câncer de testículo (Wood HM., 2007). Assim, recomenda-se essa intervenção cirúrgica em meninos com idade entre 10 e 11 anos que tiveram criptorquidia, não descida do testículo na fase gestacional (Walsh TJ, 2007).

#### **iv. Auto-exame do Testículo**

O auto-exame testicular é uma autoavaliação dos testículos, para se verificar se existem alterações na massa, ou formas que indiquem doença. O auto-exame do testículo é um procedimento simples, onde o homem palpa os seus testículos, de mês a mês, de forma a detetar a presença de algum tipo de massa ou outro tipo de mudança no testículo (Smith N., 2013).

O auto-exame do testículo é especialmente importante em pessoas com fatores de risco predisponíveis para o cancro do testículo, como: historia familiar de CT, criptoidismo e atrofia testicular (Smith N., 2013).

Um estudo recente foi efetuado e concluiu-se que 89% do grupo de risco (adultos homens até aos 35anos) nunca realizaram o Auto-Exame do Testículo, e apenas 4% dos homens entre os 18 e os 50 anos sabiam que o Auto-Exame se deveria realizar todos os meses (Henry A. *et. al.*, 2011).

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

O exame físico (auto-exame) deve ser feito por palpação bimanual de ambos os testículos para examinar o tamanho relativo, contorno e consistência. A massa sólida dentro do testículo deve ser considerada maligna até que se prove o contrário. Este exame é frequentemente mal ensinado aos estudantes, provavelmente porque causa constrangimentos e ainda representa um *tabu* (Huinink *et al*, 1998).

Segundo Martínez Sabater (2011), a melhor altura para se fazer o Auto-Exame do Testículo é após o duche. A água quente relaxa as paredes musculares e promove a descida dos testículos para a bolsa escrotal, facilitando a sua palpação.

**Quadro 1-** Auto-Exame do Testículo

<b>Auto Exame do Testículo</b>	
Frequência: 1 vez por mês	
Siga os passos:	
1. Espelho	Em pé olhar-se para o espelho, para observar se há alguma alteração do tamanho dos testículos.
2. Concha	Colocar a mão em concha sob o escroto para avaliar se há alguma alteração;
3. Pinça	Usando o polegar e o segundo dedo em “pinça”, pince cada um dos testículos, fazendo-os deslizar sob os dedos, de forma a detetar uma tumefação ou alteração na forma de cada um dos testículos.

(Figuroa, E.T., 2012)

**v. Ensino Clínico Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária**

Do Plano Curricular do Curso de Licenciatura em Enfermagem, disposto na Portaria 945/2005 de 29 Setembro, fazem parte momentos de ensino-aprendizagem teóricos, teórico-práticos, práticos, seminários e ensinos clínicos (EC). Este Ensino Clínico está

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

integrado no 4º ano do Curso de Enfermagem adequado ao Processo de Bolonha (Despacho nº 19002 /2006, de 18 de Setembro).

Segundo o Guia orientador do Ensino Clínico “a metodologia a seguir na integração do aluno ao serviço e à prestação de cuidados é da competência do enfermeiro orientador / auxiliar pedagógico” (UFP, 2013/2014) e o aluno deverá cumprir, em média, 35 horas semanais no período de 10 semanas (ou seja, aproximadamente 350 horas).

A área clínica (ensino clínico) é o espaço de eleição para o aluno se libertar paulatinamente da tutela do professor ou do tutor (orientador), construindo a sua própria personalidade e definindo os seus espaços de autonomia (Abreu, 2003).

Entende-se por ensino clínico todo o ensino que é realizado junto do utente ou de um grupo de utentes que é essencial para a formação do estudante (Carvalho, 2003). McCabe (1985 in Longarito, 1999) partilha a mesma opinião ao afirmar que o ensino clínico é como: (...) um tipo de ensino e aprendizagem que acontece junto de um utente só ou integrado num grupo ou comunidade, preparando os estudantes para aplicarem o conhecimento adquirido anteriormente.

O ensino clínico é uma etapa na formação dos estudantes de enfermagem, sendo “ (...) um período de formação num serviço de saúde que permite aos estudantes organizarem conhecimentos, atitudes, comportamentos, desenvolver competências, expectativas e acção (...) ” (André, 1985, in Pereira, 1996).

No ensino clínico de Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária o aluno deve ser capaz de (UFP, 2013/2014):

- Identificar, planear, executar e avaliar os cuidados tendo em conta os princípios científicos de Enfermagem, nas diversas atividades do Centro / Unidade de Saúde, integrados numa equipa multidisciplinar;

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

- Promover a sua capacidade para responder aos desafios com inovação, criatividade e flexibilidade;
- Identificar a metodologia de trabalho de Enfermagem em uso na Unidade de Saúde e efetuar a sua análise crítica;
- Compreender a importância do trabalho em equipa;
- Observar as atividades realizadas no Centro/Unidade de Saúde;
- Intervir junto de uma comunidade delimitada ou grupo, identificando alguns fatores/estilos de vida que interferem na saúde.

Na prestação de cuidados de enfermagem em contexto de estágio, e para além dos objetivos já enunciados, a UFP evidencia também a importância do aluno desenvolver a sua atividade sempre acompanhado, orientado e supervisionado pelo enfermeiro orientador / auxiliar Pedagógico e planear, executar e avaliar os cuidados, utilizando a metodologia científica em vigor na instituição (UFP, 2013/2014).

## II. FASE METODOLÓGICA

Nos capítulos precedentes foram explorados os alicerces teóricos que suportam e justificam o objeto de estudo. A conceção de um projeto de investigação implica o planeamento do estudo, abrangendo o tipo, alvo e local do estudo, técnicas para colheita de dados e método de análise a empregar no seu tratamento. Inclui ainda o paradigma e modelo que o sustenta (Ribeiro, 1999; Apóstolo e Gameiro, 2005 e Fortin, 2009).

No capítulo que se segue serão explanadas as várias etapas metodológicas orientadoras de um processo de investigação rigoroso e criterioso.

A opção metodológica implica saber discernir entre o caminho a seguir face ao objetivo do estudo, perante a dicotomia existente na construção do processo de investigação (Lessard-Hébert *et al.*, 2005).

Nesta fase o investigador determina os métodos que empregará para obter as respostas às questões de investigação construídas ou as hipóteses formuladas (Fortin, 2003).

### 1. Desenho da Investigação

Para a efetivação deste trabalho, revela-se essencial a abordagem metodológica, bem como o tipo de estudo adequado. Assim sendo, o objetivo central será descrever e explorar fenómenos e características de uma população (Fortin, 2003), a abordagem quantitativa revela-se um suporte fundamental para a realização deste trabalho.

Segundo Fortin (2009),

*“os principais elementos que concorrem para o estabelecimento de um desenho de investigação são: o ou os meios onde o estudo será realizado; a seleção dos sujeitos e o tamanho da amostra; o tipo de estudo; as estratégias utilizadas para controlar as variáveis estranhas; os instrumentos de colheita de dados; o tratamento de dados”.*

## **2. Meio**

O meio onde decorre esta investigação é em meio natural, pois segundo Fortin:

*“os estudos que têm lugar fora dos laboratórios tomam o nome de estudo em meio natural, o que quer dizer que são realizados em qualquer sítio fora de lugares altamente controlados, como é o caso de laboratórios”.*

O local escolhido para realizar a investigação foi a Universidade Fernando Pessoa.

## **3. Tipo de Estudo**

Tendo em conta o problema de investigação em questão e os seus objetivos opta-se por realizar um estudo descritivo, transversal e quantitativo.

Segundo Fortin (1999), o método de investigação quantitativo, é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantitativos e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e controlar os acontecimentos.

Para Fortin (2009), “O estudo transversal serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento”.

Fortin (2009) afirma que:

*“A investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação”.*

#### **4. População, Amostra e Processo de Amostragem**

Segundo Fortin (2009), uma população é formada por uma série de elementos ou sujeitos que têm características comuns dentro de um conjunto de critérios. O elemento define-se por ser a unidade base da população onde a informação vai ser recolhida. Este elemento pode ser uma pessoa, uma família, um grupo, etc.

A população alvo deste estudo foram os alunos do 4º ano da Universidade Fernando Pessoa que tinham realizado o Ensino Clínico de Intervenção Familiar e Comunitária II.

Segundo Polit (2004) a amostragem é o processo de seleção de uma porção da população para a representar no todo. O tipo de amostragem realizado nesta população para este estudo foi a amostragem não probabilística, pois neste tipo de amostragem não há probabilidade igual de qualquer elemento da população ser escolhido para constituir a amostra (Fortin, 2009). Dentro da amostragem não probabilística existe a amostragem por conveniência / acidental na qual o investigador escolhe a amostra de acordo com os cuidadores informais que estiverem mais disponíveis para este estudo (Pólit, 2004). Utilizamos então a amostragem não probabilística, por conveniência / acidental.

A amostra, é “(...) *um subconjunto da população ou um conjunto de sujeitos que fazem parte da mesma população*” (Fortin, 2009).

Neste estudo a amostra, selecionada de forma não aleatória – amostra acidental é formada por 20 estudantes do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP, do ano letivo de 2013/2014, que frequentaram o Ensino Clínico de Enfermagem e Intervenção Familiar e Comunitária II.

#### **5. Variáveis em Estudo**

Depois de definido o tipo de estudo, as variáveis de investigação constituem um elemento central, pois é à volta delas que se estrutura a investigação (Ribeiro, 2007).

Na perspetiva de Fortin (1999) “As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação” e refere ainda que “(...) pode tomar diferentes valores para exprimir graus, qualidades e diferenças”. Kerlinger (*cit. in* Fortin 1999) cita que a variável é um “(...) parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos.”.

Segundo o mesmo autor (Fortin, 1999) as variáveis dividem-se em várias categorias. Para este estudo foram destacadas dois tipos de variáveis: de investigação e de atributo.

Fortin (2006) caracteriza a variável de investigação como sendo “(...) qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas.” Assim sendo, a variável de estudo o conhecimento dos alunos sobre CT e auto-exame do testículo.

Segundo Fortin (2009) variáveis atributo são:

*“as características do sujeito em estudo. Estas são geralmente variáveis demográficas: idade, escolaridade, sexo, estado civil, rendimento, etnia, etc. Elas são também chamadas orgánsmicas. A escolha das variáveis atributo é determinada em função das necessidades do estudo.”*

Para este estudo considera-se como variáveis atributo o sexo e a idade.

## **6. Instrumento de Recolha de Dados**

Antes de escolher o método de colheita de dados, devemos ter presentes os objetivos do estudo, a informação que se pretende e conhecer os diversos métodos, assim como as vantagens e os inconvenientes de cada um (Fortin, 1999).

Segundo Fortin (2009):

*“O inquérito representa toda a atividade de investigação no decurso da qual são colhidos dados junto de uma população ou porções desta a fim de examinar as atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos desta população”.*

Atendendo à definição do método de colheita de dados por Fortin, o método escolhido foi o questionário, sendo este definido como *“(...) métodos que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos”* (Fortin, 1999).

O questionário é composto por três partes, a primeira parte onde se definem as variáveis atributo, a segunda parte onde são realizadas perguntas para se verificarem os conhecimentos dos alunos em relação ao auto-exame do testículo e por fim a terceira parte onde são efetuadas questões sobre o CT. Este questionário tem como principal objetivo identificar os conhecimentos que os alunos de Enfermagem possuem em relação ao tema CT e auto-exame do testículo, adquiridos ao longo do ensino clínico.

## **7. Pré-Teste**

De acordo com Fortin (1999), o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra, cerca de 10%, que reflita a diversidade da população visada a fim de se verificar se as questões colocadas são bem compreendidas.

Este tem como principal objetivo avaliar a pertinência do questionário, de forma a verificar potenciais erros que possam vir a ser corrigidos (Fortin, 1999).

O questionário foi aplicado a quatro alunos, que possuem as mesmas características que a população em estudo, ou seja, alunos no 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP, do ano letivo de 2013/2014, que frequentaram o ensino clínico de Enfermagem e Intervenção Familiar e Comunitária II.

Após a aplicação do pré-teste, verificou-se que não havia a necessidade de reformular o instrumento de recolha de dados ou o questionário.

## **8. Previsão do Tratamento e Apresentação dos Dados**

O tratamento de dados obtidos através do instrumento de recolha de dados será elaborado com o programa SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 22.0 para Windows, para realizar toda a análise estatística.

A previsão do tempo encontra-se planificada no Anexo III (Cronograma de Gant).

## **9. Princípios Éticos**

Um projeto de investigação efetuado junto de seres humanos levanta questões morais e éticas, que estão presentes desde a determinação do problema à conclusão do estudo. Todo o processo envolvido na construção de um trabalho de investigação é assim resignado a um código de ética que impõe limites e orienta a própria investigação (Fortin, 2009).

O respeito pela dignidade humana, o consentimento informado, a ponderação dos riscos/benefícios de um estudo de investigação e a necessidade de existir validação do estudo por parte das Comissões de Ética das instituições, constituem alguns dos exemplos dessas tais exigências éticas.

Uma vez que é fundamental respeitar os direitos e liberdade dos participantes da investigação, deve ser obtido o consentimento informado por parte de cada um, de forma livre e consciente, garantindo a inclusão de toda a informação relevante, assim como os riscos e benefícios (Fortin, 2009).

Para garantir o respeito pelo anonimato dos participantes e pela confidencialidade dos dados, foi criado um questionário anónimo. Os resultados do estudo de investigação e

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de  
Enfermagem na consulta de vigilância

todas as informações inerentes ao estudo serão cedidas aos participantes, se assim for de seu interesse.

### III. FASE EMPÍRICA

A fase empírica “(...) inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e da tratamento de dados.”(Fortin, 2000).

Segundo o mesmo (Fortin, 1999), “Os resultados provêm dos factos observados (...), estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto”.

Nesta investigação recorreremos ao programa SPSS (Statistical Package for Social Science – Windows), versão 22.0, para realizar toda a análise estatística. Os resultados foram obtidos através de uma análise quantitativa e de indole descritiva dos itens que passaremos a apresentar seguidamente.

Assim, pretende-se apresentar os dados que foram recolhidos após a aplicação do questionário a 20 alunos da Licenciatura em Enfermagem do 4º ano da UFP.

#### 1. Apresentação dos dados

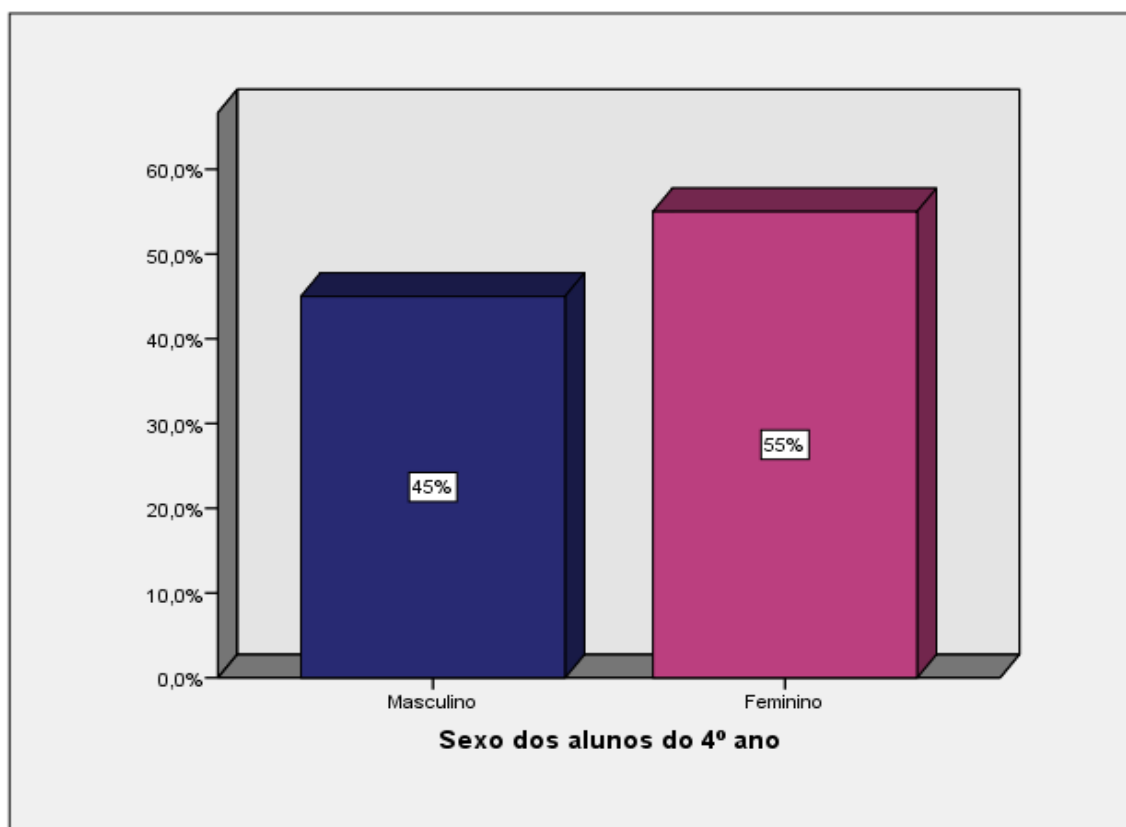
**Quadro 2** - Análise descritiva da idade dos alunos do 4º ano de Enfermagem

Total	20
Média	26,45
Mediana	25,50
Modo	24
Mínimo	21
Máximo	35

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

Ao analisarmos o Quadro 2 pode verificar-se que as idades dos participantes estão compreendidas entre os 21 anos (mínimo) e 35 anos (máximo). O valor médio para a variável idade é igual a 26,45 anos.

**Gráfico 1 - Sexo dos alunos de Enfermagem do 4º ano**



A amostra em análise no Gráfico 1 é composta por 20 inquiridos dos quais, 45% são do sexo masculino e 55% do sexo feminino.

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

**Quadro 3** - Distribuição dos alunos referentes à questão da abordagem do auto-exame do testículo nas consultas de enfermagem.

	Frequência	Percentagem
Sim	7	35%
Não	13	65%
Total	20	100%

No Quadro 3 correspondente à questão “No ECEIFCII, o tema Auto-Exame do testículo foi abordado, nas consultas de enfermagem?”, conclui-se que 35% dos alunos responderam “Sim” à questão e 65% “Não”.

**Quadro 4** - Distribuição dos alunos relativamente ao “Porquê” de o tema não ser abordado.

	Respostas	
	n=13	Percentagem
O(a) Enfermeiro(a) não abordava esse assunto nas consultas	10	58,8%
Falta de conhecimento/preparação para abordar o tema	6	35,3%
Outra	1	5,9%
		100%

Ao analisar o Quadro 4 verifica-se que dos 13 alunos que responderam “Não abordarem o auto exame do testículo nas consultas de enfermagem”, obteve-se 17 respostas (pois poderia escolher mais do que uma opção).

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

Assim, à questão, “Porque razão não era abordado?”, a opção “O(a) Enfermeiro(a) não abordava esse assunto nas consultas” obteve 10 respostas (58,8%), já a opção “Falta de conhecimento/preparação para abordar o tema” obteve seis respostas (35,3%) e uma pessoa (5,9%) escolheu a opção “Outra”, não tendo sido esta especificada.

**Quadro 5** - Distribuição dos alunos em relação à frequência com que abordaram o tema nas consultas de vigilância.

		Frequência	Percentagem
Válido	Mais de metade das consultas	4	57,1%
	Menos de metade das consultas	3	42,9%
	Total	7	100%

Ao analisar o Quadro 5 verifica-se que dos 7 alunos que responderam terem abordado o auto exame do testículo nas consultas, escolheram as seguintes afirmações: 57,1% “Mais de metade das consultas” e 42,9% “Menos de metade das consultas”.

**Quadro 6** - Distribuição dos alunos do relativamente às consultas em que se realizavam as consultas de vigilância.

	n=7	Percentagem
Saúde Infantil/Juvenil	6	85,7
Saúde Adulto	3	42,8
Saúde Idoso	2	28,5
Planeamento Familiar	4	57,1

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

Em relação ao Quadro 6 e tendo em conta que os 7 respondentes poderiam escolher mais do que uma opção obteve-se o seguinte resultado:

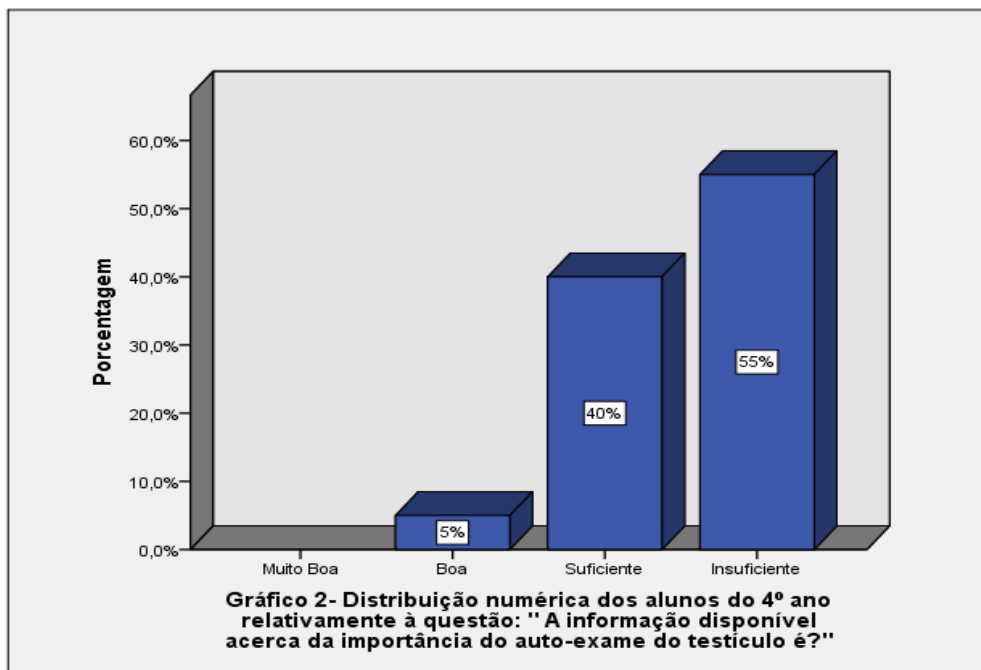
Confrontados com a questão, “Se respondeu sim”: Em que consultas de vigilância de saúde?”, a opção “Saúde Infantil/Juvenil” obteve 6 respostas (85,7%), a opção “Saúde do Adulto” obteve 3 respostas (42,8%); Relativamente à opção “Saúde do Idoso”, dos 7 respondentes, 2 assinalaram esta opção (28,5%); Quanto à opção consulta de “Planeamento Familiar”, obteve-se 4 respostas (57,1%).

**Quadro 7** - Distribuição dos alunos do 4º ano relativamente à questão: "Em relação ao Auto-Exame: Sabia da sua existência?"

	n	Percentagem
Sim	19	95%
Não	1	5%
Total	20	100%

Verifica-se que a maioria dos inquiridos, 95%, responderam “Sim”, sendo que apenas 1 aluno afirma “Não” saber da existência do auto-exame do testículo.

**Gráfico 2** - Distribuição dos alunos em relação à informação disponível acerca do auto-exame do testículo.



Perante este Gráfico 2 podemos concluir que 55% (11 alunos) dos alunos considera a informação disponível “Insuficiente”, 40% (8 alunos) “Suficiente” e 5% (1 aluno) pensa que a informação disponível é “Boa”.

**Quadro 8-** Distribuição relativamente à frequência com que se deve realizar o Auto-Exame do testículo.

	n	Percentagem
Mensalmente	10	50%
Semestralmente	2	10%
Anualmente	3	15%
Não sei	5	25%
Total	20	100%

Após a análise verifica-se que metade (50%) dos inquiridos pensa que se deve realizar “Mensalmente”. Já 15% respondeu “Anualmente” e 10% “Semestralmente”. Por fim,

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

25% “Não sabe” com qual a frequência com que se deve realizar o auto-exame do testículo (Quadro 8).

**Quadro 9** - Distribuição dos alunos do 4º ano relativamente à questão: "O auto-exame do testículo tem como finalidade"

	n	Percentagem
Verificar se existem alterações na massa testicular	16	80%
Verificar a presença do epidídimo	1	5%
Não sei	3	15%
Total	20	100%

Fazendo a análise do Quadro 9, conclui-se que 80% (16 alunos) dos inquiridos respondeu: “Verificar se existem alterações na massa testicular”, 5% (1 aluno) “Verificar a presença do epidídimo” e 15% (3 alunos) respondeu “Não sei”.

**Quadro 10** - Distribuição relativamente à questão: "Como deve ser realizado o auto-exame do testículo?"

		Sim %/(Fr)	Não %/(Fr)	Não sabe %/(Fr)
7.1	Deve ser realizado antes do banho.	30%(6)	35%(7)	35%(7)
7.2	Deve ser realizado após o acto sexual.	—	65%(13)	35%(7)
7.3	Não deve ser realizado em frente ao espelho.	25%(5)	40%(8)	35%(7)
7.4	É importante examinar o contorno, tamanho e consistência.	60%(12)	5%(1)	35%(7)
7.5	Deve ser realizado, usando o polegar e o segundo dedo em “pinça”, em cada um dos testículos, fazendo movimentos ondulatórios.	55%(11)	—	45%(9)
7.6	A palpação deve ser rigorosa em toda a extensão do testículo, pois é com facilidade que se palpa o epidídimo.	60%(12)	5%(1)	35%(7)

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de  
Enfermagem na consulta de vigilância

No Quadro 10 verifica-se que existe uma grande percentagem de respostas para a opção “Não sei”. Relativamente à afirmação 7.1, 30% dos inquiridos respondeu afirmativamente, 35% “Não” e “Não sei”. A afirmação 7.2, traduz resultados de 65% para a resposta “Não” e 35% “Não sei”. Na 7.3, 25% dos inquiridos responderam “Sim”, 40% “Não” e 35% “Não sei”. Já em relação à afirmação 7.4, verificamos que 60% das respostas são “Sim”, 5% “Não” e 35% “Não sei”. Na 7.5, 55% respondeu “Sim” e os restantes 45% “Não sei”. Por fim, em relação à afirmação 7.6, 60% dos participantes respondeu “Sim”, 5% “Não” e 35% “Não sei”.

**Quadro 11-** Distribuição relativamente à opinião dos alunos sobre o CT.

		1	2	3	4	5
8.1	Um das consequências é a infertilidade.	—	—	25%(5)	35%(7)	40%(8)
8.2	Tem uma elevada taxa de cura.	—	5%(1)	70%(14)	15%(3)	10%(2)
8.3	Taxa de prevalência do CT inferior a 1,5% de todos os cancros no homem.	—	5%(1)	70%(14)	20%(4)	5%(1)
8.4	A exposição às radiações do telemóvel diminui a probabilidade ao aparecimento de CT.	45%(9)	5%(1)	35%(7)	5%(1)	10%(2)
8.5	O CT é mais comum em pessoas com antecedentes de criptorquidia (não descida do testículo da cavidade abdominal para o escroto).	—	10%(2)	45%(9)	15%(3)	30%(6)

No Quadro 11, foi realizado segundo a Escala de Likert onde as possibilidades de resposta vão de 1 a 5, sendo 1 “Discordo totalmente”, 2 “Discordo”, 3 “Nem de acordo, Nem desacordo”, 4 “Concordo” e 5 “Concordo totalmente”.

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

Para uma fácil compreensão do Quadro 11 em questão foi realizado um somatório das percentagens. Assim, as opções 1 (um) e 2 (dois) irão ser somadas, obtendo-se a percentagem das duas, que têm como possibilidade de resposta “Discordo totalmente” e “Discordo”. A opção 3 (três) será contabilizada como “Não Sei”. Por fim, as alternativas 4 (quatro) e 5 (cinco), também serão contabilizadas como uma só, fazendo-se o somatório das opções “Concordo” e “Concordo totalmente”.

Na afirmação 8.1, 75% dos inquiridos responderam que “Concordam”, sendo que 25% escolheram a alternativa “Não sei”.

Analisando a afirmação 8.2, conclui-se que mais de metade dos inquiridos, 70% reponderam “Não sei”, 25% respondeu que “Concorda” e apenas 5% deram como resposta “Discordo”.

A afirmação 8.3 teve resultados identicos à questão anterior, pois 70% na opção “Não sei”. Apenas 25% afirmou estar de acordo, e 5% “Discorda”.

À afirmação 8.4, 50% escolheu a opção “Discordo”. Por outro lado, 15% dos inquiridos escolheram a alternativa “Concordo”. Os restantes 35% deram como resposta “Não sei”.

Por fim, na afirmação 8.5, 45% dos inquiridos afirmou não saber e outros 45% escolheram a opção “Concordo”. Por outro lado, 10% responderam que discordam.

**Quadro 12** - Distribuição relativamente às respostas sobre aos sintomas mais comuns aquando o diagnóstico CT.

	n	Percentagem
Dor lombar	7	35%
Dor inguinal	9	45%
Não sei	4	20%
Total	20	100%

Após a análise do Quadro 12, podemos observar que 35% dos inquiridos escolheram a opção “Dor lombar” e 45% “Dor inguinal” como sintomas mais comuns.

Os restantes 4 inquiridos, 20%, responderam “Não sei”.

**Quadro 13** - Distribuição dos alunos relativamente à idade mais comum para manifestação CT.

	n	Percentagem
18 - 40 anos	7	35%
Mais de 40 anos	5	25%
Não sei	8	40%
Total	20	100%

Ao analisar o Quadro 13 podemos concluir que 35% (7) dos inquiridos refere que a idade mais comum para a manifestação do cancro do testículo é dos “18 - 40 anos”, 25% (5) responde “Mais de 40 anos” e 40% (8) responde a opção “Não sei”.

## 2. Discussão dos resultados

“A apresentação bruta dos resultados não tem sentido senão incluída numa discussão na qual o investigador lhes dá significado.” (Fortin, 1999).

Segundo Fortin (1999) nesta fase do projeto são apresentados os principais resultados em função do problema e objetivos da investigação.

Perante os dados obtidos e representados anteriormente é possível verificar que na amostra constituída por 20 estudantes, que frequentam o 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da UFP e realizaram o ECEIFC II, tem a média de idades de 26,45 anos,

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

em que 55% são do sexo feminino e 45% do sexo masculino, tendo todos eles realizado o ECEIFC II.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), “A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. Nesta perspectiva o enfermeiro (..) assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando efectivos ganhos em saúde.”, contudo mais de metade dos alunos (65%) não abordaram o tema, sendo que apenas 35% o referiram nas consultas de vigilância.

Depois de analisadas as questões referentes ao porquê de os alunos não abordarem o assunto nas consultas de vigilância, podemos concluir que os alunos afirmam não possuir conhecimento/preparação suficiente para abordar o tema, ou porque este assunto não era abordado pela enfermeira tutora nas consultas de vigilância. No entanto, segundo a DGS (2005), o Enfermeiro deve: “Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades”, devendo “detectar precocemente situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida”.

Araujo e Rosas (2008) realizaram um estudo que tentou compreender o significado da consulta de enfermagem para o utente, tendo constatado que os pacientes procuram a consulta de Enfermagem para orientação da prática do autocuidado. Além disso, quando diagnosticada uma patologia crônica ou de alta gravidade, os pacientes procuram a consulta de Enfermagem para adquirir informações acerca da doença e do tratamento, visto que uma das ações do enfermeiro é orientar o paciente conforme suas necessidades para promoção e recuperação da saúde.

Neste sentido, estudos realizados demonstram que quando precocemente detectado, através do auto-exame, este pode ser tratado com uma maior efectividade. O diagnóstico precoce do cancro do testículo está associado a uma redução da mortalidade e à não evolução para estadios maiores da doença, sendo o seu tratamento mais eficaz e menos tóxico para o corpo (Rudberg L. *et all*, 2005).

Através dos resultados obtidos quando colocada a questão “Em que consultas de vigilância de saúde”, foram obtidos 4 tipos de respostas, sendo que 40% afirma ser na consulta de Saúde Infantil/Juvenil, 26,7% Planeamento Familiar (Masculino), 20% Saúde do Adulto, o que vai de acordo com McCullagh, J. que afirma: “o cancro do testículo atinge principalmente homens entre os 15 e os 40 anos de idade”. Já Gurevich (2004 *cit. in*, Moore e Higgins, 2009 e Carpentier e Fortenberry, 2010) assegura que o CT é o mais comum entre jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, atingindo assim homens no pico da idade reprodutiva. Por fim, 13,3% respondeu Saúde do Idoso, não havendo no entanto estudos que sustentem essa opção.

Deste modo, a prevenção desta patologia envolve fundamentalmente a transmissão de conhecimento por parte dos profissionais de saúde e dos *media*. Conhecer a patologia, os fatores de risco, a idade de risco, sinais e sintomas e a técnica do auto-exame do testículo são informações que devem começar a ser incutidas na população ainda enquanto adolescente (Moore e Topping, 1999 e Brydoy *et al.*, 2007).

Quando confrontados com a questão da frequência com que se deveria realizar o auto-exame dos testículos, 50% dos inquiridos respondeu “Mensalmente”, o que vai de acordo com, Figueroa E. (2012), que afirma: “É importante realizar o auto-exame do testículo mensalmente, para nos familiarizarmos com o tamanho normal dos testículos, para que se consiga detetar anormalidades no futuro”. Já Peate (1997), assegura que: “todos os homens devem ser incentivados a realizar o auto-exame do testículo, no mínimo de 6 em 6 meses”, indo de acordo com 10% das respostas obtidas. Afirma ainda, que: Os Enfermeiros estão numa posição privilegiada para incentivar a tal prática. Contudo, para um efeito eficaz deverão ser realizados programas educativos (Peate I., 1997).

Sobre a finalidade do auto-exame testicular, 80% dos inquiridos afirmam que tem como finalidade “Verificar se existem alterações na massa testicular”, conforme a afirmação de Smith N., (2013), “(...) a auto-avaliação dos testículos, serve para se verificar se existem alterações na massa, ou formas que indiquem doença. Já 5% dos inquiridos respondeu que serve para “Verificar a presença do Epidídimo”, o que contraria

Figuerola, E.T. (2012), “deve-se localizar e palpar o epidídimo (estrutura tubular, não devendo ser confundido com algum tipo de anormalidade) e verificar se sente desconforto ou dor.

Segundo Huinink *et all.* (1998), a explicação do auto-exame é bastante importante pois, “é um exame frequentemente mal ensinado aos estudantes, provavelmente porque causa constrangimentos e ainda representa um “*tabu*”, o que vai de acordo com a questão “Como deve ser realizado o auto-exame do testículo”, onde bastantes inquiridos afirmam não saber ou deram resposta errada.

Segundo Martínez Sabater (2011), a melhor altura para se fazer o auto-exame do Testículo é após o duche, (o calor relaxa as paredes musculares, permitindo a descida dos testículos na bolsa escrotal) procurando sempre o momento adequado (tranquilidade, intimidade), sendo 35% das respostas estão de acordo com o autor.

Figuerola, E.T. (2012) afirma que o auto-exame do testículo: 1 - “deve-se realizar em frente ao espelho observar a pele do escroto no sentido de identificar alguma alteração”, onde se obtiveram 40% de respostas que concordam com esta afirmação, sendo que 25% contrariam a mesma e 35% não sabem; 2 - “(...) examinar o tamanho relativo, contorno e consistência” (Huinink et al, 1998), estando de acordo com 60% de respostas obtidas; 3 - “Usando o polegar e o segundo dedo em “pinça”, pince cada um dos testículos, fazendo-os deslizar sob os dedos, de forma a detetar uma tumefação ou alteração na forma de cada um dos testículos” (Figuerola, E.T. 2012), onde 55% está de acordo com o autor e 45% afirma não saber; 4 - “(...) localizar e palpar o epidídimo (estrutura tubular, não devendo ser confundido com algum tipo de anormalidade) e verificar se sente desconforto ou dor” (Figuerola, E.T. 2012), conforme 60% das respostas obtidas, sendo que 35% afirma não saber e 5% não concorda.

Na Parte III do questionário foram realizadas questões em relação ao CT, para identificar o conhecimento dos alunos em relação ao tema.

À questão “O CT é mais comum em pessoas com antecedentes de criptorquidia”, 45% dos inquiridos concorda com a afirmação, de igual modo, outros 45% afirmam não saber e 10% discordam. No entanto, segundo a Associação Portuguesa de Urologia (2010), “Os homens com maior risco são os que nascem com um testículo não descido (criptorquidia). Rapazes com esta alteração têm um risco aumentado de desenvolver um cancro do testículo se não tratados até aos 11 anos”.

Alberts (2008), afirma: “Quando comparado com outros tipos de cancro, o tumor do testículo é relativamente raro, representando entre 1 a 1,5% de todos os cancros nos homens”, nesta afirmação apenas 25% estão de acordo com o autor, sendo que 5% discorda e 70% não sabe.

No entanto, mesmo sendo relativamente raro, deve ser realizado um “controlo de fatores comportamentais relacionados com os estilos de vida, como o stress, tabagismo, exposição à radiação do telemóvel, dieta, consumo de álcool e rastreio do cancro, representam um importante caminho para a prevenção da doença” (Shinn *et al.*, 2007; Agarwal *et al.*, 2008; Xu *et al.*, 2007 *cit. in*, Doyle-Lindrud, 2008), indo ao acordo com 50% das respostas. No entanto 35% afirma não saber e 15% discorda.

À afirmação sobre a elevada taxa de cura, mais de metade dos inquiridos (70%) afirma não saber e (5%) discorda. Os restantes 25% vão de acordo com o autor que afirma: “actualmente, os tumores testiculares têm uma elevada taxa de cura, principalmente devido ao diagnóstico precoce e à sua extrema sensibilidade à quimioterapia e radioterapia” (Albers *et al.*, 2008).

De seguida foi analisada a afirmação “Uma das consequências é a infertilidade”. Afirma a Associação Portuguesa de Urologia (2010): “a remoção de um testículo não afeta a fertilidade assim como a potência sexual (na premissa que o outro seja saudável) e em muitos casos será o tratamento definitivo do tumor do testículo”, estando esta afirmação em desacordo com 75% das respostas obtidas. No entanto, “o tratamento do CT com recurso à cirurgia, quimioterapia e radioterapia está normalmente associado a danos físicos e químicos significativos nas regiões gonodais dos homens (Dubin e Amelar;

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

Byrne *et al.*, 1987; Fossa e Kravdal, 2000 e Fossa, 2004, *cit. in*, Matos *et al.*, 2010), podendo “ter um impacto negativo sobre a auto-imagem, auto-conceito, o sentimento de si e mais amplamente sobre a sexualidade da pessoa (funcionalidade sexual e reprodutiva alterada, ausência de atração sexual e masculinidade ferida) (Muir, 2000; Jonker-Pool *et al.*, 2001; Nazareth *et al.*, 2001; Rudberg *et al.*, 2002 e Gurevich *et al.*, 2004, *cit. in*, Moore e Higgins, 2009).

Em relação à questão realizada sobre os sintomas mais comuns do CT, 35% escolheu a opção “Dor lombar”, o que vai de acordo com o que afirma a Associação Portuguesa de Urologia (2010): “(...)as manifestações iniciais podem dever-se à metastização da doença: lombalgias, dores ósseas, etc”. Os restantes 45% afirmam ser “Dor Inguinar”, segundo Moore e Higgins (2009), “(...)os sinais e sintomas do CT podem ser amplamente vagos, podendo variar de uma dor incómoda na virilha até um nódulo ou endurecimento dos testículos”.

### **PARTE III**

#### **CONCLUSÃO**

Refletindo sobre a trajetória percorrida ao longo da elaboração deste projeto de investigação pode-se afirmar com certeza, que este espelha um ciclo de aprendizagem e autoconhecimento, permitindo o desenvolvimento enquanto pessoa, a minha progressão no percurso académico, o desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da investigação em Enfermagem, assim como a aplicação dos conhecimentos previamente adquiridos e competências relativas às fases da investigação e por fim colocar em prática estes mesmos conhecimentos.

A opção de construir este projeto segundo o método quantitativo, transversal e descritivo foi o mais acertado, dado que permitiu uma compreensão em relação aos conhecimentos dos alunos de enfermagem acerca do Cancro do Testículo e Auto-Exame do mesmo.

Relativamente aos objetivos propostos, pensa-se terem sido concretizados, no entanto, foram sentidas dificuldades que residem essencialmente na existência de poucos estudos sobre esta problemática e que possam posteriormente fundamentar a discussão de resultados.

Os aspectos conceptuais da temática abordada demonstram que o CT está a aumentar nos países industrializados, sendo que este é mais frequente nos homens jovens. Apesar de uma melhoria dos tratamentos, o cancro do testículo continua a ser a maior causa de morte nos homens entre os 18 e os 50 anos.

A transmissão de informação promove a tomada de decisões responsáveis, conscientes e assertivas. Ter conhecimento é empoderar quem o usa e quem dele beneficia para o desenvolvimento. Compreender as propriedades e condições inerentes no processo de transição irá levar ao desenvolvimento das intervenções de enfermagem, para uma promoção responsável da saúde. Finalmente as intervenções de enfermagem que devem

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto - Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

sempre ser claras para levar a uma melhoria de comportamentos de saúde e a uma prevenção mais eficaz.

Este projeto de investigação apresenta uma intenção de implementação futura, de forma a atribuir a esta temática o merecido destaque científico e relevo para a prática de enfermagem. Dos resultados deste estudo, advirão contributos para a capacitação dos enfermeiros/alunos de enfermagem que diariamente lidam com esta realidade, para intervirem eficazmente, sem medos ou preconceitos.

Conclui-se que os conhecimentos relativos ao tema em questão ainda são insuficientes para se realizar uma consulta de vigilância, sendo que os estudos realizados acerca do CT ainda são reduzidos em Portugal.

O documento presente também ajudou a compreender a dificuldade dos alunos em relação a temática em estudo, pelo que esta deveria ser mais explorada em aulas teóricas para que futuramente o assunto seja abordado sem qualquer tipo de problema nos ensinamentos clínicos. Outra das grandes lacunas surge nos campos de estágio onde este assunto é pouco abordado pelas enfermeiras tutoras, o que faz com que este não seja a prioridade do aluno.

Este trabalho constituiu-se como uma experiência significativa e enriquecedora, sendo mais um contributo no alcance da excelência dos cuidados na prática da Enfermagem.

## Referências Bibliográficas

Abreu, W. C. (2003). Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias para a Excelência em Saúde? Coimbra, Formasau.

Albers, P. [et al] (2010). Orientações sobre tumor do testículo. *Eur Urol* . [Em linha]. Vol. 53 (3). p.478-96,497-513. Disponível na internet: [URL:http://www.apurologia.pt/guidelines/Tumor-Testiculo.pdf](http://www.apurologia.pt/guidelines/Tumor-Testiculo.pdf)> [Consultado em 05/03/2014]

Andersen, R.A. (2008). Fertility preservation techniques: laboratory and clinical progress and current issues.

Ansell, W.; Shamash, J. (2008). Testicular cancer before and after cisplatin: a 30-year view. *International Journal of Urological Nursing*. [Em linha]. Vol. 2. No 3, Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=108&sid=517f088c-f48247be8c8b43dd326f33a%40sessionmgr10&vid=16&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2I0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010139156>> [Consultado em 02/11/2013].

Apóstolo, J.; Gameiro, M. (2005). Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica. *Revista Referência II série*. Nº1. Dez.

Araújo, C.R.G.; Rosas, A.F. (2008). A consulta de enfermagem para clientes e seus cuidadores no setor de radioterapia de hospital universitário. *Rev Enferm UERJ*.

Baker, J. (2005). Fertility patterns prior to testicular cancer diagnosis. *Cancer Causes and Control* [Em linha]. nº16, p.295-299. Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=15&sid=b393a74a-4f57-4eef-8daa-d5610551a670%40sessionmgr14&vid=11>> [Consultado em 17/01/2014].

Bohnenkamp, S. e Yoder, L. H. (2009). The Medical-Surgical Nurse's Guide To Testicular Cancer. *MEDSURG Nursing*. [Em linha]. Vol. 18/No. 2. Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=108&sid=517f088c-f482-47be-8c8b-b43dd326f33a%40sessionmgr10&vid=18&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010283618>> [Consultado em 14/12/2013].

Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental*. 3a(Ed.). Lisboa, Lusodidacta.

Bowxer, M.; Waxman, J. (2006). *Compêndio de Oncologia* Lisboa, Instituto Piaget

Brydoy, M. [et al.] (2009). Long-term testicular cancer survivors at high risk for neurological side-effects. *Nurse Prescribing* [Em linha]. Vol.7, nº12, p.571-572. Disponível em [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=17&sid=343e884e-2e5e-4b79-8bb7-41f756b42c66%40sessionmgr15&vid=15](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=17&sid=343e884e-2e5e-4b79-8bb7-41f756b42c66%40sessionmgr15&vid=15)> [Consultado em 12/12/2013].

CarterA, M. (1993). Fertility in the testicular cancer patient. *World Journal of Urology* [Em linha]. nº11, p.70-75. Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=15&sid=b393a74a4f574eef8daad5610551a670%40sessionmgr14&vid=12>> [Consultado em 11/12/2013].

Carvalho, R.(2003). *Parcerias na Formação: Papel dos Orientadores Clínicos Perspectiva dos Actores*.Loures, Lusociência.

Cohn, B.; Cirrillo, P.; Christianson, R. (2010). Prenatal DDT Exposure and Testicular Cancer: A Nested Case-Control Study. *Archives of Environmental & Occupational Health* [Em linha]. Vol. 65, nº3, p.127-134. Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/Pdfviewer?hid=15&sid=b393a74a-4f57-4eef-8daa-d5610551a670%40sessionmgr14&vid=13>> [Consultado em 17/01/2014].

Dias, J.S.; Parada, B.; Vendeira, V.A. (2013). Urologia em 10 minutos [Em linha] Disponível em: [URL:http://www.apurologia.pt/pdfs/Uro-10-min.pdf](http://www.apurologia.pt/pdfs/Uro-10-min.pdf) [Consultado em 16/03/2014].

Dieckmann, K.P.; Pichlmeier, U. (2004). Clinical epidemiology of testicular germ cell tumors. *World J Urol*.

Direcção Geral da Saúde (2005). Circular normativa nº9, Lisboa.

Doyle-Lindrud, S. (2008). Testicular Cancer: Implications for Primary Care Providers. *Clinical Scholars Review* [Em linha] N.º 2, Vol. 1. Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=113&sid=b938ca61-a0c1-4285-948e-694ba6712da4%40sessionmgr104&vid=7>> [Consultado em 16/10/2013].

Einhorn, L.H. (1990). Treatment of testicular cancer. A new and improved model. *J Clin Oncol*.

Figueroa, E.M.D (2012). How to perform a testicular self-examination [Em linha]. Disponível em <URL: [http://kidshealth.org/teen/sexual\\_health/guys/tse.html](http://kidshealth.org/teen/sexual_health/guys/tse.html)> [Consultado em 17/10/2013].

Formoso, R.R.S., (2010). Tumores do Testículo. Associação Portuguesa de Urologia [Em linha]. Disponível em <URL: [http://www.apurologia.pt/publico/frameset.htm?http://www.apurologia.pt/publico/tumores\\_do\\_testiculo.htm](http://www.apurologia.pt/publico/frameset.htm?http://www.apurologia.pt/publico/tumores_do_testiculo.htm)> [Consultado em 21/04/2014].

Fortin, M. F. (1999). O processo de investigação – da concepção à realização. Loures, Luso-ciência.

Fortin, M. F. (2003). O processo de investigação – da concepção à realização. Loures, Luso-ciência.

Gates A.; Fink, R.M. (2009). Segredos em enfermagem oncológica: Respostas necessárias ao dia-a-dia. 3ªEd. Artmed

Goedert, J.J.; Purdue, M.P.; McNeel, T.S.; et al. (2007). Risk of germ cell tumors among men with HIV/acquired immunodeficiency syndrome. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*.

Hartmann, J. T. [et. al] (1999). Long-term effects on sexual function and fertility after treatment of testicular cancer. *British Journal of Cancer*. [Em linha]. N°5-6, Vol.80. p. 801-807. Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=108&sid=1d6eaa6f3f154cc5a69f99789cef6612%40sessionmgr104&vid=33&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=mnh&AN=10360658>> [Consultado em 06/01/2014].

Hawksworth, D.; Mcleod, D.; Brassell, S. (2009). Advances made in the treatment of testicular cancer in the U.S. Military: 1946 to the present. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* [Em linha]. n°27, p.553-557. [Consult Set. 2010]. Disponível em <URL:[http://web.ebscohost.com/ehost/results?hid=17&sid=343e884e-2e5e4b798bb741f756b42c66%40sessionmgr15&vid=13&bquery=\(Advances+made+%22in%22+the+treatment+of+testicular+cancer+%22in%22+the+U.S.+Military%3a+1946+to+the+present\)&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1zM2gmZGI9bW5oJmRiPWx0aCZkYj1wYmgmbGFuZz1wdC1iciZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI](http://web.ebscohost.com/ehost/results?hid=17&sid=343e884e-2e5e4b798bb741f756b42c66%40sessionmgr15&vid=13&bquery=(Advances+made+%22in%22+the+treatment+of+testicular+cancer+%22in%22+the+U.S.+Military%3a+1946+to+the+present)&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1zM2gmZGI9bW5oJmRiPWx0aCZkYj1wYmgmbGFuZz1wdC1iciZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI)> [Consultado em 12/12/2013].

Huddart, R. [et al.] (2005). Fertility, gonadal and sexual function in survivors of testicular Cancer. *British Journal of Cancer* [Em linha]. n°93, p.200-207. Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/Pdfviewer?hid=15&sid=b393a74a-4f57-4eef-8daa-d5610551a670%40sessionmgr14&vid=14>> [Consultado em 16/10/2013. 2010].

Huinink, D. B. [et al] (1998). Testicular Cancer - Screening, Diagnostic and Therapeutic Considerations. *Dis Manage Health Outcomes*. [Em linha] Vol. 2. p.57-72. Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=108&sid=517f088cf482-47be-8c8b-b43dd326f33a%40sessionmgr10&vid=30&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#db=rzh&AN=2009465172>> [Consultado em 04/01/2014].

Huyghe, E. [et al] (2007). Testicular Cancer Variations in Time and Space in Europe. *European Urology*. [Em linha]. Vol. 51. p. 621–628. Disponível em <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=108&sid=517f088c-f482-47be-8c8b-b43dd326f33a%40sessionmgr10&vid=28&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=16963178>> [Consultado em 05/03/2014].

Huyghe, E. [et al] (2007). Testicular Cancer Variations in Time and Space in Europe. *European Urology*. [Em linha]. Vol. 51. p. 621–628. [Consult. Nov. 2010]. Disponível em <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=108&sid=517f088c-f482-47be-8c8bb43dd326f33a%40sessionmgr10&vid=28&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=16963178>> [Consultado em 06/01/2014].

Joseph, P. [et al.] (2009). Preservation of ejaculation in patients undergoing nerve-sparing postchemotherapy retroperitoneal lymph node. *Urology* [Em linha]. Vol. 73, nº 2, p. 328-331. Disponível em < URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=113&sid=5139bfec-5e97-4815-8cef-4c4a0948d541%40sessionmgr113&vid=12> > [Consultado em 26/10/2013].

Kim, C. [et al.] (2010). Fertility among testicular cancer survivors: a case-control study in the U.S. *Journal of cancer survivorship* [Em linha]. Vol. 1, nº4, p. 266-273 Disponível em <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=113&sid=af303130-58ec-4f8b-bf1d-2b47b9236b6b%40sessionmgr115&vid=4>>[Consultado em 02/11/2013].

Lemos, L. (2012). A Visibilidade da Enfermagem. [Em linha]. Disponível em <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/Search/results.aspx?k=a%20visibilidade%20de%20enfermagem>> [Consultado em 21/05/2014].

Lessard-Hébert, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (2005). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas – 2ª Edição*, Lisboa, Instituto Piaget.

Longarito, C. F. S.(1999). O Ensino Clínico: Dificuldades,Recursos e Profissionalismo – Subsídios para Uma Abordagem Interactiva.Porto, dissertação de mestrado apresentado ao ICBAS.

M. F. (2009). O processo de investigação – da concepção à realização. Loures, Luso-ciência.

Mancini, J., Rey. D., Préau, M., Malavolti. L., [et al.] (2008). Infertility induced by cancer treatment: inappropriate or no information provided to majority of french survivors of cancer.

Matos, E. [et al] (2010). Fertility in patients treated for testicular cancer. *Journal of cancer survivorship* [Em linha]. Vol. 1, nº 4, p. 274-278. Disponível em <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=113&sid=5139bfec-5e97-4815-8cef-4c4a0948d541%40sessionmgr113&vid=7>> [Consultado em 10/03/2014].

Matos, E. [et al] (2010). Fertility in patients treated for testicular cancer. *Journal of cancer survivorship* [Em linha]. Vol. 1, nº 4, p. 274-278. Disponível em [URL:http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=113&sid=5139bfec-5e97-4815-8cef-4c4a0948d541%40sessionmgr113&vid=7](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=113&sid=5139bfec-5e97-4815-8cef-4c4a0948d541%40sessionmgr113&vid=7) [Consultado em 14/12/2013].

McCullagh, J., Lewis, G., Warlow, C. (2005). Promoting awareness and practice of testicular self-examination, *Nurs Stand*.

McCullagh, J.; Lewis, G. (2005). Testicular cancer: epidemiology, assessment and management. *Nurs Standart*.

Moore, A.; Higgins, A. (2009). Testicular cancer: adressing the psychosexual issues. *British Journal of Nursing* [Em linha]. Vol 18., p. 1182-1186. Disponível em <URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=108&sid=1d6eaa6f3f154cc5a69f99789cef6612%40sessionmgr104&vid=41&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc210ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010451763>> [Consultado em 05/03/2014].

Moore, R.A. e Topping (1999). young men's knowledge of testicular cancer and testicular self-examination: a lost opportunity? *European Journal of cancer care*. [em linha] n.º8, p.137-142 Disponível em <URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2002.00251.x/abstract> [Consultado em 12/11/2013].

Morse, J. (2007). Aspectos essenciais de metodologia de Investigação Qualitativa. Coimbra: Formasau – formação e saúde, LDA.

Ondrusova, M.; Ondrus, D. (2008). Epidemiology and treatment delay in testicular cancer patients: a retrospective study. *International Urology And Nephrology* [Em linha]. n.º40, p.143-148. Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=15&sid=b393a74a-4f57-4eef-8daa-d5610551a670%40sessionmgr14&vid=4>> [Consultado em 12/11/2013].

Osswald, M. [et al.] (2009). Treatment of a population based sample of men diagnosed with testicular cancer in the United States. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* [Em linha]. n.º27, p.604-610. Disponível em URL: [http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?hid=17&sid=343e884e-2e5e-4b798bb741f756b42c66%40sessionmgr15&vid=15&bquery=\(Longterm+testicular+cancer+survivors+at+high+risk+for+neurological+sideeffects\)&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1zM2gmZGI9bW5oJmRiPWx0aCZkYj1wYmgmbGFuZz1wdC1iciZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI](http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?hid=17&sid=343e884e-2e5e-4b798bb741f756b42c66%40sessionmgr15&vid=15&bquery=(Longterm+testicular+cancer+survivors+at+high+risk+for+neurological+sideeffects)&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1zM2gmZGI9bW5oJmRiPWx0aCZkYj1wYmgmbGFuZz1wdC1iciZ0eXBIPTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI) [Consultado em 02/11/2013].

Peate, I. (1997). Testicular cancer: the importance of effective health education. *Br J Nurs*.

Pereira, M. A. G. (1996). Percepção da Relação Professor/ Aluno na Prática Clínica de Enfermagem: Comunicação e Assertividade. Porto, Dissertação de Mestrado Apresentado ao ICBAS.

Pettersson, A.; Kaijser, M. ; Richiardi, L. ; et al. (2004) Women smoking and testicular cancer: One epidemic causing another? *Int J Cancer*.

Polit, D. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre. Artmed Editora.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. 5ªEd. Lisboa: Grávida.

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi.

Robert, J., et al. (2004). Testicular Cancer in: *Harrison's Principles of internal Medicine* 18th Edition. July 23.

Sabanegh, E.; Ragheb, A. (2009). Male Fertility after cancer. *Urology* [Em linha]. Vol. 73, nº 2, p. 225-231 [Consult. Set. 2010]. Disponível em < URL: [http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(08\)01504-5/pdf](http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(08)01504-5/pdf)> [Consultado em 12/12/2013].

Saito, K., Suzuki, K., Iwasaki, A., Yumura, Y., Kubota, Y. (2005). Sperm cryopreservation before cancer chemotherapy helps in the emotional battle against cancer.

Shinn, E. H.; [et. al.] (2007). Health Behaviors and Depressive Symptoms in Testicular Cancer Survivors. *Urology*. [Em linha]. Vol.69. Nº4, p. 748-753. [Consult. Nov. 2010]. Disponível em <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?hid=108&sid=1d6eaa6f3f154cc5a69f99789cef6612%40sessionmgr104&vid=35&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=17445663>> [Consultado em 22/11/2014].

Stotts, R. C. (2004). Cancers of the prostate, penis, and testicles: epidemiology, prevention, and treatment. *Nurs Clin North Am*.

Taksey, J.; Bissada, N.; Chaudhary, U. (2003) – Fertility after chemotherapy for testicular cancer. *Archives of Andrology* [Em linha]. Vol. 1, nº 49, p. 389-395  
Disponível em <URL:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=113&sid=5139bfec5e974815-8cef-4c4a0948d541%40sessionmgr113&vid=13>> [Consultado em 01/11/2013].

Tuomisto, J.; Holl, K.; Rantakokko, P.; et al. (2009). Maternal smoking during pregnancy and testicular cancer in the sons: a nested case-control study and a meta-analysis. *Eur J Cancer*.

Universidade Fernando Pessoa (2013). Guia orientador Ensino Clínico Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária, Porto.

Vidrine, D. [et al.] (2010)- The Effects of Testicular Cancer Treatment on Health-related Quality of Life. *Medical Oncology* [Em linha]. Vol.75, nº3, p.636-641.  
Disponível em  
URL:[http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?hid=17&sid=343e884e2e5e4b798bb741f756b42c66%40sessionmgr15&vid=14&bquery=\(Longterm+testicular+cancer+survivors+at+high+risk+for+neurological+sideeffects\)&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1zM2gmZGI9bW5oJmRiPWx0aCZkYj1wYmgmbGFuZz1wdC1iciZ0eXB1PTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI](http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?hid=17&sid=343e884e2e5e4b798bb741f756b42c66%40sessionmgr15&vid=14&bquery=(Longterm+testicular+cancer+survivors+at+high+risk+for+neurological+sideeffects)&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1zM2gmZGI9bW5oJmRiPWx0aCZkYj1wYmgmbGFuZz1wdC1iciZ0eXB1PTEmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI) [Consultado em 01/11/2013].

Walsh, T. J., Dall'Era, M. A., Croughan, M. S., Carrol, P. R., Turek, P. J., (2007). Prepubertal orchiopexy for cryptorchidism may be associated with lower risk of testicular cancer. *J Urol*.

Wood, H. M. (2007). Orchiopexy may prevent testis cancer in boys with criptorchidism. *J Urol*.

Título do trabalho

## **ANEXOS**

Título do trabalho

Anexo I  
Estádios do Cancro do Testículo

## Estádios de Cancro do Testículo

A determinação do estágio de desenvolvimento dos tumores é fundamental. Para um correcto diagnóstico recorre-se a exames complementares como: raios X do tórax; tomografia axial computadorizada (TAC) do tórax e abdómen e determinação dos níveis séricos de vários marcadores tumorais importantes como as proteínas segregadas pelas células malignas germinais: gonadotrofina coriónica humana (HCG), alfafetoproteína (AFP) e dehidrogenase láctica (LDH). Níveis elevados de um ou mais destes marcadores são identificados em 20% de doentes no estágio I, 40% no estágio II e 60% ou mais no estágio III (Albers et al, 2009).

### **Estádios de evolução:**

**Estádio I - doença limitada aos testículos;**

**Estádio II - doença envolvendo os gânglios linfáticos abdominais retroperitoneais;**

**Estádio III - doença metastática acima do diafragma e/ou envolvimento das vísceras.**

**Estádio IV - tumor invadindo outros órgãos para além dos gânglios linfáticos, como pulmão ou fígado.**

Classificação TNM (Tumor, Linfonodo, Metástase) para tumor do Testículo (UICC, 2002 Sexta Edição)

---

### T - Tumor Primário

T Tumor primário não avaliável

T0 Sem evidência de tumor primário (ex. cicatriz histológica no testículo)

Tis Neoplasia intratubular de células

---

---

	germinativas (cancro in situ)
T1	Tumor limitado ao testículo e epidídimo sem invasão vascular/linfática: tumor pode invadir túnica albugínea mas não a túnica vaginal
T2	Tumor limitado ao testículo e epidídimo com invasão vascular/linfática, ou tumor que se estende através da túnica albugínea com envolvimento da túnica vaginal
T3	Tumor invade o cordão espermático com ou sem invasão vascular/linfática
T4	Tumor invade o escroto com ou sem invasão vascular/linfática
N – Linfonodos regionais	
NX	Gânglios linfáticos regionais não avaliáveis
N0	Sem metástases nos gânglios linfáticos regionais
N1	Metástases com massa ganglionar > 2cm na sua maior dimensão, ou em múltiplos gânglios, nenhum > 2 cm na sua maior dimensão
N2	Metástases com massa ganglionar > 2cm mas 5cm na sua maior dimensão, ou em múltiplos linfonodos, massa > 2cm mas 5cm na sua maior dimensão
N3	Metástases com massa ganglionar > 5cm na sua maior dimensão
M - Metástases à distância	
MX	Presença de metástase à distância não pode ser investigada
M0	Sem metástases à distância
M1	Metástases à distância
M1a	Gânglios linfáticos não regionais ou pulmão
M1b	Metástase visceral não-pulmonar

---

---

S - Marcadores Tumorais Séricos do Tumor

SX	Análise dos marcadores séricos não disponível ou não efectuada
S0	Níveis dos marcadores séricos dentro dos limites normais
S1	LDH <1,5 x N; HCG (mUI/ml) < 5.0( AFP (ng/ml) < 1.000; N (limite supe normal para a análise de LDH)
S2	LDH 1,5 a 10 x N; ou HCG (mUI/ml) = 5000 a 50000; ou AFP (ng/ml) = 1.000 a 10.000
S3	LDH >10 x N ou HCG (mUI/ml) < 50.000 ou AFP (ng/ml) > 10.000

---

(Albers et al, 2009; e Gates e Fink, 2009)

Título do trabalho

Anexo II  
Guia de Intervenção Familiar e Comunitária

**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade de Ciências de Saúde**

**Curso de Licenciatura em Enfermagem**

**GuiaOrientador**

**Ensino Clínico**

**Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária**

**2013/2014**



<b>1. Introdução</b>	<b>3</b>
<b>PARTE I – GENERALIDADES SOBRE OS ENSINOS CLÍNICOS</b>	<b>5</b>
<b>1. OBJECTIVOS GERAIS</b>	<b>5</b>
<b>1.1. OBJECTIVOS A ATINGIR PELO ALUNO</b>	<b>5</b>
<b>2. AVALIAÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>PARTE II – ENSINO CLÍNICO de ENFERMAGEM DE INTERVENÇÃO FAMILIAR E</b>	<b>7</b>
<b>1. PLANEAMENTO</b>	<b>7</b>
<b>2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>7</b>
<b>3. HORÁRIO</b>	<b>7</b>
<b>4. ALUNO</b>	<b>7</b>
<b>5. PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO ALUNO</b>	<b>9</b>
<b>Anexo 1 - Grelha orientadora de elaboração do Relatório de Estágio, pelo Enfermeiro Orientador/ A</b>	<b>10</b>
<b>Anexo 2 - Folha de Ponto</b>	<b>13</b>
<b>Anexo 3 - Grelha de Avaliação Qualitativa</b>	<b>19</b>





## 1. INTRODUÇÃO

No sentido de definir enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros procedeu à construção de um enquadramento conceptual assente em quatro conceitos metaparadigmáticos: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem (Do Caminho Percorrido e das Propostas - *Análise do primeiro mandato – 1999/2003*). São estes metaparadigmas os balizadores da dinâmica do processo de ensino-aprendizagem, do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, sendo finalidade desta ***“preparar os alunos de modo a que estes se tornem Enfermeiros com reconhecida competência científica, técnica e relacional para a prestação de cuidados de enfermagem, numa perspectiva holística, ao indivíduo, família, grupos e comunidade.”***

Do Plano Curricular do Curso de Licenciatura em Enfermagem, disposto na Portaria 945/2005 de 29 Setembro, fazem parte momentos de ensino-aprendizagem teóricos, teórico-práticos, práticos, seminários e ensinos clínicos (EC). Entendemos por **ensinos clínicos** (EC) o conjunto de dois momentos distintos: **estágios**, realizados em diferentes instituições de saúde e **seminários** actividades relacionadas com os estágios e realizados na Universidade.

O presente documento tem por objectivo uniformizar os procedimentos nos diferentes locais de estágio, fornecendo informações claras sobre os aspectos organizacionais, estruturais, administrativos e avaliativos dos estágios e seminários.



## PARTE I – GENERALIDADES SOBRE OS ENSINOS CLÍNICOS

### 1. OBJECTIVOS GERAIS

Neste capítulo definem-se os objetivos a atingir pelos alunos nos EC.

Os estágios são situações de grande densidade formativa, que se sustentam nos objetivos que a seguir se referem, sem contudo descurar a necessidade de outros mais específicos, bem como a emergência de novas problemáticas, que deverão ser refletidas nos respetivos seminários.

#### 1.1. OBJECTIVOS A ATINGIR PELO ALUNO

Em **estágio**, o aluno deverá ter sempre presente a perspectiva de que os cuidados podem / devem englobar o cliente, a família, o grupo e a comunidade. E para que se torne um Enfermeiro competente na área da prestação e da gestão dos cuidados de enfermagem, no desenvolvimento da profissão e na construção de uma consciência contributiva para o reforço da identidade profissional, o aluno deve ser capaz de:

- Compreender o funcionamento e dinâmica do serviço;
- Estabelecer relações terapêuticas;
- Desenvolver estratégias de educação para a saúde;
- Prestar cuidados globais;
- Executar com correção as normas aprendidas; Demonstrar conhecimentos teóricos e ser capaz de os integrar na prática clínica; Compreender a organização e priorização dos cuidados;
- Aplicar as metodologias de registo das práticas de enfermagem preconizadas na instituição;
- Compreender a inter-relação entre os diferentes membros da equipa de saúde;
- Demonstrar capacidade de integração e relacionamento com a equipa pluridisciplinar;
- Demonstrar uma atitude crítico-reflexiva perante as práticas;
- Integrar os conhecimentos de ética e de deontologia profissional na prática dos cuidados, desenvolvendo a sua consciência e a sua identidade.

### 2. AVALIAÇÃO

Pela importância de que se reveste a avaliação, enquanto momento de aprendizagem, esta deve ser contínua, com ênfase no esforço e responsabilidade demonstrados pelo aluno na construção do seu saber: saber fazer, saber estar e saber ser. Assim, a **classificação final do EC** incluirá:

- Classificação da componente prática do estágio;
- Classificação do relatório de estágio e do trabalho e participação no seminário;

De forma a ser possível objetivar, tanto quanto possível, a **classificação final do EC**, proceder-se-á do seguinte modo:

- A avaliação da componente prática do estágio, será feita com base na grelha de avaliação de estágio (anexo 4), a preencher pelo **enfermeiro orientador / auxiliar pedagógico** com uma classificação exclusivamente qualitativa;
- A avaliação do relatório de estágio e do trabalho e participação nos seminários será feita conjuntamente pelo



**enfermeiro responsável da unidade curricular** e pelo **enfermeiro supervisor** ou pelo **auxiliar pedagógico**.

A transformação da classificação qualitativa da componente prática do estágio, proposta pelo **enfermeiro orientador / auxiliar pedagógico**, em classificação quantitativa, é da responsabilidade conjunta do **enfermeiro responsável da unidade curricular** e do **enfermeiro supervisor** ou **auxiliar pedagógico**, que a deverão aferir no conjunto de todas as avaliações qualitativas propostas pelos diferentes **enfermeiros orientadores / auxiliares pedagógicos**, nos vários campos de estágio e segundo uma grelha operacionalizadora criada para o efeito.

A **classificação final do ensino clínico** obedece à seguinte fórmula:

$$CF = (5 \cdot CPE + 2 \cdot RE) / 7$$

Sendo: CF – classificação final

CPE – componente prática do estágio

RE – o conjunto do relatório de estágio e outros trabalhos

Considera-se aprovado no ensino clínico todo o aluno que obtiver uma classificação final (CF) igual ou superior a 10 valores, na escala de 0 a 20 valores, havendo a obrigatoriedade de entrega de todos os trabalhos solicitados até à data indicada.



## **PARTE II – ENSINO CLÍNICO de ENFERMAGEM DE INTERVENÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA II**

Este Ensino Clínico está integrado no 4º ano do Curso de Enfermagem adequado ao Processo de Bolonha (Despacho nº 19002 / 2006, de 18 de Setembro).

### **1. PLANEAMENTO**

Datas de início e término:

1º grupo – 14 de outubro de 2013 a 19 de dezembro de 2013

2º grupo – 13 de janeiro de 2014 a 20 de março de 2014

### **2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

Durante o Ensino Clínico, o aluno deve ser capaz de:

Identificar, planear, executar e avaliar os cuidados tendo em conta os princípios científicos de Enfermagem, nas diversas atividades do Centro / Unidade de Saúde, integrados numa equipa multidisciplinar;

Promover a sua capacidade para responder aos desafios com inovação, criatividade e flexibilidade;

Identificar a metodologia de trabalho de Enfermagem em uso na Unidade de Saúde e efetuar a sua análise crítica;

Compreender a importância do trabalho em equipa;

Observar as atividades realizadas no Centro/Unidade de Saúde;

Intervir junto de uma comunidade delimitada ou grupo, identificando alguns fatores/estilos de vida que interferem na saúde.

### **3. HORÁRIO**

O horário a desenvolver no EC será o estabelecido na Instituição onde este decorre, sendo que o aluno deverá cumprir, em média, 35 horas semanais no período de 10 semanas (ou seja, aproximadamente 350 horas).

No que se refere ao tipo de horário a cumprir, há ainda que ter em conta o seguinte:

O horário é planificado pelo enfermeiro orientador / auxiliar pedagógico, no início do estágio e, se possível, para a totalidade do mesmo;

As trocas de horário inicialmente estabelecido não serão permitidas, salvo se o enfermeiro orientador / auxiliar pedagógico o entender como benéfico, ou em caso de necessidade do aluno, desde que devidamente justificadas junto do enfermeiro orientador / auxiliar pedagógico;

O aluno poderá cumprir um horário composto por manhãs, tardes e noites;

O aluno não deverá fazer mais do que um turno por dia.

### **4. ALUNO**

O aluno é o alvo de toda a preocupação educativa; mas deve estar consciente de que tem quota-parte fundamental em todo o processo de ensino-aprendizagem, ao mobilizar toda a sua motivação, empenhamento e capacidades para, de modo crítico-reflexivo aprender a saber: saber ser, saber estar e saber fazer.



No que se refere à sua apresentação, o aluno deve ter em conta os seguintes aspetos, para além de outros que o bom senso ou as regras da Instituição exijam:

- Uniforme limpo e completo conforme estabelecido pela Universidade;
- Cabelos devidamente penteados, curtos ou presos;
- Unhas curtas, limpas e sem verniz;
- Sem anéis, pulseiras, fios ao pescoço, relógios de pulso, brincos compridos, ou *piercings* visíveis;
- Com cartão de identificação de aluno da Universidade.

No que se refere ao registo de presenças em estágio é obrigação do aluno rubricar diariamente a sua folha de ponto (anexo 2).

Na prestação de cuidados de enfermagem em contexto de estágio, e para além da prossecução dos objetivos já enunciados, o aluno deverá:

- Utilizar o método individual de trabalho;
- Conhecer os instrumentos de registo do serviço e utilizá-los com rigor, rubricando tudo o que registar com os seus nomes próprios e último apelido, precedidos da sigla AE (Aluno de Enfermagem);
- Desenvolver a sua atividade sempre acompanhado, orientado e supervisionado pelo **enfermeiro orientador / auxiliar pedagógico**;
- Planear, executar e avaliar os cuidados, utilizando a metodologia científica em vigor na instituição.

No que se refere às saídas esporádicas do serviço, o aluno deve ter em conta os seguintes aspetos:

- Comunicar sempre ao **enfermeiro orientador / auxiliar pedagógico** ou, na ausência deste, ao enfermeiro chefe ou ao enfermeiro responsável de turno;
- Escolher a hora que implique menos interrupções no plano de trabalho.

Para além da prática clínica, o aluno deverá elaborar um relatório de estágio, tendo por base o documento elaborado para o efeito, pela Universidade (anexo 3), e entendido como:

- Uma análise crítico-reflexiva do estágio, tendo por base os objetivos específicos definidos para esse estágio (em 6 folhas A4, no máximo);
- A auto-avaliação final, devidamente fundamentada.

No que se refere às presenças / faltas a estágio, e para além do que já foi referido, o aluno terá que ter em conta:

- A obrigatoriedade de a presença em 90% do total de dias de estágio;
- São motivo de falta os atrasos sistemáticos e/ou injustificáveis, sendo apenas permitidos atrasos ocasionais devidamente justificados;
- As faltas a estágio deverão ser sempre comunicadas ao enfermeiro orientador / supervisor / auxiliar pedagógico ou ao enfermeiro chefe do serviço, com antecedência ou, na impossibilidade justifica, no próprio dia antes da hora de início do turno escalado. O aluno, de acordo com o Regulamento Pedagógico da UFP, deverá apresentar justificação da falta, na secretaria de alunos da UFP, num período máximo de 48 horas;
- A falta a um turno de estágio equivale ao número de horas que o aluno deveria cumprir nesse turno;
- Exceionalmente, e devidamente justificado, o aluno poderá realizar outro turno em compensação daquele em que



faltou, desde que receba a concordância **do enfermeiro orientador / auxiliar pedagógico**;

#### **5. PROCESSO DE INTEGRAÇÃO DO ALUNO**

A metodologia a seguir na integração do aluno ao serviço e à prestação de cuidados é da competência do enfermeiro orientador / auxiliar pedagógico.



**Anexo 1 - Grelha orientadora de elaboração do Relatório de Estágio, pelo Enfermeiro Orientador/  
Auxiliar**

**Pedagógico**

**IDENTIFICAÇÃO DO ENFERMEIRO ORIENTADOR / AUXILIAR PEDAGÓGICO DO ESTÁGIO**

Ensino Clínico: \_\_\_\_\_ Ano Lectivo: \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_ Serviço: \_\_\_\_\_  
Orientador/Auxiliar Pedagógico \_\_\_\_\_  
B. de Identidade: \_\_\_\_\_ Cédula Profissional: \_\_\_\_\_  
Morada para envio de correspondência: \_\_\_\_\_  
Contacto telefónico: \_\_\_\_\_ Contacto e-mail: \_\_\_\_\_

**DADOS DO ESTÁGIO**

Nome dos alunos que orientou	Data de início	Data de termo	Nº de dias

**OPINIÃO GLOBAL SOBRE O(S) ALUNO(S)**

Pontos Fortes	Pontos Fracos	Sugestões
<b>Avaliação Intermédia</b>		

Avaliação Final		

**Nota:** As Grelhas de Avaliação de Estágio de cada um dos alunos que orientei encontram-se anexas a este documento.

**Assinatura do Enfermeiro Orientador / Auxiliar Pedagógico:** \_\_\_\_\_



## Anexo 2 - Folha de Ponto



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

Ensino Clínico: _____	Ano lectivo _____
Nº: _____	Nome: _____
Instituição: _____	Serviço: _____
Nº de horas a realizar no Estágio: _____	

Data (Dia, mês, ano)	Turno	Assinatura Aluno	Assinatura Orientador/Auxiliar Pedagógico	Observações
	Manhã			
	Tarde			
	Noite			
	Manhã			
	Tarde			
	Noite			
	Manhã			
	Tarde			
	Noite			
	Manhã			
	Tarde			
	Noite			
	Manhã			
	Tarde			
	Noite			
	Manhã			
	Tarde			
	Noite			
	Manhã			
	Tarde			
	Noite			
	Manhã			
	Tarde			
	Noite			
	Manhã			
	Tarde			
	Noite			
	Manhã			
	Tarde			
	Noite			

**Confirmação/ Rúbrica do Orientador de Estágio / Auxiliar Pedagógico** \_\_\_\_\_



### Anexo 3 - Grelha de Avaliação Qualitativa



## Grelha de Avaliação do Estágio

Ensino Clínico: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Orientador: \_\_\_\_\_

Aluno: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

Domínios das Competências	Não exequível	Mau	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
<b>1. Prestação de cuidados</b>							
Promove a saúde	0	1	2	3	4	5	6
Efectua colheita de dados	0	1	2	3	4	5	6
Identifica os problemas	0	1	2	3	4	5	6
Planeia os cuidados	0	1	2	3	4	5	6
Executa os cuidados	0	1	2	3	4	5	6
Avalia os cuidados	0	1	2	3	4	5	6
Garante a continuidade dos cuidados	0	1	2	3	4	5	6
Estabelece uma relação terapêutica com o indivíduo	0	1	2	3	4	5	6
Estabelece uma relação terapêutica com a família	0	1	2	3	4	5	6
<b>2. Gestão de cuidados</b>							
Garante e mantém um ambiente seguro	0	1	2	3	4	5	6
Gere o tempo adequadamente	0	1	2	3	4	5	6
Capaz de se integrar na equipa	0	1	2	3	4	5	6
Contribui para o trabalho em equipa	0	1	2	3	4	5	6
Estabelece relações interprofissionais construtivas	0	1	2	3	4	5	6
Utiliza os recursos materiais adequadamente	0	1	2	3	4	5	6
<b>3. Responsabilidade</b>							
Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções	0	1	2	3	4	5	6
Reconhece os limites do seu papel e da sua competência	0	1	2	3	4	5	6
Assíduo	0	1	2	3	4	5	6
Pontual	0	1	2	3	4	5	6
<b>4. Respeito pelos princípios éticos e legais</b>							
Exerce de acordo com o Código Deontológico	0	1	2	3	4	5	6
Respeita o direito à privacidade	0	1	2	3	4	5	6
Respeita o direito ao consentimento informado	0	1	2	3	4	5	6
Respeita o sigilo profissional	0	1	2	3	4	5	6
Respeita as crenças e valores	0	1	2	3	4	5	6
Respeita a autonomia do doente	0	1	2	3	4	5	6
Actua de acordo com a legislação aplicável	0	1	2	3	4	5	6
<b>5. Desenvolvimento profissional</b>							
Interesse na aquisição de novos conhecimentos teóricos	0	1	2	3	4	5	6
Interesse na aquisição de novos conhecimentos práticos	0	1	2	3	4	5	6
Demonstra iniciativa e criatividade	0	1	2	3	4	5	6
Demonstra capacidade de análise e reflexão	0	1	2	3	4	5	6
Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem	0	1	2	3	4	5	6
Promove a qualidade de cuidados prestados	0	1	2	3	4	5	6
Demonstra capacidade na comunicação oral e escrita	0	1	2	3	4	5	6

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

O Enfermeiro Orientador / Auxiliar Pedagógico \_\_\_\_\_

O Aluno \_\_\_\_\_

## ESPECIFICAÇÃO DOS CONCEITOS DA GRELHA DE AVALIAÇÃO DE ALUNOS EM ESTÁGIO

### 1. Prestação de cuidados

#### **Promove a saúde**

Actua com o indivíduo, família e comunidade numa perspectiva holística, tendo em conta as diferentes determinantes da saúde;  
Aplica os conhecimentos com os recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde;  
Fornecer informações de saúde relevantes para ajudar o indivíduo e família;  
Colabora com o indivíduo e família de forma a estes adoptarem estilos de vida saudáveis.

#### **Efectua colheita de dados**

#### **Identifica os problemas**

Colhe, analisa e interpreta os dados quer obtidos de forma informal (por observação, diálogo, por terceiros, entre outros) quer obtidos por questionário formal;  
Efectua uma apreciação dos dados obtidos para a concepção dos cuidados.

#### **Planeia os cuidados**

Planeia os cuidados a prestar em função:  
das necessidades/problemas detectados,  
dos recursos existentes,  
dos objectivos pretendidos,  
de acordo com as normas do serviço  
de acordo com as preferências do doente;  
Garante que o indivíduo e família recebam e compreendam a informação para o consentimento dos cuidados;  
Estabelece prioridades para os cuidados.

#### **Executa os cuidados**

Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir os resultados esperados;  
Documenta os cuidados de enfermagem implementados.

#### **Avalia os cuidados**

Avalia os cuidados prestados atendendo aos meios utilizados e resultados obtidos;  
Analisa os factores que contribuem, quer positivamente como negativamente, para os resultados;  
Modifica o plano de cuidados, se necessário, após a avaliação dos cuidados.

#### **Garante da continuidade de cuidados**

Elabora os registos de acordo com as normas de serviço;  
Participa activamente nas passagens de turno;  
Elabora carta de transferência do indivíduo, em colaboração com os Enf<sup>os</sup> do serviço;  
Acompanha o indivíduo nas transferências, de acordo com a norma de serviço;  
Alerta para a necessidade de apoio de outros elementos da equipa (fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros) quando necessário;  
Contacta com o Enf<sup>o</sup> do Centro de Saúde, quando necessário.

#### **Estabelece uma relação terapêutica com o indivíduo**

#### **Estabelece uma relação terapêutica com a família**

Utiliza linguagem adaptada ao nível sócio-cultural do indivíduo e família;  
Atende ao tom de voz utilizado de acordo com as circunstâncias;  
Utiliza adequadamente o toque como forma de comunicação;  
Adopta uma atitude empática com o indivíduo e família;  
Estabelece contacto físico adequado, respeitando a privacidade do indivíduo e família;  
Interpreta manifestações não verbais que são ou complementam mensagens;  
Envolve a família no processo saúde/doença do indivíduo.

### 2. Gestão de Cuidados

#### **Garante e mantém um ambiente seguro**

Garante a segurança na administração terapêutica;  
Actua de acordo com as normas de controlo da infecção;

Identifica riscos reais e/ou potenciais;  
Observa e comunica ao elemento competente as preocupações relativas à segurança;  
Cria e mantém um ambiente seguro nos cuidados prestados.

**Gere o tempo adequadamente**

Gere o tempo dos cuidados prestados adequadamente, tendo em consideração as prioridades estabelecidas.

**Capaz de se integrar na equipa**

Cumprir as normas do serviço/instituição;  
Mantém aceitação e integração na equipa.

**Contribui para o trabalho em equipa**

Procura nos membros da equipa, apoio e respostas adequadas;  
Colabora com os membros da equipa, quando solicitado, nas tarefas da sua competência.

**Estabelece relações interprofissionais construtivas**

Aplica conhecimentos sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes;  
Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar mantendo relações de colaboração;  
Valoriza os papéis e capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social;  
Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao indivíduo;  
Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.

**Utiliza os recursos materiais adequadamente**

Utiliza os recursos materiais tendo em consideração os gastos;  
Colabora na manutenção do material utilizado;  
Utiliza o material de acordo com as normas instituídas.

**3. Responsabilidade**

**Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções**

Aceita as orientações que lhe são dadas, desde que devidamente fundamentadas;  
Assume as falhas que comete;  
Concretiza os compromissos assumidos ou justifica, com fundamento, a não concretização.

**Reconhece os limites do seu papel e da sua competência**

Identifica as competências adquiridas ou desenvolvidas;  
Não coloca em risco o indivíduo, quando não tem a certeza do que fazer;  
Quando não sabe algo sobre aspectos teórico/práticos, pergunta sempre e/ou efectua pesquisa.

**Assíduo**

**Pontual**

Cumprir os horários estipulados para cada turno;  
Justifica os esporádicos atrasos verificados na chegada ao serviço;  
É assíduo, considerando as regras da Universidade neste assunto.

**4. Respeito pelos princípios éticos e legais**

**Exerce de acordo com o Código Deontológico**

Desenvolve o seu trabalho tendo em consideração o Código Deontológico.

**Respeita o direito à privacidade**

Não interfere na vida privada do indivíduo e família;  
Abstém-se de conselhos e opiniões relativamente à vida privada do indivíduo, excepto se estiver relacionado com o processo terapêutico;  
Não compromete a segurança, a privacidade ou a dignidade do indivíduo na prática dos cuidados.

**Respeita o direito ao consentimento informado**

Respeita o direito do indivíduo ao acesso à informação;  
Obtém o consentimento informado, livre e esclarecido para a prestação de cuidados de enfermagem, de acordo com o grau de competência do indivíduo, considerando as possibilidades do consentimento explícito, implícito, presumido ou substitutivo.

**Respeita o sigilo profissional**

Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional;  
Divulga e comenta apenas as informações com interesse terapêutico e apenas com os elementos directamente implicados no processo terapêutico.

**Respeita as crenças e valores**

Respeita as crenças religiosas e os valores culturais do indivíduo e família;  
Providência apoio religioso sempre que o indivíduo solicite.

**Respeita a autonomia do doente**

Respeita as escolhas do indivíduo referentes aos cuidados de enfermagem e de saúde.

**Actua de acordo com a legislação aplicável**

Pratica os cuidados de enfermagem de acordo com a legislação e as normas instituídas.

**5. Desenvolvimento profissional****Interesse na aquisição de novos conhecimento teóricos e práticos**

Demonstra interesse na aquisição de novos conhecimentos teórico/práticos.

**Demonstra iniciativa e criatividade**

Perante situações novas, tenta controlar as condições, apresentando soluções plausíveis; Não espera que lhe digam sempre o que fazer, solicitando supervisão para a execução.

**Demonstra capacidade de análise e reflexão**

Tem sentido crítico sobre as atitudes profissionais que observa nos outros elementos da equipa; Tem sentido crítico sobre os procedimentos técnico/científicos adoptados no serviço;  
Detecta necessidades de formação a nível pessoal e/ou de serviço.

**Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem**

Adopta uma postura que dignifica a imagem do profissional de enfermagem;  
Cumprir as normas de fardamento instituídas.

**Promove a qualidade de cuidados prestados**

Defende a qualidade da prática de enfermagem utilizando na sua avaliação indicadores válidos; Participa em acções de formação que contribuem para a melhoria dos cuidados;  
Faz uma revisão regular das suas práticas para a melhoria dos cuidados prestados.

**Demonstra capacidade na comunicação oral e escrita**

Utiliza linguagem adaptada ao contexto em que se encontra; Elabora registos de enfermagem adequadamente.

**N  
O  
T  
A  
S  
:**

A avaliação é, necessariamente, contínua. Logo, a avaliação de cada item acima referido deve ter em conta o conjunto da prática ao longo de todo o estágio e não apenas os incidentes críticos, tanto os positivos quanto os negativos.

É verdade que alguns estágios são “de curta duração”. Mesmo nesses, contudo, pensamos que será possível ficar com uma ideia do modo como o aluno se comporta no que se refere à concretização de cada um dos itens.

A coluna chamada “não exequível” só deverá ser utilizada nos casos em que o Aluno não teve oportunidade, por questões do Serviço, de dar cumprimento a determinado item. Contudo, esperamos/solicitamos que esta opção seja feita o menor número de vezes possível, já que tal situação provoca, de maneira particular, injustiças relativas. Sempre que um aluno não atinja determinado objectivo, apesar de ter tido possibilidade de o fazer, a classificação não poderá ser considerada “não exequível”, mas má ou insuficiente.

Consideramos que as situações de avaliação de Mau e Excelente são extremas. Acreditamos que o estadió do Aluno só em situações muito excepcionais será de “excelente”. E esperamos que nenhum aluno se encontre, em estágio, no estadió de “mau”.

Anexo III  
Cronograma de Gantt



Anexo IV

Questionário “Conhecimento dos alunos sobre cancro do testículo e auto-exame – intervenções de enfermagem na consulta de vigilância.”

Filipe André Baptista Lopes



## **Questionário**

Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto-Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância

**Universidade Fernando Pessoa**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**

**Porto, 2014**

Antes de iniciar o preenchimento do questionário deve ler esta informação atentamente.

Filipe André Baptista Lopes, a frequentar o 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a elaborar um estudo científico, cujo tema é “Conhecimento dos alunos sobre Cancro do Testículo e Auto-Exame- Intervenções de Enfermagem na consulta de vigilância”, com o intuito de verificar os conhecimentos dos alunos em relação à auto-vigilância do testículo e prevenção do Cancro do Testículo.

Para este efeito solicita-se a sua colaboração através do preenchimento deste questionário que permitirá obter informações relevantes para a conclusão do estudo. Este questionário é anónimo, os dados nele contidos são absolutamente confidenciais e não serão usados para outro fim que não o estudo em causa.

O questionário é composto por 10 perguntas e tem uma duração aproximada de 10 minutos.

Grato pela colaboração.

O Aluno

---

Filipe André Baptista Lopes

# Questionário

## Parte I

**Sexo:**

- Masculino       Feminino

**Idade:** \_\_\_\_\_

## Parte II

1. Frequentou o Ensino Clínico de Enfermagem Intervenção Familiar e Comunitária (ECEIFC II)?

- Sim       Não

2. No ECEIFC II o tema “Auto-exame” do testículo foi abordado, nas consultas de Enfermagem?

- Sim       Não

2.1. **Se respondeu não: ( pode assinalar mais que uma opção)**

2.1.1. Porque razão não era abordado?

- O(a) enfermeiro(a) não abordava esse assunto nas consultas.
- Por não considerar importante abordar este tema.
- Falta de conhecimento/preparação para abordar o tema.
- Não se sentir à vontade de abordar este tema, por pudor.
- Outra: \_\_\_\_\_

2.2. **Se respondeu sim:**

2.2.1. Com que frequência foi abordado o tema durante o ECEIFC II?

- Em todas as consultas
- Mais de metade das consultas
- Menos de metade das consultas

2.2.2. Em que consultas de vigilância saúde? **(Pode assinalar mais que uma opção)**

- Saúde Infantil/Juvenil
- Saúde Adulto
- Saúde do Idoso
- Planeamento Familiar (Masculino)
- Outra: \_\_\_\_\_

3. Em relação ao Auto-Exame do Testículo:

3.1. Sabia da sua existência?

- Sim
- Não

4. A informação disponível acerca da importância do auto-exame do testículo é:

Muito Boa	Suficiente
Boa	Insuficiente

5. Com que frequência se deve realizar o Auto-Exame do Testículo?

- Todos os dias
- Semanalmente
- Mensalmente
- Semestralmente
- Anualmente
- Não sei

6. O auto-exame do testículo tem como finalidade:

- Verificar se existem alterações na massa testicular.
- Verificar a presença do cordão espermático.
- Verificar a necessidade de fazer medicação.
- Verificar a presença do epidídimo.
- Não sei

7. Como deve ser realizado o auto-exame do testículo? (**Assinale com uma “X” a resposta que acha correcta**)

		Sim	Não	Não sabe
7.1	Deve ser realizado antes do banho.			
7.2	Deve ser realizado após o acto sexual.			
7.3	Não deve ser realizado em frente ao espelho.			
7.4	É importante examinar o contorno, tamanho e consistência.			
7.5	Deve ser realizado, usando o polegar e o segundo dedo em “pinça”, em cada um dos testículos, fazendo movimentos ondulatórios.			

7.6	A palpação deve ser rigorosa em toda a extensão do testículo, pois é com facilidade que se palpa o epidídimo.			
-----	---	--	--	--

### Parte III

**Por favor, responda às questões que se seguem, assinalando com o “X” a resposta que acha que mais se aplica, usando a seguinte escala de classificação.** (1= Discordo totalmente; 2= Discordo; 3= Nem de acordo, Nem desacordo; 4= Concordo; 5= Concordo totalmente).

8. Em relação ao cancro do testículo:

		1	2	3	4	5
8.1	Um das consequências é a infertilidade.					
8.2	Tem uma elevada taxa de cura.					
8.3	Taxa de prevalência do CT inferior a 1,5% de todos os cancros no homem					
8.4	A exposição às radiações do telemóvel diminui a probabilidade ao aparecimento de CT.					
8.5	O CT é mais comum em pessoas com antecedentes de criptorquidia (não descida do testículo da cavidade abdominal para o escroto).					

9. Quais os sintomas mais comuns no Cancro do Testículo? **(Pode escolher mais que uma opção)**

- Cefaleias
- Dor lombar
- Sensibilidade peitoral
- Dor Inguinal
- Não sei

10. Qual a idade mais comum para a manifestação do Cancro do Testículo?

0-17 anos

18-40anos

>40anos

Não sei