

Eugénia Maria Ribeiro dos Santos

VIVÊNCIAS SEXUAIS DO DOENTE PROSTATECTOMIZADO RADICAL

Universidade Fernando Pessoa
Porto, Outubro de 2011

Eugénia Maria Ribeiro dos Santos

VIVÊNCIAS SEXUAIS DO DOENTE PROSTATECTOMIZADO RADICAL

Universidade Fernando Pessoa
Porto, Outubro de 2011

Eugénia Maria Ribeiro dos Santos

VIVÊNCIAS SEXUAIS DO DOENTE PROSTATECTOMIZADO RADICAL

Eugénia Maria Ribeiro dos Santos

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
Como parte dos requisitos para obtenção do grau de
licenciada em Enfermagem

SUMÁRIO

A prostatectomia radical assumiu-se como a terapêutica de eleição do carcinoma localizado da Próstata nos homens. É abordado neste estudo, de tipo descritivo e de cariz quantitativo, as vivências sexuais dos doentes que foram submetidos a esta cirurgia.

Salienta-se a importância da abordagem da função sexual com o doente antes e após a cirurgia.

Dentro das complicações cirúrgicas mais comuns, destaca-se a disfunção erétil, situação bastante penalizadora para quem descobriu que possuía um cancro e que depois foi sujeito a uma cirurgia acarretando algumas consequências que podem ser muito perturbadoras.

Ainda no internamento, a falta de informações e/ou ensino em relação às consequências e possíveis estratégias a adoptar para alterações sexuais são evidentes, é necessário mais apoio psicológico ao doente.

Palavras chave: Cancro, prostata, prostatectomia radical, sexualidade

ABSTRACT

Radical prostatectomy was assumed as the treatment of choice for localized prostate cancer in men. It is addressed in this study, the sexual experiences of patients who underwent this surgery .

Stresses the importance of sexual function approach with the patient before and after surgery.

Among the most common surgical complications , there is erectile dysfunction , a

situation quite found that penalizes those who had cancer and then was subjected to surgery resulting in some consequences that can be very disturbing.

Still in hospital , lack of information and /or teaching about the consequences and

possible strategies to sexual changes are evident , you need more psychological

support to the patient.

keywords : cancer, prostate, radical prostatectomy, sexuality

“Quem não sabe o que procura
Não entende o que encontra”

Hans Selye

Agradecimentos:

A todos aqueles que me ajudaram e incentivaram, o meu
Muito obrigado

À professora Júlia Rodrigues, por me ter orientado neste estudo
E também à Docente Manuela Pontes

INDICE

O-INTRODUÇÃO	13
I. FASE CONCEPTUAL.....	16
1.1-FUNDAMENTAÇÃO DO PROBLEMA	16
1.2- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	17
1.3 OBJECTIVOS	17
1.4-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
1.4.1- Sexualidade Humana	18
1.4.2- Cancro da Próstata	19
1.4.2.1- Meios de diagnóstico.....	20
1.4.2.2- Estadiamento e Diferenciação do cancro da Próstata.....	21
1.4.2.3- Factores de risco e Sintomas	21
1.4.2.4- Tratamento	22
1.5- ESTUDOS NO ÂMBITO DO TEMA.....	22
II-FASE METODOLÓGICA	25
2.1- MEIO.....	25
2.2- TIPO DE ESTUDO	25
2.2.1- Variáveis	26
2.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
2.4- TÉCNICA DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	29
2.5- QUESTÕES ÉTICAS.....	30
2.6- PREVISÃO DE RECOLHA, ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	31
III. FASE EMPÍRICA	33
3.1 – APRESENTAÇÃO DA DADOS	33
3.1.1 - Caracterização da amostra	33
3.1.2 -Informação e caracterização da sexualidade no pré-operatório.....	38
3.1.3 -Informação e caracterização da sexualidade no pós-operatório	41
3.2 -DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	46
IV-CONCLUSÃO	49
BIBLIOGRAFIA	51

ANEXOS

ANEXO I- Pedido de autorização, ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Hospital Padre Américo, para a colheita de dados

ANEXO II- Consentimento informado fornecido ao doente questionado

ANEXO III- Instrumento de colheita de dados, questionário

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 – Distribuição numérica em relação á residência.....	36
Gráfico nº2 – Distribuição numérica em relação á data da cirurgia.....	38
Gráfico nº 3- Informação ao doente no pré-operatório	39
Gráfico nº 4- Alterações sexuais no pré-operatório	40
Gráfico nº5- Alterações sexuais após a cirurgia.....	41
Gráfico nº6 - Informação e/ou ensino, no internamento, sobre o impacto da cirurgia na sexualidade.....	43
Gráfico nº7 – Alteração na função sexual após a cirurgia.....	43
Gráfico nº8- Outros problemas de saúde.....	44
Gráfico nº9- Medicação para combater eventual disfunção erétil.....	45

INDICE DE GRÁFICOS COM TABELA

Gráfico com tabela nº1 – Distribuição numérica segundo a idade.....	33
Gráfico com tabela nº 2- Distribuição numérica por estado civil.....	34
Gráfico com tabela nº3- Distribuição numérica por escolaridade.....	35
Gráfico com tabela nº 4 - Distribuição numérica segundo a situação profissional	37
Gráfico com tabela nº 5- Comparação das alterações sexuais no pré e pós-operatório	42

O --INTRODUÇÃO

Toda a profissão tem por base um corpo de conhecimentos científicos, ao qual, só é possível chegar, através da investigação. Então, a investigação gera, inevitavelmente, novos conhecimentos que irão ser o suporte conceptual de qualquer profissão. É, pois, segundo esta perspectiva que a investigação assume particular importância para que a enfermagem se desenvolva, tendo em vista novos saberes, novos comportamentos, novos caminhos e novas actuações, na tentativa de se evoluir para a melhoria da sociedade.

Nesta medida, a investigação em enfermagem representa uma prioridade como parte essencial da formação profissional e procura, acima de tudo os processos e os resultados da acção dos cuidados personalizados sobre a saúde, utilizando estes conhecimentos para estruturar um sistema equitativo, universal, participativo, evolutivo e eficaz, que satisfaça as necessidades de saúde das populações.

Como parte integrante do plano de estudo do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem 2010/2011 da Universidade Fernando Pessoa, faz parte a elaboração de um Projecto de graduação com o objectivo de proporcionar aos alunos uma oportunidade para desenvolver a metodologia de investigação, desenvolver técnicas de elaboração de instrumentos de recolha de dados e ainda dar cumprimento a um item da avaliação da unidade curricular de Investigação I do referido curso.

O tema sobre o qual se debruça o presente estudo, é a vivência sexual do doente prostatectomizado radical (PR). Na sociedade contemporânea, a palavra cancro é das mais assustadoras, principalmente porque é uma doença que aparece ligada ao que não tem cura, mutilação, ao sofrimento e á morte. E, apesar de todos os avanços científicos e tecnológicos e de toda a evolução dos meios de diagnóstico e terapêuticos, o cancro Continua a assustar e ameaçar a vida daqueles que atinge, interferindo no seu bem-estar físico, psicológico, bem como na sua vida familiar, social e profissional.

Próstata é uma palavra que atemoriza os homens a partir de certa idade. Quando lhe dão atenção, às vezes é demasiado tarde e o cancro já se instalou. Depois, pode ser

tempo de cirurgia (PR), e com ela de perturbações sexuais: a ejaculação acaba, os orgasmos não, mas uma erecção pode ser difícil de conseguir. Porém, o sexo não tem de acabar.

A disfunção erétil é uma situação bastante penalizadora para quem já sofreu a angústia de saber que possuía um cancro, que depois sofreu as dores pré e pós-operatórias e que pode ainda estar sujeita a perturbações urinárias decorrentes da cirurgia. Para um homem saber que o sexo já não termina em ejaculação pode ser suficientemente dramático. Mas saber que poderá ter dificuldades em conseguir ou manter uma erecção é, sem dúvida, demolidor.

Nesta perspectiva é que a PR poderá interferir nas várias facetas da vida do homem, como o conceito que tem de si, na imagem que tem do seu corpo, podendo influenciar também a sua auto-estima.

Por todos estes motivos sentiu-se necessidade de conhecer o mundo de experiências vividas a nível sexual, após o doente ter sido submetido a PR. Lembra-se assim que:

“A enfermagem como ciência tem o objectivo de compreender os indivíduos que são cuidados, através da interpretação das experiências vividas, não só para melhor os conhecer, mas também para saber como intervir” (Lynch-Sauer,1985).

Para a concretização do estudo delimitaram-se os seguintes objectivos:

- Conhecer as vivências sexuais do doente PR
- Identificar comportamentos sexuais do doente PR antes e depois da cirurgia.
- Conhecer estratégias que os doentes PR adoptam relativamente á sua sexualidade.

O tipo de estudo foi um estudo essencialmente descritivo e com abordagem quantitativa e qualitativa, que reflectem o tema e os objectivos delineados e o instrumento de colheita um questionário com resposta semi-aberta.

A nível organizativo, o trabalho encontra-se estruturado em três capítulos centrais, que por sua vez estão decompostos em diferentes subcapítulos. O primeiro capítulo diz respeito á fase conceptual do projecto, onde se abordam a definição do problema, questões de investigação, objectivos, revisão bibliográfica e estudos no âmbito do tema. No segundo capítulo é apresentada a fase metodológica da investigação onde se incluiu o meio, o tipo de estudo e método de investigação, população e amostra, técnica de recolha de dados e questões éticas e na última fase é a fase empírica com recolha, análise e apresentação dos resultados.

Tratou-se de uma tarefa difícil, devido à pouca experiência da metodologia de investigação, aos escassos recursos, essencialmente de tempo, provocados pela data limite de entrega do trabalho.

Só foi exequível através de uma constante consulta bibliográfica e pela utilização dos conhecimentos adquiridos nas aulas de investigação do curso de complemento em enfermagem.

I- FASE CONCEPTUAL

“Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado” (Fortin, 2009 p.48).

O tema referente a este estudo é as “vivências sexuais do doente prostatectomizado radical”

1.1-FUNDAMENTAÇÃO DO PROBLEMA

Em Portugal, o cancro da próstata é o tipo de cancro mais frequente no homem, existem aproximadamente 4.000 novos casos/por ano. É responsável por, cerca de 10% da mortalidade por cancro e estima-se que um em cada seis homens terá diagnóstico de cancro da Próstata ao longo da sua vida. A evolução da ciência e tecnologia permitiu que a cirurgia seja curativa na maioria dos casos (dependendo do estadiamento do cancro). Por se tratar do aparelho reprodutor masculino, têm associado diversos tabus e medos que muitas vezes são responsáveis pela não adesão ao autocontrole e isolamento social.

É fundamental, considerar:

“ O homem como um todo ao tratar o cancro da Próstata. Os profissionais de saúde precisam de considerar o impacto do cancro da Próstata no homem como um todo, em vez de se concentrarem no cancro isoladamente”. (Glina, S. 2009)

Uma das conclusões de um estudo internacional, apresentado no Congresso Europeu de Urologia que decorreu em Barcelona, é que existe uma clara necessidade de ajudar e apoiar emocionalmente um homem com cancro da Próstata. É muito importante, pois a maioria dos homens (78%) considera que a sua vida sexual foi afectada negativamente pelo cancro da Próstata.

Glina, Sidney (2009) acrescenta que a prostatectomia radical interfere na função sexual masculina, não se podendo tratar apenas o cancro mas é preciso conhecer o

impacto na sexualidade e atender às suas consequências, como sejam, a alteração do desejo sexual, impossibilidade definitiva de ejaculação e disfunção eréctil.

No exercício de funções no serviço com doentes do foro urológico, observou-se e constatou-se que nem sempre estes doentes recebiam informação adequada em relação às consequências da cirurgia e sentiam a falta de apoio emocional. Estas foram as razões da escolha, pois entendeu-se ser este um tema pertinente e que vai de encontro a uma das necessidades no atendimento destes utentes do serviço em que se desenvolve a actividade profissional.

1.2- QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

“Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações”(Fortin, 2009 p.51)

A pergunta de partida, deste estudo é a seguinte: “ que vivências sexuais têm o doente PR?. Nesta questão, procurou-se conhecer e compreender a realidade de como vive o doente após uma “mutilação” física, psíquica e social, essencialmente dirigida á sua sexualidade. Levantaram-se outras questões, pertinentes para este tema:

- - Quais as vivências sexuais do doente, antes e depois da cirurgia?
- -Que estratégias adoptam os doentes PR relativamente á sua sexualidade?

1.3- OBJECTIVOS

Num estudo de investigação são fundamentais os objectivos. Segundo, (Freixo, M. 2010 p.164) “ No quadro de uma investigação, o termo objectivo equivale-se pelo facto de traduzir o porquê do estudo”.

Delimitaram-se para este estudo os seguintes objectivos:

- -Conhecer as vivências sexuais do doente PR.

- - Identificar comportamentos sexuais do PR antes e depois da cirurgia.
- - Conhecer as estratégias que os doentes PR adoptam relativamente á sua sexualidade.

1.4-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

“A revisão da literatura consiste no desenvolvimento de um texto que sintetiza e integra contributos de diferentes autores sobre a matéria em estudo, estabelecendo ligações entre eles e expondo a problemática comum” (Freixo, M.2010,p.160).

Aprofundaram-se conhecimentos teóricos em duas áreas primordiais do tema de estudo: Sexualidade humana e Prostatectomia radical, este último inserido no cancro da Próstata como possível tratamento.

1.4.1- Sexualidade Humana

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sexualidade é definida como uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e as vezes amor.

A sexualidade pode ser abordada por diversos aspectos, dada a sua complexidade e importância em todas as dimensões da vida humana. A sexualidade humana e mesmo a anatomia sexual humana fazem parte da herança biológica do homem. Como a própria teoria da evolução indica, o sexo é anterior ao aparecimento do homem e, portanto, não foi por ele inventado. No entanto, entre os homens, o acto transformou-se num fenómeno singular, que só nas últimas centenas de anos começou a ser estudado de modo mais objectivo, particularmente com o desenvolvimento das ciências empíricas, como a medicina e a psicologia, e com o enfraquecimento da crença nas religiões e nos códigos morais.

Quando se fala da sexualidade não se pode confundir os termos do instinto de desejo, de pulsão, e de necessidade. A introdução do conceito de pulsão para analisar a sexualidade permite-nos compreender que esta tem uma evolução desde o nascimento

até ao desenvolvimento da sexualidade genital. A tese sobre pulsão nasceu com Freud como definiu no seu livro pulsão sexual como:

“ Pressão interna cujo objectivo, ao contrário do instinto, não é biologicamente predeterminado e admite formas de satisfação variáveis (especialmente as ligadas às zonas erógenas), porem é susceptível de acompanhar as actividades mais diversificadas nas quais se apoiam.”(Freud, S. 1979)

O acto físico, praticado para aliviar tensões corpóreas ou para reprodução, ao longo dos anos transformou-se numa área básica para a moralidade a ate mesmo para a forma de organização das sociedades, como pontua Edgar Gregerson (1983,pág3): “Numa distância ainda maior da biologia, ele gerou temas que passam através da religião e da arte, e assim participa de sistemas simbólicos excessivamente complexos. “

De seguida, optou-se por fazer uma breve abordagem sobre sexualidade e imagem corporal.

A imagem corporal é uma percepção pessoal que cada pessoa tem de si própria, variando por influência de vários factores, nomeadamente sócio culturais e psicológicos. Qualquer alteração que se verifique na estrutura, função ou aparência requer um reajuste á imagem que o indivíduo tem de si próprio. Pode-se considerar que a imagem corporal é uma experiencia interpessoal do corpo, onde são também incluídas as atitudes e os sentimentos da pessoa. Os cancros na sua globalidade, sobretudo os do foro ginecológico e urológico, parecem ser aqueles que mais consequências trazem para as funções sexuais feminina e masculina, não só pela própria patologia mas também pelos tratamentos. Estas terapêuticas podem influenciar a percepção que o doente tem da sua imagem corporal. As neoplasias que causam disfunções (cancro da Próstata) podem ter repercussões numa vida de relação como é a do casamento, com consequente desconforto e diminuição do bem-estar e da qualidade de vida de ambos os conjuges. Archer, L.(1999)

1.4.2- Cancro da Próstata

A Próstata é uma glândula ímpar, do tamanho de uma noz e pesando cerca de vinte gramas, que faz parte do aparelho reprodutor masculino. Encontra-se situada na parte inferior do abdómen, debaixo da bexiga urinária. Rodeia a parte inicial da uretra e devido a esta disposição, se aumentar de tamanho pode dar lugar á obstrução do fluxo de urina.

As suas funções são: secreção do liquido Prostatico, que faz parte do liquido seminal, veículo e transporte dos espermatozóides. O líquido prostático contribui para diluir a secreção testicular, aumenta a motilidade espermica e neutraliza a acidez da urina na uretra.

O cancro da Próstata é um tumor maligno que consiste no crescimento desorganizado e não controlado das células da Próstata. O cancro da Próstata, ao contrário de outras formas de cancro, tende a ser de evolução lenta, podendo no entanto vir a disseminar-se a outros órgãos e tecidos, nomeadamente aos ossos, gânglios linfáticos e posteriormente ao pulmão e fígado. È um dos cancros mais frequentes no homem, mais comuns nos homens acima dos cinquenta anos de idade.

”Mais de 80% de todos os casos de doença são diagnosticados em homens com mais de sessenta e cinco anos de idade, com uma idade média de diagnóstico de setenta e dois anos. A mortalidade causada pelo cancro da Próstata diminui após os oitenta anos de idade, mas este facto deve-se possivelmente a outras de morte”. (Fitzpatrick, k 2002,p.39)

Pelo contrário as taxas de sobrevivência de cancro da Próstata em doentes antes dos cinquenta e cinco anos de idade são mais baixas.

1.4.2.1- Meios de diagnóstico

O cancro da Próstata pode ser diagnosticado através de um conjunto de procedimentos a realizar anualmente a partir dos cinquenta anos ou nos grupos de risco a partir dos quarenta anos. Um dos métodos utilizados é a palpação digital da Próstata, ou toque rectal. Trata-se de um teste rápido e seguro, habitualmente a cargo dos médicos urologistas: ” No entanto, não permite diagnosticar todos os casos de tumor,

sobretudo os tumores mais pequenos confinados ao interior da glândula” (Ellsworth, P. 2003)

A medição do PSA (antigénio específico da Próstata), teste simples laboratorial que consiste na determinação do PSA no sangue. O PSA é uma proteína produzida pela Próstata e que atinge concentrações elevadas no sangue dos homens com cancro da Próstata. Os níveis elevados de PSA no sangue não significam necessariamente a existência de cancro como pode também significar a existência de infeções e inflamações da Próstata. O único método para afirmar o diagnóstico do cancro da Próstata, passa pela realização de uma biopsia. Veiga, C.(1997)

1.4.2.2- Estadiamento e Diferenciação do cancro da Próstata

A classificação clínica do cancro da Próstata pode ser feita através do sistema TNM (tumor primário, gânglios linfáticos regionais e metástases á distancia). Existem vários sistemas de diferenciação histológica para o cancro da Próstata baseados no grau de diferenciação glandular, atipia citológica e anomalias nucleares. O sistema de Gleason, que é o mais extensamente utilizado, fornece um dos mais utilizados indicadores clínicos da probabilidade de progresso da neoplasia. Veiga, C.(1997)

1.4.2.3- Factores de risco e Sintomas

Os principais factores de risco são: - influência da raça, a incidência do cancro da Próstata clínico varia grandemente por todo o mundo, com taxas mais elevadas a serem registadas na Europa Ocidental e na América do Norte, as mais baixas na Ásia Oriental e taxas intermédias em África – Influência da dieta, o consumo aumentado de gorduras saturadas e carne vermelha pode aumentar a incidência da cancro da Próstata. Risco ocupacional, o risco de cancro da Próstata pode estar aumentado em homens que trabalham com cádmio, ou na indústria de energia nuclear. – Predisposição genética, um indivíduo com um familiar com cancro da Próstata pode estar mais propenso a desenvolver, também a cancro. – Idade, homens com mais de cinquenta e cinco anos de idade. Fitzpatrick, K.(2002)

Nas primeiras fases, o cancro da Próstata não costuma ocasionar qualquer sintoma. Quando está mais avançado, apresentam-se perturbações na micção, tais como desejos frequentes de urinar, urinar às pingas, passando ainda pela dificuldade em atingir a erecção. Num estágio mais avançado o doente pode referir dores ósseas, essencialmente na bacia.

1.4.2.4- Tratamento

“ Quando é diagnosticado precocemente, o tratamento mais adequado é a extracção do tumor e vesículas seminais. Se esta solução já não for viável, tem de se recorrer a outros métodos: o mais utilizado é a administração de estrógenos.” (Veiga, C. 1997)

A intervenção cirúrgica, Prostatectomia Radical, pode ter efeitos secundários associados, como a disfunção erétil ou a incontinência urinária. No entanto, com a melhoria progressiva das técnicas cirúrgicas, estas complicações têm vindo a reduzir-se progressivamente. Pode também, recorrer-se á radioterapia, que consiste na aplicação de radiação para tratar o tumor. Quando o cancro é detectado numa fase mais avançada, utiliza-se a terapêutica hormonal. O tratamento hormonal consiste no bloqueio da produção dos androgénios, dos quais o tumor se alimenta, através de medicamentos.

A Prostatectomia radical é a remoção total da Próstata, o que implica o bloqueio das vias seminais, aquelas por onde passam os espermatozóides. O homem deixa de ter ejaculação, frequentemente fica com disfunção erétil e incontinência urinária.

“Disfunção erétil é a incapacidade em obter ou manter uma erecção que permita uma relação sexual satisfatória. O tratamento desta disfunção pode consistir em várias terapêuticas, como sejam os fármacos, injeções intra-cavernosas penianas, aparelho de vácuo ou a cirurgia - prótese peniana”. (Fitzpatrick, K. 2002)

1.5- ESTUDOS NO ÂMBITO DO TEMA

Durante a pesquisa bibliográfica encontraram-se vários estudos, muito interessantes e completos com a mesma temática. Um dos estudos, é de uma dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, no Instituto de ciências biomédicas Abel

Salazar, em 2010, com o tema: “O homem portador de carcinoma da Próstata uma transição no masculino”. O estudo realizado, por Carvalho desenvolveu-se numa abordagem qualitativa e de raciocínio indutivo, utilizando como instrumento de colheita de dados a entrevista a doentes internados e tem como principais conclusões a falta de informação e apoio emocional que o doente sente durante e internamento e pós-operatório.

Outro estudo, este internacional, apresentado no Congresso Europeu de Urologia, que decorreu em 2010 na cidade de Barcelona, com o título “ Considerar o homem como um todo ao tratar o cancro da Próstata.”, revela que os doentes PR necessitam de mais e melhor informação para desempenhar um papel nas decisões sobre o seu tratamento. O inquérito, que consistiu num questionário on-line, envolveu 624 homens com cancro da Próstata e foi realizado em oito países. Uma das conclusões deste estudo é que existe uma clara necessidade de ajudar e apoiar emocionalmente um homem com cancro da Próstata.

O impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens com cancro da próstata foi em estudo efectuado por Cristina Vieira (2009), é um estudo exploratório da qualidade de vida. Foram estudados 52 pacientes antes e após a cirurgia, através de entrevista e questionário genérico de qualidade de vida e tem como principal conclusão que o sofrimento emocional e ambivalência antes da PR estão relacionados ao desempenho sexual, visto que a virilidade é um dos aspectos que compõe as representações de masculinidade.

Num artigo de Koeman e tal (1999) foi avaliada a capacidade de experimentar orgasmo em 20 doentes submetidos a PR, através de uma entrevista e questionário. A diminuição do prazer da libido e excitabilidade foi referida na maioria dos doentes, em cerca de 70%.

R. Messaoudi, J. Menard, H. Parquet, T. Ripert, F. Staerman (2010) , realizaram um estudo observacional da sexualidade pós-operatório (PR) através de um questionário a 64 doentes que eram sexualmente activos antes da PR. Concluíram que a PR afectou o

orgasmo, a erecção e a libido. Estas várias mudanças na vida sexual acarretam um forte impacto psicológico.

Destaca-se, ainda um estudo experimental realizado na Noruega (2003) por Fagermoen M.S., Hamilton G., que comparam a percepção de doentes antes e após a revisão de procedimento para melhorar as informações fornecidas aos doentes submetidos á PR. Concluiu-se que prover informações escritas e combiná-las com informações orais resultam em significativa contribuição relativamente á alta bem planeada e ao auto cuidado do doente.

II-FASE METODOLÓGICA

Esta temática devido á sua relevância levou á formulação de vários subcapítulos tendo por base a orientação de autores sobre o seu conceito.

“ O método científico é o método mais sofisticado de aquisição de conhecimentos criado pelo ser humano. Ele combina aspectos do raciocínio lógico com outros para criar um sistema de solução de problemas que, embora falível, merece mais confiança do que a tradição, a autoridade, a experiência ou a tentativa e erro, por si sós.” (Polit e Hungler, 1995).

Nesta fase do trabalho, pretendeu-se abordar aspectos relacionados com a metodologia a utilizar, em conformidade com os objectivos visados.

2.1- MEIO

Segundo (Fortin,2009,p.132):

“O investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha.” E continuando a mesma autora refere ser “...necessário assegurar-se que o meio é acessível e obter a colaboração e as autorizações necessárias das comissões de investigação e de ética.”

O local onde se realizou este estudo foi numa instituição de saúde da região do Porto, num serviço de especialidades cirúrgicas, maioritariamente urológico, pois está intimamente ligado ao tema.

2.2- TIPO DE ESTUDO

Há vários tipos de estudo, segundo(Gil 1991, p.155) “ È usual a classificação com base nos objectivos gerais, sendo assim possível classificar os estudos em três grandes grupos: exploratórios, descritivos e explicativos”.

A pesquisa descritiva, procura descobrir com precisão a frequência com que um fenómeno ocorre, a sua relação e conexão com outros, a sua natureza e as suas características. O estudo centra-se nos factos e fenómenos, especialmente do mundo

humano. Para o seu estudo, a pesquisa descritiva recolhe os dados do seu “habitat” natural, agrupa-os e regista-os de uma forma ordenada.

” Este método descritivo assenta em estratégias de pesquisa para observar e descrever comportamentos, incluindo a identificação de factores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular.”(Freixo, M.2010, p.106)

Assim optou-se por uma pesquisa descritiva para a análise e interpretação da realidade.

O método de investigação é o método quantitativo e qualitativo.

Segundo (Ferrari, 1982, p.241) “È o procedimento que consiste em aplicar os princípios, técnicas e métodos das ciências matemáticas dentro das ciências factuais.”

Acrescenta, (Freixo, M.2010, p.144):

“ Nos métodos quantitativos, a matemática surge como elemento essencial para se poderem medir os resultados.Com efeito, todos constatamos que o número permite: a precisão; uma maior objectividade; a comparação e a reprodução; a generalização para situações semelhantes; a inferência”.

Mas para referir vivências, o método qualitativo é o mais indicado.

Refere (Fortin, 2009, p.148):

“Na abordagem qualitativa, o investigador não se coloca como perito, dado de que é de uma nova relação sujeito-objecto que se trata. O investigador reconhece que a relação sujeito-objecto é marcada pela intersubjectividade.”

2.2.1- Variáveis

“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”(Fortin 2009).

“No que concerne ao seu relacionamento, as variáveis podem estar relacionadas entre si como estímulos e consequências ou por outras propriedades relacionadas em termos de hipóteses ou confirmações que possibilitem explicar os diversos processos de interação”. (Ferrari, 1982)

Para Fortin (2009) “Uma variável pode tomar diferentes valores para explicar graus, quantidades, diferenças, traduzindo em conceitos mensuráveis”.

Existem as variáveis atributo, são aquelas que caracterizam a amostra e as variáveis em estudo são aquelas que caracterizam a temática do estudo.

As variáveis atributo são: idade, estado civil, residência, escolaridade, data da cirurgia e situação profissional.

As variáveis em estudo são: informação pré-operatória, alterações sexuais no pré-operatório, alterações sexuais no pós-operatório, informação e/ou ensino no internamento sobre a sexualidade, outras patologias associadas e medicação para combater possível disfunção erétil.

Idade - Refere-se à população dos prostatectomizados radicais, com qualquer idade que tenham sido submetidos à cirurgia.

Estado civil – É a situação real em que o homem vive em termos de relacionamento conjugal e perante o registo civil.

Residência – Refere-se ao local onde habita, durante mais tempo.

Escolaridade – Refere-se ao mais alto grau académico obtido.

Data da cirurgia – Data de quando fez Prostatectomia radical

Situação profissional – Refere-se à profissão

Informação no pré-operatório – Foi definida através da informação que o cirurgião deu ao doente acerca da cirurgia, do impacto do tratamento e de toda a informação necessária antes da cirurgia.

Alterações sexuais no pré-operatório e pós-operatório - Foram avaliadas, antes e depois da cirurgia, a: dificuldade de erecção, dificuldade na ejaculação, prazer no acto sexual e apetite sexual.

Informação e/ou ensino no internamento sobre a sexualidade – definida se teve ou não.

Outras patologias associadas – avaliação de outros problemas de saúde, além do cancro da Próstata.

Medicação para possível disfunção erétil – definida se o doente toma ou não medicação para a disfunção erétil.

2.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA

Conceituando universo ou população, seguindo Lakatos e Marconi (1994, pág.223) “ È o conjunto de seres animados ou inanimados, que apresentam pelo menos uma característica em comum”.

A população que se pretendeu abordar nesta pesquisa, envolveu todos os prostatectomizados radicais numa instituição de saúde da região do Porto. A amostra compreendeu um total de dez doentes prostatectomizados radicais que frequentaram a consulta externa de urologia (durante o meses de Maio e Junho de 2011) da mesma instituição de saúde da região do Porto, com pelo menos dois a três meses de pós-operatório, pois considerou-se que o doente no pós-operatório imediato ainda está numa fase de convalescença e muito debilitado.

O método de amostragem será não probabilístico de escolha intencional e acidental.

” A amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”. (Fortin. 2009, p.208)

A escolha foi intencional, pois foi efectuada dentro daqueles meses e dias determinados, na consulta externa. Optou-se por um critério de selecção, o doente tem de saber ler e escrever. A amostra accidental foi formada por sujeitos que foram facilmente acessíveis e estavam presentes num local determinado, num momento preciso.

2.4- TÉCNICA DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

São várias as técnicas que podem ser utilizadas para recolha de dados, como o formulário, o questionário, a entrevista, observação etc.

Segundo (Gil 1991, pág.105):

” A elaboração de um instrumento de colheita de dados consiste basicamente em traduzir os dois objectivos específicos de pesquisa em itens bem rígidos atendendo a regras básicas para o seu desenvolvimento.”

O mesmo autor refere que: “È o utensílio para o investigador recolher informação válida e pertinente á realização do trabalho de pesquisa”.

A fim de obter dados que permitam atingir os objectivos deste trabalho de investigação, construiu-se um instrumento de colheita de dados: o questionário, com perguntas semi-abertas que foi aplicado de forma directa (quem pensa é quem escreve). O questionário é construído por um conjunto de questões apresentadas por escrito aos elementos da amostra e tendo como objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, situações vivenciadas e outras. Foi garantido o anonimato das respostas para que estas reflectam o que no momento julgarem mais conveniente, havendo maior liberdade nas respostas, não expondo o investigador á influência das opiniões e do aspecto pessoal do questionado. Sendo a sexualidade um tema envolto em

tabus, receios, timidez, vergonha e descartando a possibilidade de ferir a privacidade do doente, optou-se pelo questionário aplicado de forma directa, onde o doente o preencheu numa sala sozinho, contendo uma “urna” para colocação do questionário e respeitando os princípios da confidencialidade e anonimato. O questionário teve em todas as questões uma opção aberta para referir outras situações ou possibilidades que não estejam escritas.

Segundo Marconi (1990) “O pré teste consiste em testar o instrumento de pesquisa sobre uma pequena parte da população do universo da amostra antes de ser aplicado definitivamente”

A finalidade deste “pré-teste” é a de aferir a pertinência das questões, o que poderia evidenciar eventuais falhas existentes, como exemplo: perguntas supérfluas, questões que causem constrangimento ao questionado, ambiguidade ou linguagem inacessível, complexidade das questões, e outras.

Esta técnica de recolha de dados, foi testada antes da sua utilização definitiva, aplicou-se a dois doentes da população escolhida, com características semelhantes, mas nunca aquela que foi o “alvo” do estudo. Não foram detectadas falhas pelo que foi aplicado o questionário. O questionário serve para verificar três características importantes:

- Fidedignidade – qualquer pessoa que o aplique, obterá sempre os mesmos resultados.
- Validade – os dados recolhidos serão necessários á pesquisa.
- Operatividade Vocabulário acessível e significado claro. As perguntas devem ser formuladas de maneira clara, objectiva, precisa e linguagem acessível. (Gil, C.1986)

2.5- QUESTÕES ÉTICAS

“ A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. “ Fortin, (2009, pág.114).

Qualquer investigação feita junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. A própria escolha do tipo de investigação determina directamente a natureza dos problemas que se podem colocar. Na descrição dos fenómenos naturais, a responsabilidade do investigador no que concerne ao bem-estar do ser humano é menor. Todavia, para os outros aspectos da investigação, incluindo a maneira de suscitar a participação dos seres humanos, os problemas éticos estão presentes como nos métodos experimentais. O método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem, contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também lesar os direitos fundamentais das pessoas. (Vasquez, A.2005)

Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não pode ser ultrapassado, este limite refere-se ao respeito pelo indivíduo e á protecção do seu direito de viver livre e com dignidade enquanto pessoa humana. Se a investigação, pelos seus métodos de experimentação ou de colheita de dados, pelos conceitos estudados ou pela publicação de resultados, viola este direito ou de alguma forma lhe causa prejuízo, é moralmente inaceitável, tanto para os indivíduos como para o investigador ou para a comunidade na globalidade. (Vasquez, A. 2005)

Este trabalho visou directamente a pessoa doente, o que pode vislumbrar á partida questões morais e éticas. Assim foi necessário o parecer da Comissão de Ética da Organização. Efectuou-se um pedido de autorização, para aplicar a técnica de colheita de dados, ao Presidente do Conselho de Administração da instituição de saúde, e fez-se uma declaração de consentimento informado para o doente, garantindo o respeito rigoroso do anonimato e confidencialidade dos dados obtidos. Após a autorização do Conselho de administração e da comissão de ética foi aplicado o questionário.

2.6- PREVISÃO DE RECOLHA, ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

A tecnologia permite, actualmente analisar quantidades quase ilimitadas de dados. Por isso, após a recolha de dados, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados utilizando para o efeito o programa EXCEL. Desta forma fez-se uma análise estatística descritiva.

Os recursos materiais podem ser definidos como sendo “recursos necessários para as operações básicas da organização, seja para prestar serviços especializados, seja para produzir bens ou produtos” Chiavenato (1997)

Ainda segundo o mesmo autor, recursos humanos são” pessoas que ingressam, permanecem e participam da organização qualquer que seja o seu nível hierárquico ou a sua tarefa...”

Em relação aos recursos materiais, houve dispêndio monetário no material de papelaria, energia eléctrica e combustível, sendo este usado na pesquisa bibliográfica, na elaboração dos documentos e tratamento de dados e deslocações necessárias para os mesmos. Não foram contabilizados os gastos.

Finalmente, os recursos humanos compreendem: Enfermeira orientadora do estudo, enfermeiro da consulta externa onde se realizou o estudo assim como o enfermeiro chefe, a assistente administrativa e os médicos urologistas.

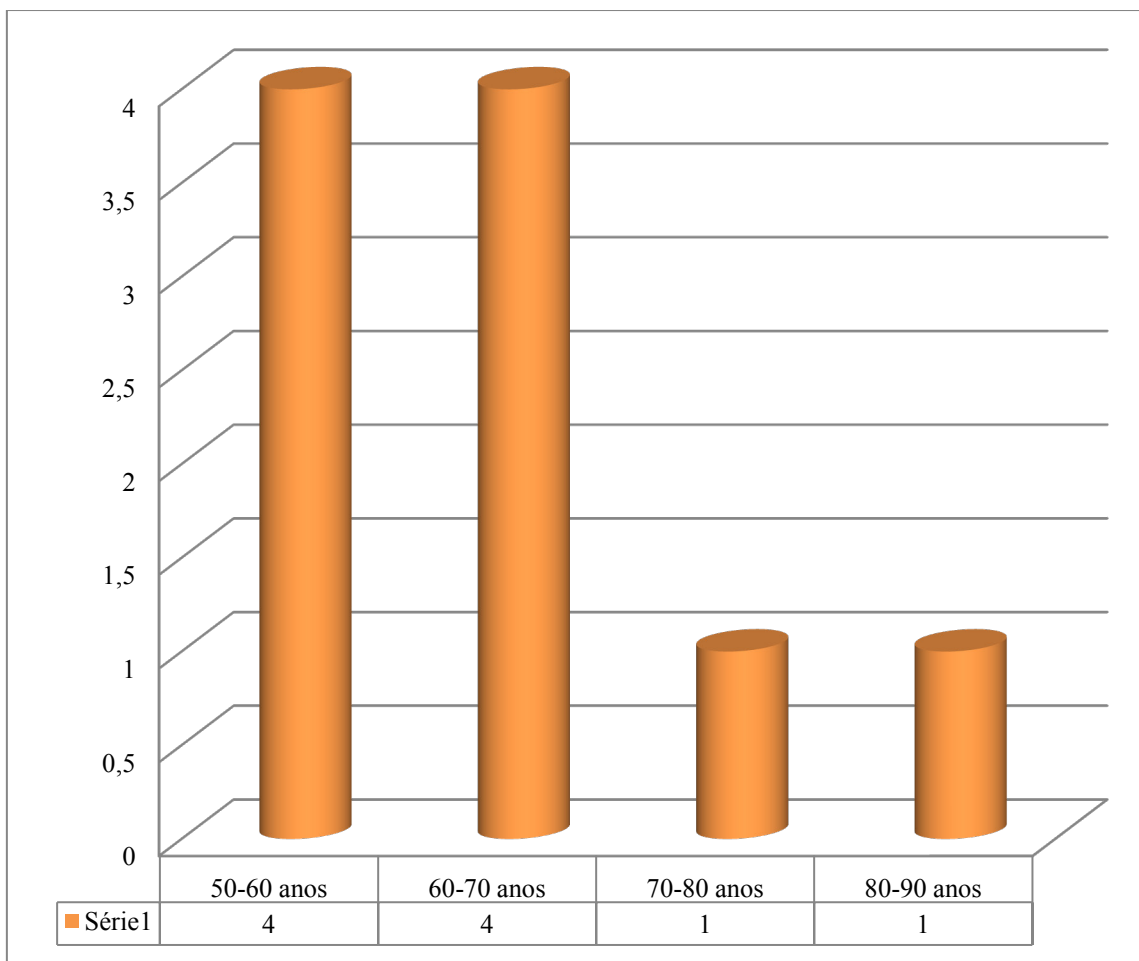
III. FASE EMPÍRICA

3.1 – APRESENTAÇÃO DA DADOS

O questionário foi aplicado a 10 doentes, que correspondem a Prostatectomizados radicais e que frequentaram a consulta externa, de Maio a Junho de 2011, da mesma instituição de saúde da região do Porto. A distribuição numérica é igual á percentagem, uma vez que o número total de questionados é igual a dez.

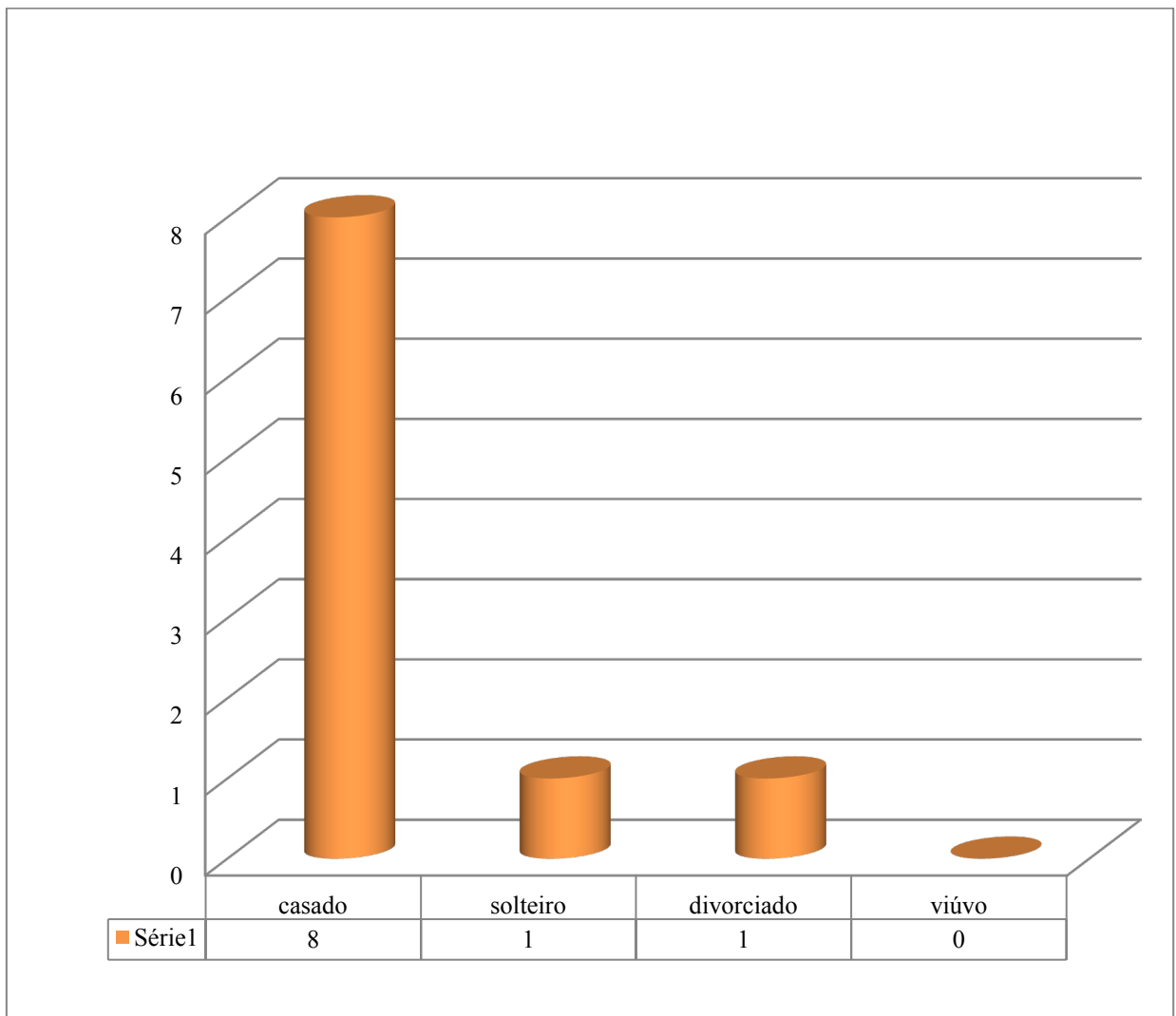
3.1.1 - Caracterização da amostra

Gráfico com tabela nº1 – Distribuição numérica segundo a idade



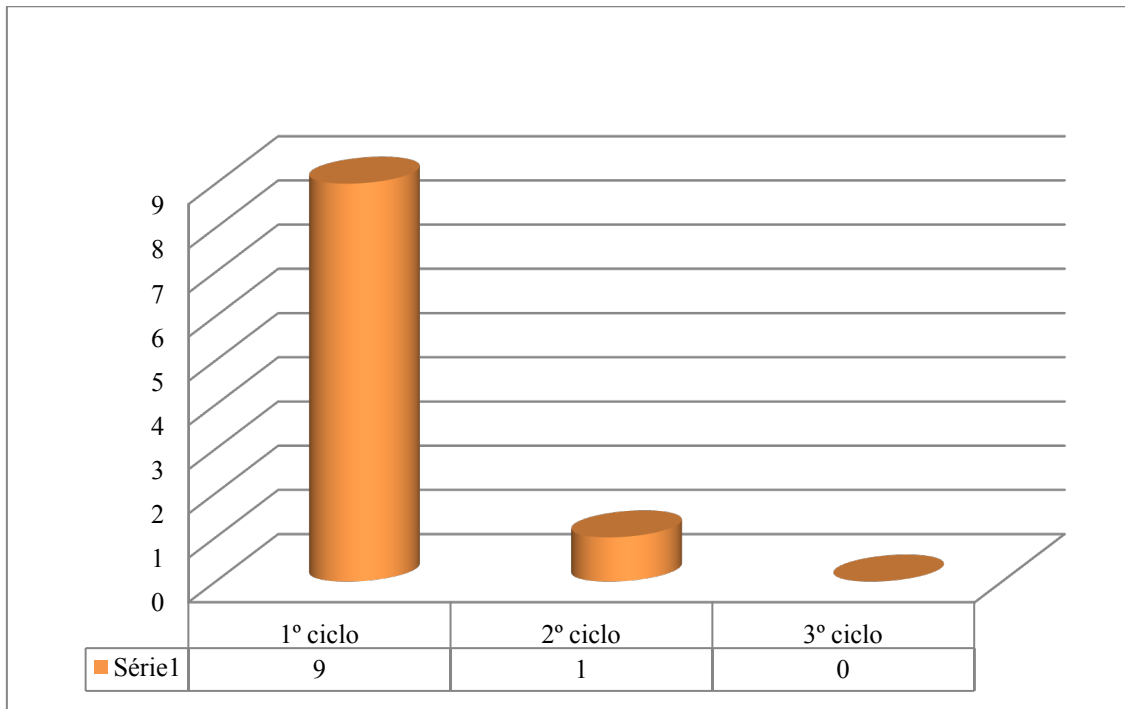
Como se verifica no gráfico com tabela nº1, 40% dos doentes têm entre 50 a 60 anos e a mesma percentagem entre 60 a 70 anos de idade, apenas 10% têm entre 70 a 80 anos e outros 10% entre 80 a 90 anos.

Gráfico com tabela nº 2- Distribuição numérica por estado civil



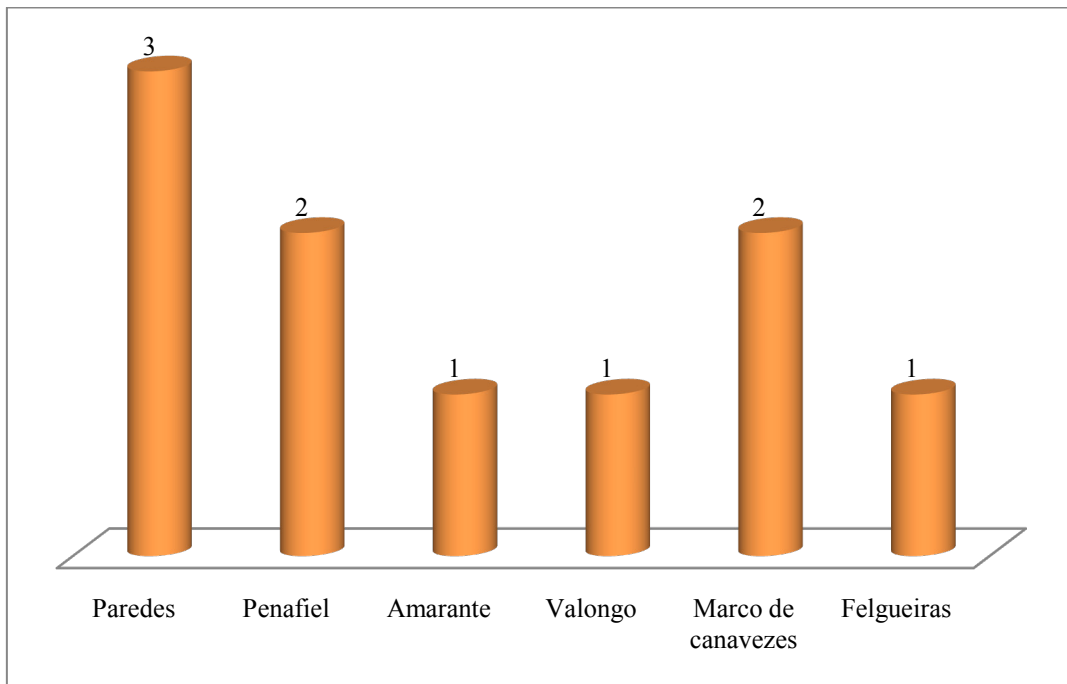
Relativamente ao estado civil, os casados constituem o grupo mais numeroso da amostra com 80%, salientando-se que 10% (apenas 1 doente) é solteiro e a mesma percentagem é viúvo. Destes dois doentes, solteiro e viúvo não referiram se tinham companhia.

Gráfico com tabela nº3- Distribuição numérica por escolaridade



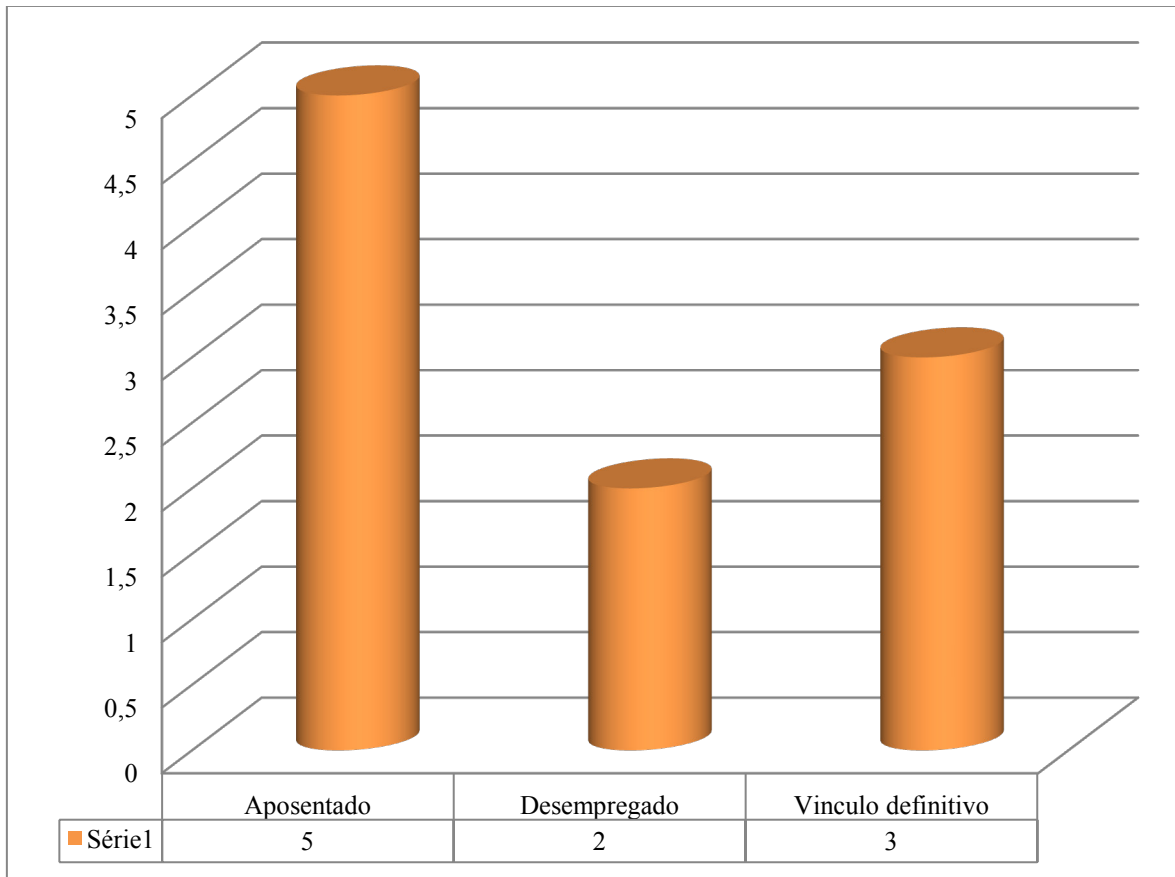
Em relação às habilitações literárias pode-se verificar pela análise do gráfico com tabela que o nível de escolaridade mais frequente é o 1º ciclo, ou seja, o ensino básico com cerca de 90% dos doentes e apenas um (ou 10%) tem o 2º ciclo. De referir que não existem analfabetos neste estudo, pois era critério de selecção o questionado saber ler e escrever.

Gráfico nº1 – Distribuição numérica em relação á residência



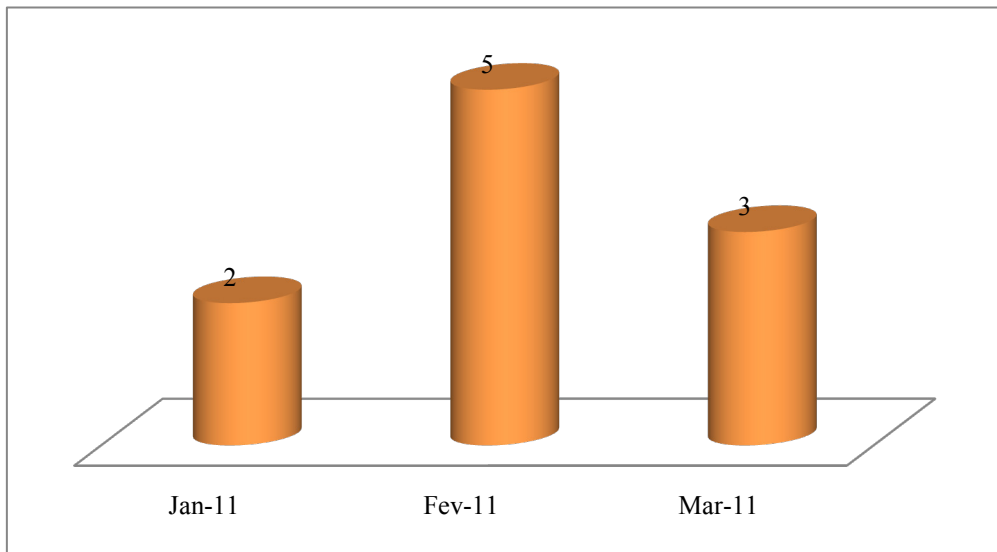
Em relação á habitação ou residência verifica-se de que quase todos os doentes têm residência na área abrangida pela mesma instituição de saúde da região do Porto; excepto um doente que habita numa cidade fronteiriça, ou seja a cidade de Valongo. 30% dos doentes moram no concelho de Paredes, 20% no concelho de Penafiel, 20% no concelho de Marco de Canavezes, e os restantes moram, um no concelho de Amarante, um no concelho de Valongo e outro no concelho de Felgueiras.

Gráfico com tabela nº 4 - Distribuição numérica segundo a situação profissional



Pela análise do gráfico com tabela verifica-se que a maioria, 50% é aposentados, atendendo á idade dos doentes em que a maioria atinge a idade da reforma. Cerca de 20% dos doentes são desempregados e outros 3 doentes, ou seja 30%, trabalham com vínculo definitivo á empresa ou instituição.

Gráfico nº2 – Distribuição numérica em relação á data da cirurgia



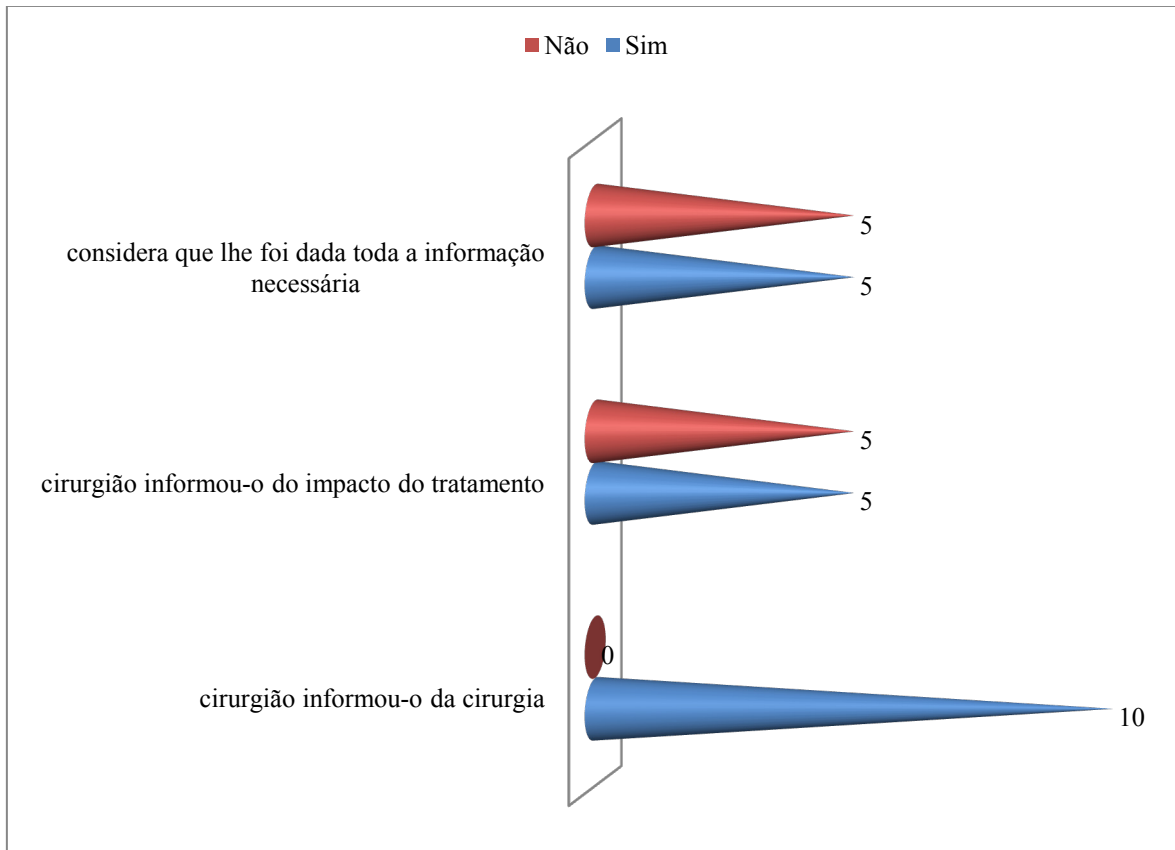
Da avaliação da data de cirurgia observa-se que 50% dos doentes foram operados em Fevereiro de 2011, 20% em Janeiro de 2011 e 30% em Março do mesmo ano. Todos os doentes têm no mínimo de três meses de pós-operatório, habitualmente é o tempo para a primeira consulta após a cirurgia, tendo o doente, passada uma semana após a alta ter tido consulta de enfermagem para execução do penso operatório e extracção do cateter urinário.

Após a caracterização da amostra, optou-se por caracterizar a sexualidade no pré e pós operatório.

3.1.2 -Informação e caracterização da sexualidade no pré-operatório

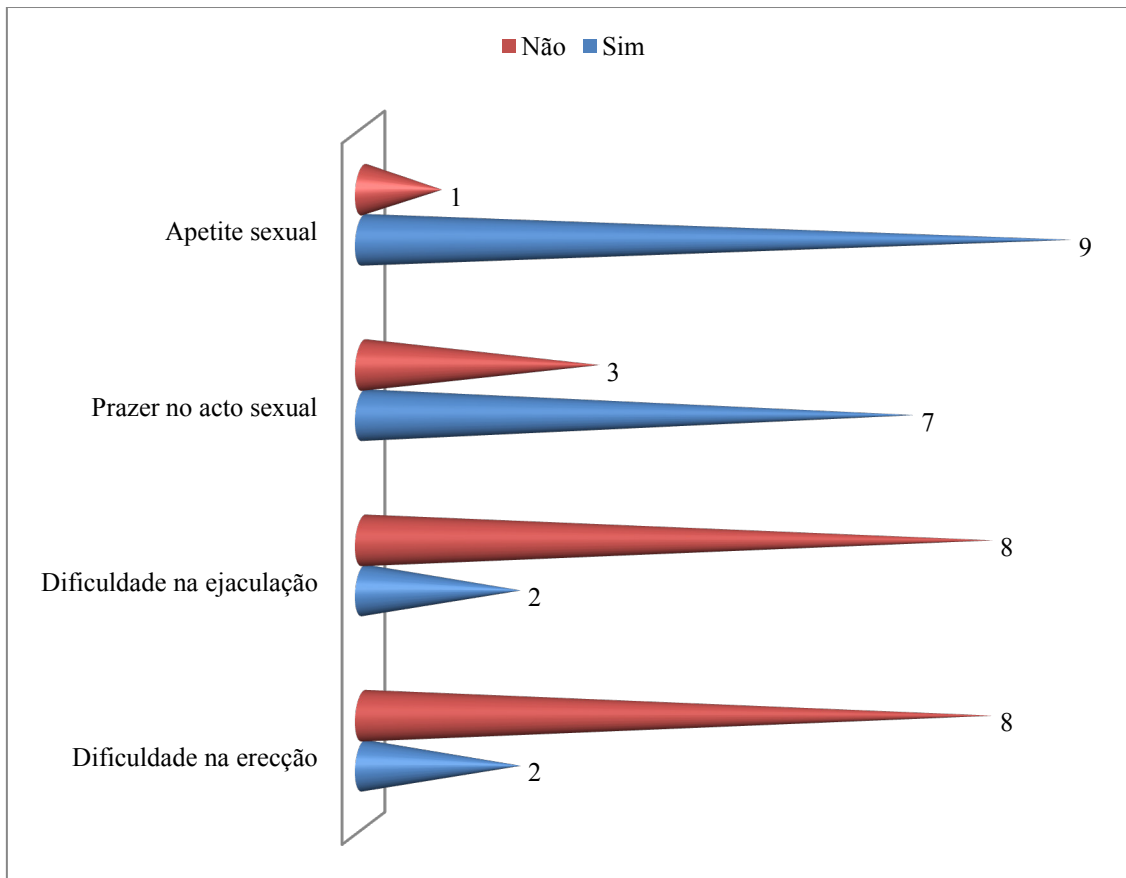
Nesta fase, abordou-se se o doente já tinha alterações da função sexual antes da cirurgia, tais como: Dificuldade na erecção, dificuldade na ejaculação, prazer no acto sexual e apetite sexual, mas primeiro perguntou-se ao doente se teve informações em relação á cirurgia por parte do médico.

Gráfico n° 3- Informação ao doente no pré-operatório



Pela análise do gráfico verifica-se que todos os doentes (100%) foram informados da cirurgia, ou seja, de que iam ser submetidos a uma intervenção cirúrgica, mas quando questionados se foram informados, pelo cirurgião, sobre o impacto do tratamento e se receberam toda a informação necessária apenas 50% dos doentes afirmaram que sim mas outros 50% responderam que não. Destes 50% que responderam que não depende-se que foram informados da cirurgia de uma forma mais subtil e muito formal.

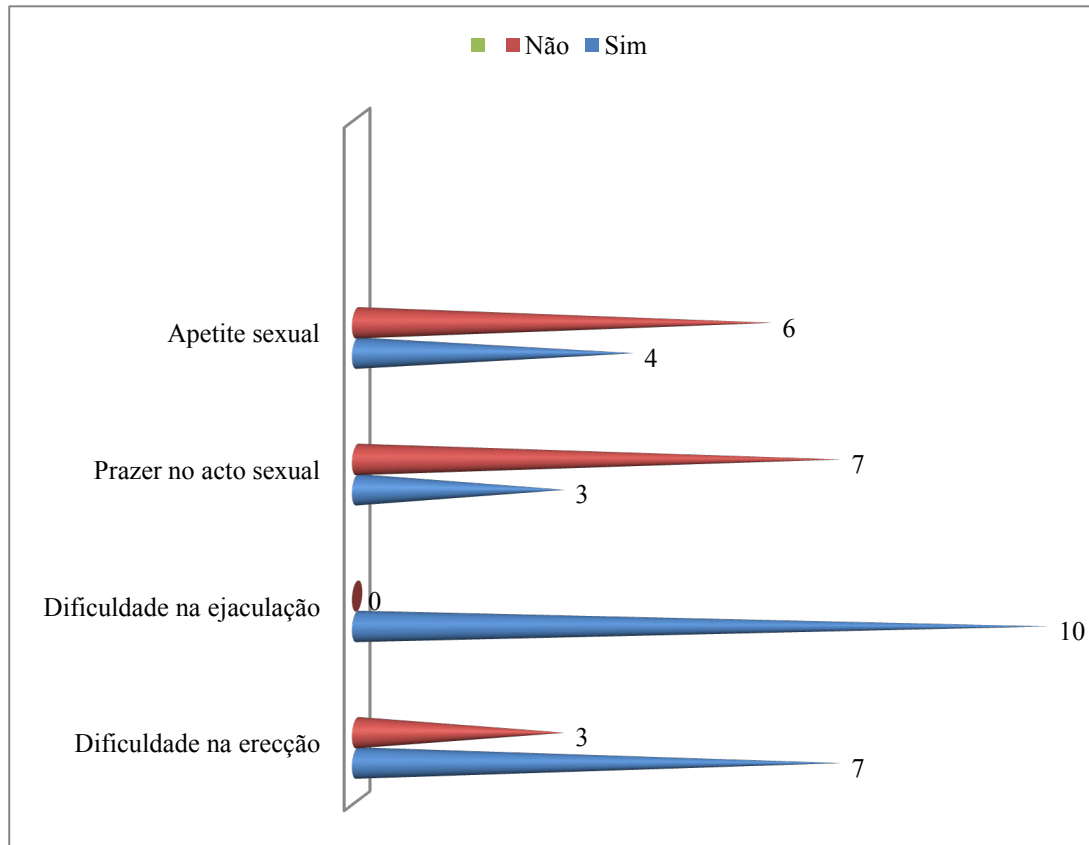
Gráfico n° 4- Alterações sexuais no pré-operatório



No que diz respeito às alterações sexuais do doente no pré-operatório verifica-se que 90% dos doentes têm apetite sexual, enquanto apenas 10% (1 doente) já não referiam apetite sexual antes da cirurgia. Em relação ao prazer sexual, 70% tem prazer sexual e 30% não refere qualquer tipo de prazer sexual. Na dificuldade de erecção e ejaculação a percentagem é igual, cerca de 80%, referem não ter dificuldade enquanto 20% refere ter dificuldade de erecção e ejaculação.

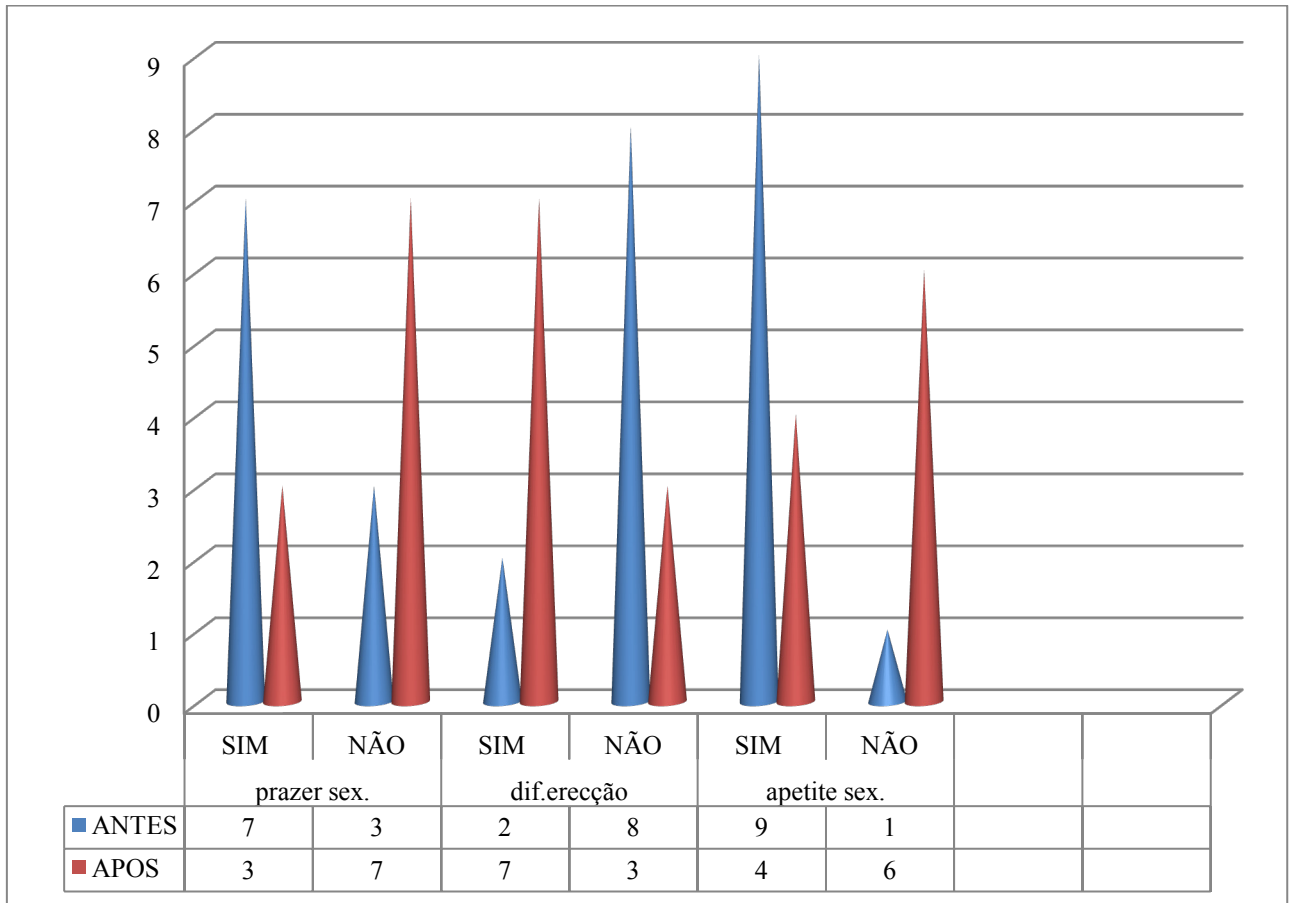
3.1.3 - Informação e caracterização da sexualidade no pós-operatório

Gráfico n°5- Alterações sexuais após a cirurgia



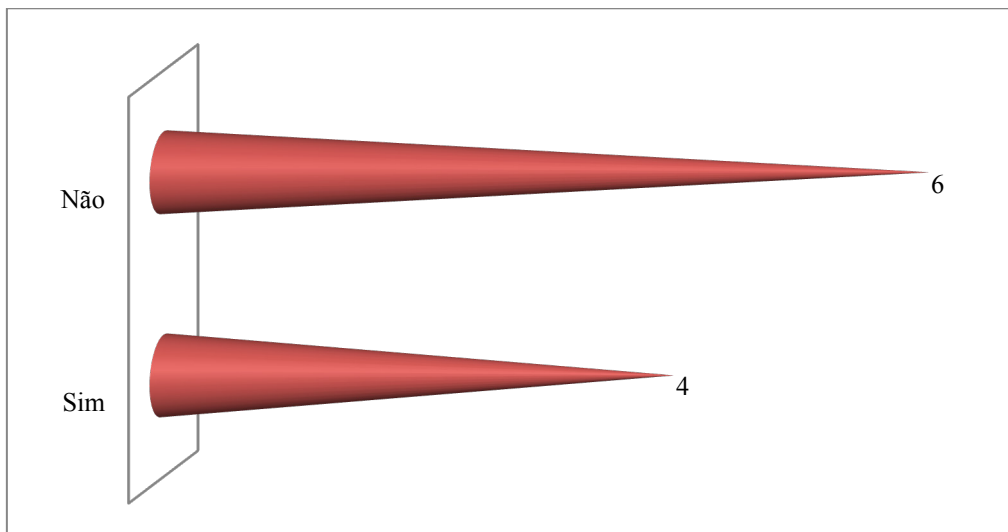
Dos resultados obtidos pode-se constatar que 60% dos doentes não tem apetite sexual, apenas 40% têm apetite sexual. Em relação ao prazer sexual 70% não têm prazer e 30% referem que têm. Nenhum doente prostatectomizado radical tem ejaculação pois houve extração total da próstata, verificando-se no gráfico que 100% tem dificuldade em ejacular. No que diz respeito á dificuldade de erecção 70% responde positivamente enquanto 30% responde que não tem dificuldade.

Gráfico com tabela nº 5- Comparação das alterações sexuais no pré e pós-operatório



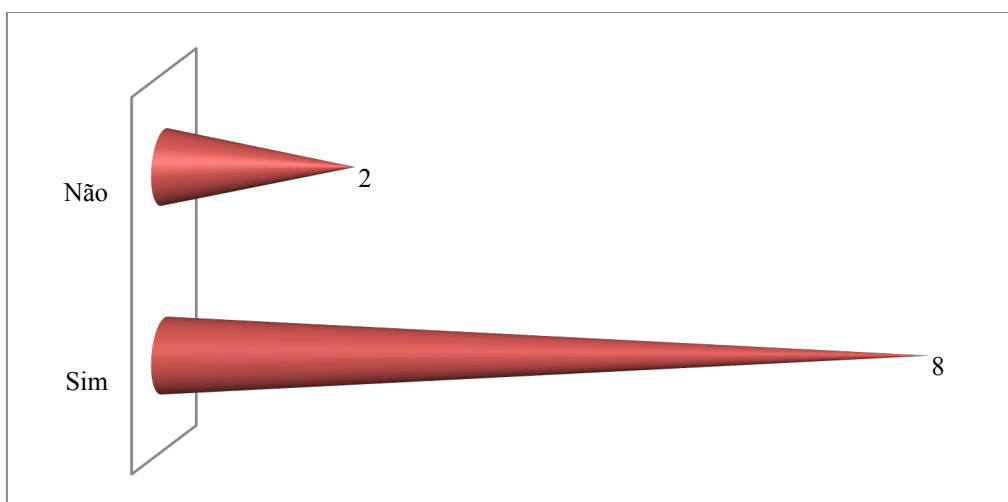
Comparativamente no pré e pós-operatório verifica-se que em relação ao prazer sexual, antes 70% tinham prazer e após a cirurgia apenas 30% têm prazer sexual. Na dificuldade na ereção, 80 % não apresentavam dificuldade mas no pós-operatório 70% referem que sentem dificuldade. Em relação ao apetite sexual 90% tinham apetite e após a cirurgia apenas 40% tem apetite sexual.

Gráfico n°6 - Informação e/ou ensino, no internamento, sobre o impacto da cirurgia na sexualidade



No que diz respeito á informação e/ou ensino ao doente, ainda no internamento, sobre o impacto da cirurgia na sexualidade, 60% responde que não recebeu qualquer informação ou ensino, enquanto 40% responde afirmativamente.

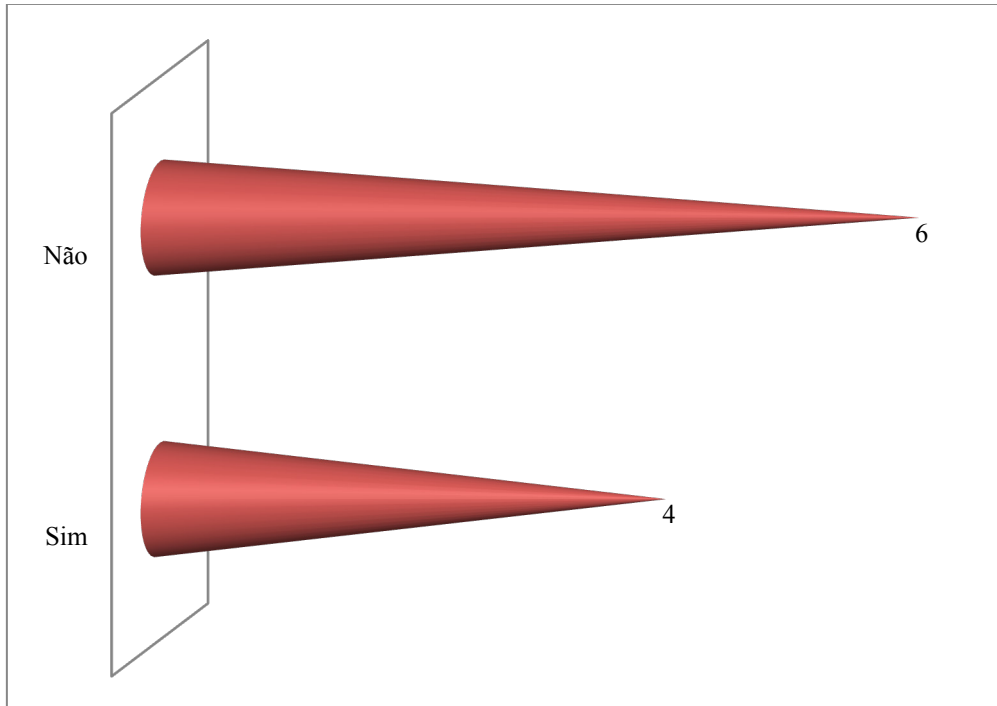
Gráfico n°7 – Alteração na função sexual após a cirurgia



Analisando este gráfico, observa-se que a maioria dos doentes (80%) apresentam alterações na função sexual após a cirurgia, apenas 20% não referem alterações sexuais.

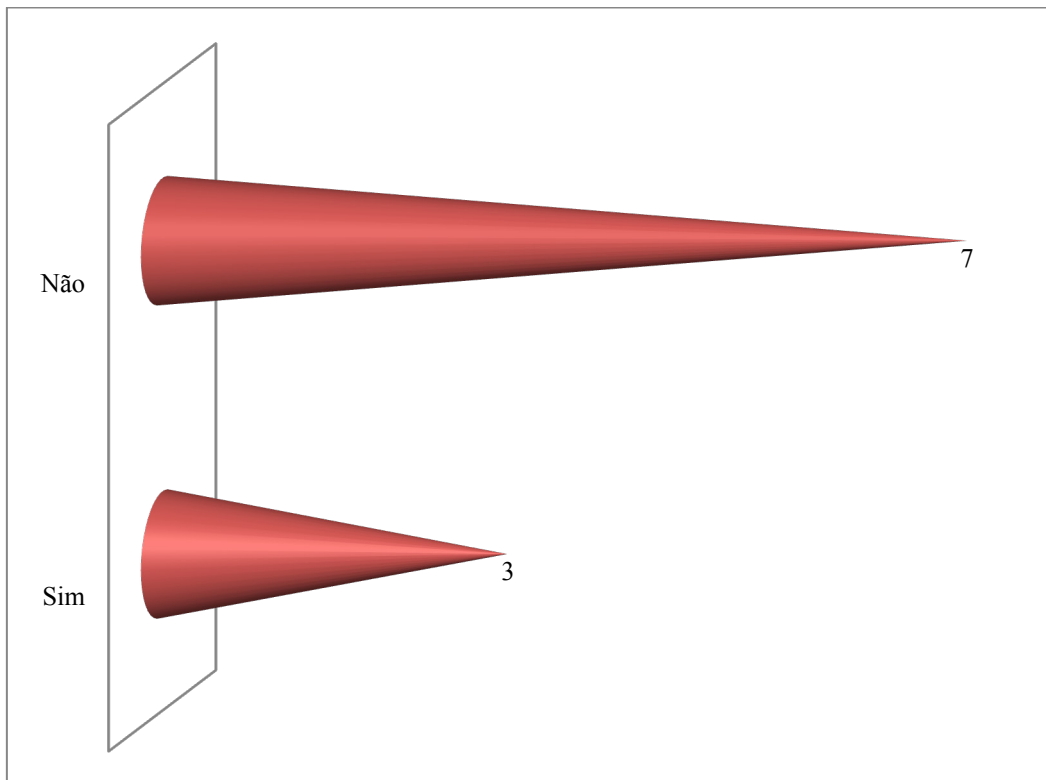
Estes 20% podem, também, não referir alterações porque já as podiam ter no pré-operatório.

Gráfico n°8- Outros problemas de saúde



Em relação a outras patologias, 60% não referiram outros antecedentes patológicos, apenas 40% referiram ter outros antecedentes. Dois dos doentes escreveram na pergunta semi-aberta (Quais?), antecedentes de hipertensão e patologia gástrica, os outros dois doentes que responderam afirmativamente não escreveram nada.

Gráfico n°9- Medicação para combater eventual disfunção eréctil



Tendo em conta os dados anteriores, cerca de 70% não tomam medicação para possível disfunção eréctil, mas 30% referiram tomar medicação ou efectuar outro tipo de tratamento para combater a disfunção eréctil.

3.2 -DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Após este estudo de investigação, observou-se que a cirurgia curativa (prostatectomia radical) para o cancro da Próstata acarreta diversas alterações na função sexual do homem.

No pré operatório, concluiu-se que 80% dos doentes não tinham dificuldades na erecção e na ejaculação, 70% tinham prazer sexual e 90% tinham apetite sexual, uma pequena percentagem (10%) não referiram apetite sexual. Assim, também, no estudo efectuado, sobre o impacto da doença e tratamento cirúrgico em homens com cancro da Próstata, estudo exploratório realizado por Cristina Vieira (2009) concluiu-se que 94% dos doentes questionados referiram actividade sexual antes da cirurgia.

No pós-operatório, concluiu-se que 70% dos doentes tem dificuldade na erecção, nenhum dos doentes ejacula, 70% não tem prazer no acto sexual e 60% não tem apetite sexual, também no mesmo estudo (referido anteriormente) revelaram que 63,5% dos casos estudados relataram ausência de actividade sexual.

De encontro aos resultados obtidos neste estudo, num artigo de Koeman e tal.(1999), onde foi avaliada a capacidade de experimentar orgasmo em 20 doentes submetidos a PR, em 55% dos questionados houve diminuição da libido e excitabilidade; coexistindo, quase sempre, também na parceira. A diminuição do prazer foi referida em 70% e a maioria relacionaram esta diminuição com a ausência de ejaculação. A ausência das contracções da Próstata e vesículas seminais, podem explicar o menor prazer sentido pelos doentes.

Após a cirurgia, 80% dos doentes referiram ter havido alteração na sua sexualidade, em conformidade, no estudo observacional sobre a sexualidade pós-operatório(PR),realizado por R Mmessaoundi, J. Menard, H. Parquet, revelou que 10 doentes (77%) ficaram impotentes sexualmente.

Reforçando a conclusão deste estudo sobre a existência de disfunções sexuais após a cirurgia, no mesmo estudo anterior sobre a sexualidade pós-operatório, revelou que 74%

dos pacientes foram tratados por disfunção erétil, a diminuição da libido foi encontrada em 52,4%, alterações no orgasmo em 39,7% e 38,1% de queda na intensidade da anorgasmia. Em 68,3% dos pacientes tiveram repercussões psicológicas (perda da masculinidade, auto-estima e ansiedade no desempenho).

Depois de ser operado e ainda no internamento 60% dos doentes, neste estudo, referiram não receber nenhuma informação e/ou ensino sobre o impacto da cirurgia na sexualidade. Comparativamente, destacam-se os resultados de um estudo experimental realizado na Noruega por Fagermoen M.S.(2003), que comparam a percepção de doentes antes e após a revisão de procedimento para melhorar as informações fornecidas aos doentes submetidos a PR, do qual concluíram que prover informações escritas em folhetos informativos bem elaborados e combiná-las com informações orais resultaram em significativa contribuição para a independência do doente. Supõe-se que dispor de informações a respeito dos cuidados que devem ser assegurados, são importantes no sentido de minimizar a ansiedade e promover maior segurança ao doente e seus familiares.

Mas, em contrapartida, no estudo on-line, “ considerar o homem como um todo” cerca de 34% dos doentes estudados não se sentem bem informados para poderem desempenhar um papel nas decisões sobre o seu tratamento, o que significa de que a maioria se sente bem informado.

Neste estudo, em relação á questão se tomam medicação para possível disfunção erétil, 70% disseram que não e 30% responderam que tomam.

No estudo efectuado sobre factores de prognóstico de resposta á Sildenafil em doentes com disfunção erétil pós prostatectomia radical, método utilizado por 71 doentes previamente potentes, com idade média de 65 anos, foram submetidos a prostatectomia radical, verificou-se que 28 doentes (39,4%) continuaram potentes.

Em contrapartida, no estudo sobre o impacto da doença e tratamento cirúrgico em doentes com cancro da próstata, revelou que 63,43% dos homens declararam-se

satisfeitos com o tratamento e 34,54% declararam-se insatisfeitos e a queixa principal referiu-se às sequelas da cirurgia ter impacto significativo na sexualidade masculina.

IV-CONCLUSÃO

Concluindo este trabalho, interessa “parar” um pouco para, através da reflexão daquilo que foi planeado e desenvolvido, concretizaram-se aspectos mais importantes do mesmo; no sentido de perspectivar novos desempenhos, que permitam crescer dentro e fora da profissão.

Segundo Gil (1995, pg.77)

“ Uma boa conclusão é aquela que possibilita ao leitor recapitular os momentos significativos no contexto de trabalho, lembrando-lhe o problema proposto e demonstrando-lhe como os achados da pesquisa fornecem respostas adequadas”.

De acordo com o autor, pretendeu-se fazer uma breve abordagem das etapas que se considerou mais significativas e que permitiram atingir o plano actual.

Com a elaboração deste trabalho pretendeu-se alertar para a problemática de um doente que inicialmente fica em “pânico” com o diagnóstico de ter cancro da Próstata e seguidamente ter de efectuar tratamento que passa pela cirurgia. Cirurgia esta que acarreta profundas transformações psicológicas e físicas no doente.

O tema escolhido, apesar de não ser desconhecido tem sido pouco abordado, quer em termos de investigação quer em revisão da literatura. Foi um dos problemas encontrados mas ultrapassados. Mas o problema principal foi a escassez de tempo, tanto para aplicação do questionário como pela data de entrega do trabalho.

A cirurgia curativa do carcinoma da Próstata tem implicações profundas na sexualidade do homem. Um doente, um médico e um enfermeiro bem informados podem criar expectativas realistas sobre as alterações que se dão ao nível dos diversos aspectos da vida sexual.

A enfermagem tem um papel capital nos doentes com cancro da Próstata, nomeadamente nos homens submetidos a Prostatectomia Radical.

“ A sua actuação de forma humanizada (informação, apoio psicológico) é de grande importância para a recuperação do doente, necessitando de estar aliada a uma actuação esclarecida e consentânea com aquilo que é exigido ao profissional de enfermagem” Pinto et al (2006).

Neste estudo concluiu-se que as vivências dos doentes prostatectomizados radicais são diferentes antes e após a cirurgia. Apresentam na maioria disfunções sexuais importantes na sua vivência após a cirurgia. Apresentam disfunção erétil, ausência de ejaculação, não têm apetite sexual e prazer sexual.

A maioria não adopta estratégias relativamente á sua sexualidade, quer seja por falta de informação ou conhecimento ou quer por desalento e impotência.

E nesta fase chegou-se a um diagnóstico de situação, é necessário mais e melhores informações e/ou ensinios aos doentes submetidos a esta cirurgia. Prover informações aos doentes pelos profissionais de enfermagem, foi o principal foco de atenção deste estudo, uma vez que podem minimizar a ansiedade, especialmente em relação á disfunção sexual vivenciada pelo doente. Estruturar as informações a serem transmitidas aos doentes e usar a informação oral combinada com escrita são estratégias apontadas, como importantes, para favorecer a realização da autonomia no domicílio.

O doente ao aprender as estratégias que o vão permitir lidar com a sua nova condição, terá seguramente uma transição mais célere e facilitada, já que “os doentes contam com os profissionais, para um suporte mais de tipo informativo” Santos (2006, pg.37)

Finalizando, espera-se que o estudo produza resultados no contexto hospitalar, de internamento, para benefício destes doentes. Considerou-se que o estudo revelou pertinência e os objectivos foram alcançados. Desta forma, o diagnóstico de situação identificado neste estudo serve como instrumento base para a elaboração de programas/projectos de saúde que em parceria, deverão ser postos em prática e assim promover a educação para a saúde.

BIBLIOGRAFIA

Archer; L. (1999). “A sexualidade Humana”. Reflexão ética publicada pelo conselho nacional de ética para as ciências da vida.

Chiavenato, Idalberto – Recursos humanos. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1997

Ellsworth, Pamela (2003). Tudo sobre e câncer da Próstata. Editora Andrei

Ferrari, Afonso Trijillo (1982) Metodologia de pesquisa científica, São Paulo: Mcgraw Hill, pág.308

Freud, S.(1979) three essays on the theory of sexuality. Obras completas, Bertrand, Lisboa,

Fitzpatrick, Kirby (2002) cuidados partilhados em doenças prostáticas, 2ª edição, volume 1, euromédice,

Fortin, Marie-Fabienne. (2009) O processo de investigação, da concepção á realização, Luso ciência

Freixo, Manuel João Vaz (2010): Metodologia científica – Fundamentos, métodos, técnicas, 2ª edição, Instituto Piaget

Gil, António Carlos – (1991) Como elaborar projectos de pesquisa, 3ª edição; São Paulo: Editora Atlas S.A.

Gil, António Carlos (1986). Métodos e técnicas de pesquisa social, 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas SA.

Glina, Sidney (2009). XII Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana – Prostatectomia Radical – Câncer da Próstata e sexualidade humana.

Gregerson, Edgar (1983) Práticas sexuais: a história da sexualidade humana. Tradução de António Alberto de Toledo Serra e Edson Ferreira. São Paulo: Livraria roca

Lakatos, Eva Maria; Marconi, Maria de Andrade. (1994) Fundamentos de metodologia científica, 3ª edição, São Paulo: Editora Atlas S.A.

Lynch-Sauer, Judith (1985)- using a phenomenological research method to study nursing phenomena. In LEININGER, Madeleine (ed.)- qualitative research methods in nursing. Orlando: Grune e Stratton, pág.93-107

Pinto, N.; Nunes, M. ; Albuquerque R. (2006): Prostatectomia radical no carcinoma prostático. Vila Nova de Gaia

Polit,F.Denise; Hungler,Bernadette (1995). Fundamentos de pesquisa em; Enfermagem, 3ª edição, artes médicas, editora Portalegre, pág.309

Vasques, Adolfo Sanchez (2005); Ética: 27ª edição, Rio de Janeiro; civilização Brasileira

Veiga, Carlos Leça (1997) Guia médico, conselhos práticos, Salvat editora do Brasil

ANEXOS

ANEXO I- Pedido de autorização, ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa – Hospital Padre Américo, para a colheita de dados

ANEXO II- Consentimento informado fornecido ao doente questionado

ANEXO III- Instrumento de colheita de dados, questionário

