

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica, Opção de Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio

**A intervenção do enfermeiro face à alteração da
sexualidade da pessoa com cancro colorrectal**

César Alexandre Martins Gomes

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica, Opção de Enfermagem
Oncológica

Relatório de Estágio

**A intervenção do enfermeiro face à alteração da
sexualidade da pessoa com cancro colorrectal**

César Alexandre Martins Gomes

Orientador: Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.



“Não sou nada. Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte disso, tenho em mim todos os sonhos do mundo”.
(Pessoa, 1928).

AGRADECIMENTOS

A todos os colegas do Serviço de Radioterapia, em particular às Enfermeiras Vânia Alves, Sara Cordeiro e Sandra Russo, pela motivação e pela disponibilidade demonstrada ao longo de todo o processo.

Ao serviço de Urologia, em particular às enfermeiras Isabel Mendes, Heloísa Silva, também ao enfermeiro Márcio pelo espírito crítico e pelo apoio fornecido ao longo de todo o processo. Não poderia igualmente deixar de agradecer à Enfermeira Rute Figueiredo, ao Dr. Francisco Ferronha e ao Dr. Fortunato Barros pela verdadeira paixão com que cuidam dos doentes seguidos em consulta.

Às colegas Cláudia Silva e Sandra Paranhos, pelas competências demonstradas e por terem sido motores desde o início do projeto até à fase da sua aplicação.

Aos colegas do serviço onde exerço funções, a todos eles sem exceção. O contributo de todos eles foi fundamental no meu crescimento pessoal e profissional.

Não poderia deixar de agradecer também à Sr.^a Enfermeira Alexandra Pinto Santos por todos os momentos em que me apoiou. Por toda a paciência demonstrada ao longo deste tortuoso caminho.

Aos meus pais, por todo o apoio, por todo o amor e por tudo o que não tem preço, mas a que dou grande valor.

A ti, por me teres feito tentar mesmo quando não queria fazê-lo.

A todos vós, o meu profundo e sentido obrigado.

RESUMO

A sexualidade é um fenómeno multidimensional que compreende aspetos dos domínios social, psicológico e físico da pessoa. A maioria dos casos de cancro colorrectal ocorre no grupo etário dos 60 aos 80 e devido ao diagnóstico precoce e à evolução nos tratamentos, muitas pessoas podem esperar viver mais tempo, ganhando a temática da qualidade de vida uma importância adicional. O Impacto psicológico provocado pelo diagnóstico, aliado ao impacto físico dos tratamentos realizados podem comprometer de forma significativa a vivência de uma vida sexual saudável e satisfatória. Contribuir para a manutenção da intimidade sexual é um pequeno, grande passo no sentido de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar de cada pessoa doente. O presente relatório, efetuado no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção de Enfermagem Oncológica da ESEL, apresenta uma análise crítica e reflexiva do percurso realizado nos estágios realizados ao longo de quatro estágios: num serviço de radioterapia, num bloco de exames urológicos e numa consulta de enfermagem de andrologia e num serviço de oncologia médica e especialidades, todos eles locais especializados na prestação de cuidados diferenciados ao doente oncológico com alteração da sexualidade ou potencial para que esta venha a ocorrer. Cabe ao enfermeiro trazer o diálogo da sexualidade para a relação, promovendo a manutenção de uma função sexual satisfatória por parte da pessoa e seu parceiro, sempre que para tal o doente lhe conceda permissão. A intervenção fundamental junto da pessoa com alteração da sexualidade passa essencialmente pela comunicação, devendo a sexualidade deve ser incorporada numa abordagem inicial. Por vezes a pessoa precisa de ajuda na aceitação das alterações ao nível de padrões do desejo ou até mesmo na habilidade de estabelecer contactos sexuais, sendo importante a mediação de expectativas

Palavras-Chave: cancro colorrectal, disfunção sexual, intervenção de enfermagem;

ABSTRACT

Sexuality is a multidimensional phenomenon that comprises aspects of the person's social, psychological and physical domains. Most cases of colorectal cancer occur in the 60 to 80 age group, and because of early diagnosis and treatment evolution, many people may expect to live longer, gaining the quality of life issue an additional importance. The psychological impact caused by the diagnosis, combined with the physical impact of the treatments performed can significantly compromise the experience of a healthy and satisfactory sexual life. Contributing to the maintenance of sexual intimacy is a small, big step towards improving the quality of life and well-being of every sick person.

The following report, carried out as part of the 8th degree in the Nursing Master's Degree, Specialization on Medical-Surgical Nursing (Oncological Nursing option provided by ESEL), and presents a critical and reflexive analysis of the course carried out in four internships: radiotherapy service, in a ward of urological exams, in a nursing consultation specialized in andrology and in a medical oncology specialties, all of them places specializing in the provision of differentiated care to cancer patients with a change in sexuality or the potential for it to occur.

It is up to the nurse to bring the sexuality dialogue into the relationship, promoting the maintenance of a satisfactory sexual function by the person and his partner, whenever the patient grants him permission. The fundamental intervention with the person with alteration of sexuality passes essentially through communication, and sexuality must be incorporated into an initial approach. Sometimes the person needs help in accepting changes in the level of desire patterns or even in the ability to make sexual contacts, and it is important to mediate expectations.

Key-words: colorectal neoplasm, sexual disability, nursing, intervention;

LISTA DE SIGLAS

5FU	-	5 Fluorouracilo
ACS	-	American Cancer Society
BCCA	-	British Columbia Cancer Agency
BT	-	Braquiterapia
CCR	-	Cancro colo-rectal
CNSA	-	Cancer Nursing Society of Australia
DGS	-	Direção Geral de Saúde
DSM	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESEL	-	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FCT	-	Fundação para a Ciência e Tecnologia
IARC	-	International Agency for Research on Cancer
IIEF	-	International Index of Erectile Function
IPOFG	-	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil
JQI	-	Joint Quality Initiative
NCCN	-	National Comprehensive Cancer Network
NCI	-	National Cancer Institute
NHF	-	Necessidade Humana Fundamental
OECI	-	Organization of European Cancer Institutes
OE	-	Ordem dos Enfermeiros
QT	-	Quimioterapia
RNAO	-	Registered Nurses Association of Ontario
RT	-	Radioterapia
S2-S4	-	Nervos Espinhais
WHO	-	World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1.1) A Sexualidade humana.....	21
1.2) Alterações da sexualidade na pessoa com CCR.....	23
1.3) A intervenção do enfermeiro junto da pessoa com alteração da sexualidade.....	27
2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS.....	32
2.1) Num serviço de radioterapia.....	32
2.2) Num bloco de exames de urologia.....	39
2.3) Na consulta de andrologia	43
2.4) No serviço de oncologia médica e especialidades	47
3. AVALIAÇÃO E TRABALHO FUTURO.....	53
4. CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICES	66
APÊNDICE I: Protocolo de revisão <i>scoping</i>.	
APÊNDICE II: Cronograma de estágio.	
APÊNDICE III: Grelha de observação para o serviço de radioterapia.	
APÊNDICE IV: Sondagem de opinião efetuada junto das enfermeiras do serviço de radioterapia	
APÊNDICE V: Plano de sessão, anúncio e apresentação efetuada junto das senhoras enfermeiras do serviço de radioterapia.	

APÊNDICE VI: Grelha de observação para o bloco de exames urológicos.

APÊNDICE VII: Sondagem de opinião efetuada junto das enfermeiras do Bloco de Exames.

APÊNDICE VIII: Plano de sessão, anúncio e apresentação efetuada junto dos senhoras enfermeiras do bloco de exames urológicos.

APÊNDICE IX: Versão inicial do guião para abordagem da sexualidade.

APÊNDICE X: Versão intermédia do guião para abordagem da sexualidade.

APÊNDICE XI: Grelha de observação para o serviço de oncologia médica e especialidades.

APÊNDICE XII: Algoritmo para a abordagem e intervenção da sexualidade por parte do enfermeiro generalista.

APÊNDICE XIII: Plano de sessão e apresentação efetuada junto dos srs. enfermeiros do serviço de oncologia médica e especialidades.

APÊNDICE XIV: Reflexão Crítica de situação I.

INTRODUÇÃO

O presente relatório descreve a implementação de um projeto com intervenção inserido no curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, área específica de intervenção de oncologia, que se desenvolveu num prazo de 18 semanas, entre 25-09-2017 e 09-02-2018. Durante esse tempo foram realizados estágios num serviço de radioterapia, num bloco de exames urológicos e numa consulta de enfermagem de andrologia e num serviço de oncologia médica e especialidades, todos eles locais especializados na prestação de cuidados diferenciados ao doente oncológico com alteração da sexualidade ou potencial para que esta venha a ocorrer. O título do projeto é a intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade da pessoa com cancro colorrectal, sendo nele adotado a filosofia de cuidados de Virgínia Henderson.

Virgínia Henderson (1991) define a pessoa como um ser constituído por corpo e mente, que engloba necessidades de ordem física, psicossocial e cultural, identificando 14 necessidades humanas fundamentais (Henderson, 1991, citada por Tomey & Alligood, 2002). De acordo com Henderson (1991), a pessoa interage com a sua família, absorvendo influências externas que condicionam o ambiente e o seu desenvolvimento (Tomey & Alligood, 2002). A necessidade de cuidados pode ser classificada de acordo com o grau de dependência da pessoa, podendo ir desde a parceria estabelecida com a pessoa, passando pela necessidade de auxílio parcial ou até pela necessidade de auxílio total, que pode ser definida pela completa substituição na satisfação das necessidades (Henderson, 1991, citada por Tomey & Alligood, 2002). A função da enfermeira passa por ajudar a pessoa doente no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde, ou para recuperação da mesma, que a própria pessoa desempenharia de forma independente se para tal tivesse a vontade, a força e o conhecimento necessários (Tomey & Alligood, 2002).

O cancro permanece uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo (IARC, 2014). Estima-se que atualmente 67% dos adultos diagnosticados com cancro estejam vivos 5 anos após o diagnóstico (ACS, 2018). No ano de 2018, a incidência mundial de cancro foi de 18,1 milhões de novos casos e de acordo com a previsão realizada pela IARC (2019), no ano de 2040 prevê-se um

aumento na incidência para os 29,6 milhões de novos casos, que corresponde a um aumento de 63,4% na incidência (IARC, 2019).

A doença oncológica e o seu tratamento comportam mudanças significativas que comprometem o funcionamento físico, psicológico e social da pessoa (Pascoal, Raposo e Gomes, 2015). Devido ao diagnóstico precoce e à evolução nos tratamentos, muitas pessoas diagnosticadas com cancro podem esperar viver mais tempo, pelo que o tema da qualidade de vida ganha uma importância adicional (ACS, 2018). A preservação das capacidades prévias à doença tem sido uma das principais preocupações na área da oncologia, sendo a possibilidade de viver a sexualidade de forma tão completa quanto possível, uma das capacidades a preservar (Silva, Ramos e Silva, 2014).

A sexualidade está intimamente ligada ao desenvolvimento humano, à manifestação da identidade de cada um e à intimidade do próprio corpo, sendo parte integrante das relações interpessoais como forma de comunicação e expressão de sentimentos (Pascoal et al., 2015). O impacto psicológico provocado pelo diagnóstico aliado ao impacto físico da patologia e seus tratamentos podem comprometer de forma significativa o prazer sexual ou a vivência de uma vida sexual saudável e satisfatória (De Carvelho, Louro e Barros, 2014). Estima-se que entre 59 e 79% das pessoas com doença oncológica apresentem uma diminuição significativa da atividade sexual ou até mesmo a sua cessação após a confirmação do diagnóstico (Hawkins, et al., 2009).

Apesar de tudo, poucos são os doentes que procuram ajuda, o que se explica pelo estigma que existe acerca da sexualidade da pessoa com doença oncológica (Pascoal, et al., 2015). Se em algumas situações os problemas sexuais são anteriores à doença, noutras, as dificuldades podem emergir no curso da doença ou dos tratamentos realizados (Pascoal, et al., 2015), justificando-se assim a pertinência de intervir também nesta área particular do cuidado ao doente oncológico. Isto significa que a área da expressão sexual tem necessariamente que ser considerada no processo de enfermagem (Josefino, 2014).

A instituição onde exerço funções assume-se como um centro multidisciplinar de referência para a prestação de cuidados de saúde no domínio da oncologia. De entre os diversos instrumentos presentes na instituição e tendo em atenção a melhoria dos cuidados prestados, resolvi debruçar-me sobre a folha de enfermagem para

o registo da história do doente (admissão) por ser um instrumento que acompanha o doente ao longo de todo o seu processo de saúde-doença no seio da instituição, assumindo-se assim como uma fonte de informação fidedigna. Este instrumento está organizado por campos, cada um correspondente a uma das 14 necessidades humanas pensadas por Virgínia Henderson, tendo um memorando com aspetos relevantes para o enfermeiro orientar a entrevista e identificar os padrões e as dependências nessas necessidades.

O campo da 10ª necessidade humana é sobre “comunicar/sexualidade”. Pedi autorização à Direção da instituição para fazer uma auditoria às folhas de admissão de todos os doentes internados no meu serviço num determinado dia para identificar os dados colhidos pelos enfermeiros nesse campo e desde que o doente estivesse internado há mais de 24 horas. Dos 36 doentes internados foram consultados os instrumentos de admissão e identificaram-se apenas 8 com dados relativos à 10ª necessidade registados tendo-se observado, que só 6 desses 8 instrumentos auditados tinham alguma informação registada neste campo, mas nenhum desse registo era relativo à sexualidade, só relativos à comunicação (3 registos) e ao estado de consciência (5 registos).

Verifiquei que os descritores indicados no memorando orientadores da colheita de dados da necessidade “comunicar/sexualidade” são vagos e pouco objetivos o que torna difícil a procura de informação no momento da admissão, para além de estes temas requererem um contacto prolongado com a pessoa que não existe ainda no momento da admissão. Neste sentido, e tendo também em atenção a dificuldade em obter evidência científica acerca da atuação do enfermeiro nesta área específica do cuidado, a minha motivação pessoal para aprender mais sobre a temática em questão e o facto de ter sido identificada como uma necessidade de formação junto dos pares, o presente trabalho surge com a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções do enfermeiro na pessoa com cancro colorrectal com alteração da sexualidade?”.

O principal objetivo da elaboração do projeto, a par do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre foi a melhoria dos cuidados prestados às pessoas com CCR, respondendo à sua necessidade de comunicação e sexualidade alteradas pela doença oncológica e seus tratamentos.

O presente relatório está dividido em duas partes. Numa primeira parte denominada o enquadramento teórico, será apresentada de forma sumária uma revisão dos conceitos chave inerentes a todo o projeto: a sexualidade humana, as suas alterações e a intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade. Numa segunda parte, irá ser apresentada a descrição referente à execução das atividades desenvolvidas em cada um dos estágios. Para cada um dos estágios foi previamente elaborado um plano de tarefas, sendo esta parte fulcral ao longo de todo o percurso. Este relatório termina com a avaliação do trabalho realizado onde será feito um balanço de todo o processo vivenciado, seguido da conclusão e implicações para o trabalho futuro nesta área específica da prestação de cuidados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1) A Sexualidade humana

A sexualidade é um fenómeno multidimensional que compreende aspetos relacionados com os domínios social, psicológico e físico da pessoa (Tierney, 2008). O domínio social compreende a intimidade emocional e a ligação estabelecida com o(a) parceiro(a) através da atividade sexual, enquanto que o domínio psicológico compreende a perceção que a pessoa tem de si mesma enquanto ser sexual e que é influenciada pela sua imagem corporal e autoestima (Tierney, 2008). O domínio físico compreende as estruturas e funções diretamente envolvidas no ciclo de resposta sexual (Tierney, 2008).

Enquanto parte da herança biológica do homem a sexualidade está presente ao longo da vida da pessoa (Barros e Figueiredo, 2014) sendo vivida e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, papéis e relações (WHO, 2006). Embora a sua vivência possa incluir todas estas dimensões, nem todas estão sempre presentes (WHO, 2006). A sexualidade pode ser influenciada por diversas variáveis como as relações, a comunicação, os papéis sociais e o contexto cultural no qual a pessoa se insere (Silva, Ramos & Silva, 2014).

A interação sexual entre dois indivíduos pode levar à satisfação, prazer e ao desenvolvimento de um sentimento de pertença, contudo, a interação pode igualmente originar frustração, dor e alienação (Rubio-Aurioles, 2011). Define-se como saúde sexual um estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade, que carece de uma abordagem positiva face à sexualidade e intimidade da pessoa (WHO, 2006). Cada pessoa tem o direito a ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência (WHO, 2006). Já a disfunção sexual é o estado em que um indivíduo passa por uma mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora ou inadequada (NANDA, 2018).

Baseados no conhecimento de como o corpo responde quando sexualmente estimulado, Masters e Johnson (1966) elaboraram o modelo de resposta sexual, numa tentativa de melhorar o desempenho sexual da pessoa sempre que verificada uma

resposta sexual inadequada ou insatisfatória. O modelo é compreendido por quatro fases: excitação, plateau, orgasmo e resolução (Masters e Johnson, 1966).

A primeira fase do ciclo a **excitação** caracteriza-se pelo início das alterações a nível fisiológico, antecipadas de um desejo que está sempre subentendida (Masters e Johnson, 1966). É nesta fase que começam a ser visíveis alterações a nível físico como o aumento do tónus muscular e das frequências respiratória e cardíaca que causam o aumento do fluxo sanguíneo para área genital, responsável no homem pela ereção e aumento do volume testicular e na mulher pela tumescência dos pequenos lábios e do clitóris, e da lubrificação vaginal. Para muitas mulheres, a fase de excitação tem uma componente emocional importante e é só através desta intimidade emocional que vem o desejo e a fase de excitação (Meirinha e Barros, 2014). Na segunda fase de **plateau**, dá-se uma intensificação das alterações apresentadas anteriormente, tornando-se na mulher o clitóris e no homem a pele testicular e testículos muito mais sensíveis. As frequências respiratórias e cardíaca continuam a subir, verificando-se também espasmos musculares na face, nos pés e nas mãos (Masters e Johnson, 1976). A terceira fase, o **orgasmo** é a fase onde se atinge o clímax da resposta sexual que dura apenas alguns segundos. Nesta fase, como forma de melhorar a oxigenação face ao esforço físico, a tensão arterial atinge o seu pico, a par da frequência respiratória. As contrações rítmicas dos músculos, da vagina e do útero na mulher e dos músculos da base do pénis, no homem, são características desta fase (Masters e Johnson, 1976). Na quarta fase, denominada de **resolução**, as funções corporais voltam progressivamente à normalidade (Masters e Johnson, 1976). Sabe-se que a mulher pode ter múltiplos orgasmos em cada ciclo, necessitando o homem de um tempo de recuperação denominado período refratário, que varia de homem para homem e que vai aumentando naturalmente com a idade (Carvalho, 2014).

Ambos os sexos experienciam todas as fases, embora nem sempre ao mesmo tempo, refletindo-se a diversidade inerente a cada pessoa na intensidade e no tempo que permanece em cada uma delas (Masters e Johnson, 1976). A vivência do CCR encontra-se frequentemente associada a disfunções sexuais, sendo a agressividade dos tratamentos realizados devido à elevada mortalidade e morbilidade associada ao diagnóstico um dos motivos principais (Traa et al, 2014).

1.2) Alterações da sexualidade na pessoa com CCR

A maioria dos casos de CCR ocorre no grupo etário dos 60 aos 80 (Neal & Hoskin, 2009), sendo a média de idades aquando do diagnóstico 72 anos (Havenga, Breunkink & Mourits, 2011). Para as pessoas com doença diagnosticada numa fase precoce, a taxa de sobrevivência aos 5 anos é de 90 % e de apenas 12 % para os doentes diagnosticados numa fase avançada já com metastização (Breunkink & Donovan, 2013). A incidência dos tumores do cólon e do reto tem aumentado, sendo o segundo tipo de cancro mais frequente na população portuguesa (DGS, 2015); Desconhecem-se ainda as causas do CCR, mas têm-se vindo a identificar fatores de risco para o seu desenvolvimento (Neal & Hoskin, 2009), como o consumo elevado de carnes, gorduras e álcool associado a um consumo insuficiente de fibras e um estilo de vida sedentária (NCCN, 2018a). A componente genética parece ter também um papel preponderante no surgimento do CCR. As manifestações clínicas do CCR são geralmente características de uma fase avançada da doença e podem variar de acordo com a localização do tumor (Neal & Hoskin, 2009). Em aproximadamente 20% dos casos, a sintomatologia inicial surge sob a forma de uma emergência cirúrgica, como a obstrução intestinal aguda ou uma peritonite provocada por uma perfuração (Neal & Hoskin, 2009).

A qualidade de vida dos doentes com CCR é normalmente elevada, não obstante existia um grande número de doentes que refere disfunções a nível da sua sexualidade, inclusivamente junto dos doentes com um nível de qualidade de vida elevado (Traa, et al., 2014). Diversos fatores relacionados com o diagnóstico são capazes de influenciar a sexualidade da pessoa doente e também por vezes a do seu parceiro(a) (Silva, Ramos & Silva, 2014). A diminuição do desejo após o diagnóstico é frequente, motivada tanto pelas atitudes sociais que tendem a dessexualizar os indivíduos como pelas alterações na autoestima e atratividade (Pascoal, Raposo & Gomes, 2015). A satisfação sexual percebida após o diagnóstico tende igualmente a decrescer, encontrando-se correlacionada com a diminuição da atividade sexual e/ou com a incapacidade da prática do coito motivada pela presença de sintomas como a dor ou a astenia (Cardoso, 2014).

Nas fases da excitação e plateau, no que à componente biológica da sexualidade diz respeito, a capacidade erétil ou de lubrificação vaginal não são

normalmente afetadas (Katz, 2005). A disfunção sexual a este nível encontra-se normalmente associada a outros fatores, sendo que frequentemente o que se encontra alterado é a qualidade das respostas sexuais envolvidas (Cardoso, 2014). Percepções de inadequação sexual, quer antecipatórias, quer no decurso do envolvimento sexual, são frequentemente geradoras de ansiedade, sendo que esta pode interferir negativamente na vivência da sexualidade (Silva, Ramos & Silva, 2014). Importa referir as expectativas pessoais e conjugais em relação à sexualidade, a par dos níveis de ansiedade enquanto outra das causas possíveis (Cardoso, 2014).

O tratamento de eleição aconselhado para a pessoa com CCR é a cirurgia (resseção total do tumor) acompanhada da drenagem dos nódulos linfáticos locais (Havenga, Breunkink e Mourits, 2011). A função sexual pode ser afetada em diversos pontos ao longo da técnica cirúrgica, sendo elevada a prevalência de disfunção erétil e de disfunção ejaculatória que apresentam uma taxa de incidência de 11 a 25% e 19 a 54% respetivamente (Havenga, Breunkin & Mourits, 2015).

A perda de função sexual nos doentes com CCR após cirurgia é inicialmente súbita e em muitos casos total e definitiva (Silva, Ramos e Silva, 2014). Por vezes torna-se necessária a construção de uma ostomia de eliminação, que pode ser temporária ou definitiva que pode ter impacto na vivência da sexualidade por parte do doente e seu parceiro (Traa et al, 2011). Inicialmente a ostomia tende a ser encarada como “uma mutilação” que exige cuidados diários (Havenga et al., 2015). Com o desenrolar da reabilitação e passado o primeiro impacto, o doente vai-se confrontando com a necessidade de retomar a sua vida normal, sendo a sexualidade um dos aspetos a retomar (Havenga, et al., 2015). Diversos medos e preocupações tendem a surgir nesta fase, tais como o medo da rejeição por parte do parceiro, o receio de magoar o estoma durante o ato sexual, o embaraço pela presença do saco coletor, que nos pacientes de raça negra é muito visível devido à cor dos dispositivos presentes no mercado, a inibição em despir-se, o medo da percepção do cheiro desagradável, e o ruído provocado pela saída de gases; a preocupação de poder existir extravasamento dos efluentes por deslocamento do dispositivo (Gonçalves & Leite, 2014).

Outro dos tratamentos utilizados na pessoa com CCR é a radioterapia, que pode ser neoadjuvante ou adjuvante. Existem dois esquemas distintos: o esquema

curto, com cinco doses diárias de 5 Gy¹, e o esquema longo, com vinte e oito dose diárias de 1.8 Gy) (Havenga et al., 2015). A escolha do esquema de radiação depende, do estado geral da pessoa, do estadio do tumor e do protocolo em vigor na instituição, devendo a área a irradiar incluir o leito tumoral com uma margem de segurança de 2 a 5 cm (NCCN, 2015). Quando usada em combinação com a quimioterapia, a radioterapia está associada a uma menor taxa de recidiva (Cunningham, Atkin, e Lenz, 2011).

Ainda assim e dependendo do estado da doença, cerca de 60 % dos doentes com CCR desenvolvem metástases durante o período de *follow-up*, predominantemente a nível hepático (Traa et al., 2011). Os tumores do reto apresentam uma taxa de recidiva local maior que os do cólon, em grande parte devido à dificuldade anatómica em aceder à cavidade pélvica por via cirúrgica (Neal & Hoskin, 2009). Nos tumores do cólon, a proximidade de órgãos adjacentes acaba por limitar a dose de radiação a aplicar, pelo que a utilização da radioterapia é pouco frequente (Neal & Hoskin, 2009).

A radioterapia administrada na região pélvica pode originar complicações tardias severas ao nível dos órgãos, dos vasos e dos nervos por ela afetados sendo o efeito progressivo e podendo tornar-se sintomático após um longo período de latência. A dose de radiação acumulada tem especial risco de toxicidade intestinal, vesical e genital (Incrocci e Jensen, 2013). A longo prazo, as consequências mais frequentes são o encurtamento ou a atrofia das paredes vaginais, sendo a fibrose frequentemente associada à diminuição da elasticidade vaginal, encurtamento vaginal e em casos raros total estenose vaginal (Incrocci & Jensen, 2013).

No homem submetido a radioterapia pélvica, a disfunção prende-se essencialmente com a componente fisiológica da sexualidade, sendo a disfunção do orgasmo bastante frequente, mas havendo outras alterações reportadas como a ausência de volume ejaculatório (anejaculação, 2-56%), o desconforto durante a ejaculação (3-26%) e a hemospermia (5-15%) (Incrocci & Jensen, 2013).

¹ O Gray (Gy) é a medida internacional da radiação ionizante, correspondente à absorção de um joule de energia por quilograma de matéria (Otto, 2000).

Na mulher submetida a radiação pélvica, a disfunção está normalmente associada a aspetos fisiológicos e também psicológicos, sendo os principais efeitos a disfunção de excitação e plateau, isto é, falta de desejo e de confiança, a par do medo, que se refletem numa menor satisfação face à vida sexual (Incrocci e Jensen, 2013). A rápida renovação celular do epitélio vaginal e vulvar podem originar secura, sangramento e diminuição da elasticidade vaginal, que podem culminar em dispareunia (Incrocci e Jensen, 2013). Podem verificar-se eritema e descamação severos, que normalmente se resolvem ao fim de 2-3 meses após o término da terapia (Incrocci & Jensen, 2013).

Os agentes citostáticos utilizados no tratamento no CCR em Portugal são as fluoropirimidinas, o irinotecano e a oxaliplatina (DGS, 2012). A quimioterapia concomitante com a radioterapia é feita com fluoropirimidinas, sendo o 5FU o agente antineoplásico mais usado no tratamento do CCR, com respostas favoráveis em 15 a 25% nas situações de doença metastática (Neal & Hoskin, 2009). Embora cada ciclo possa variar tendo em conta o estado da pessoa, geralmente a quimioterapia neoadjuvante tem a duração de seis meses com ciclos de 14 dias, sendo o FOLFOX², o FOLFIRI³, a par do 5FU em associação com a radioterapia os protocolos mais frequentemente utilizados (NCCN, 2015a). A quimioterapia continua a ser responsável por múltiplos efeitos secundários que interferem com o bem-estar do indivíduo (astenia, náuseas, vômitos, diarreia) ou com a sua imagem corporal (alopecia, fácies cushingóide) (Silva, Ramos & Silva, 2014).

Vários citostáticos são também tóxicos para as células germinativas, interferindo com o potencial de fertilidade do indivíduo o que tem uma das consequências mais nefastas para a sexualidade e fertilidade dos doentes, o hipogonadismo secundário que, apesar da possibilidade da suplementação hormonal não permite o normal desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e a geração de gâmetas (Silva, Ramos & Silva, 2014). Face ao diagnóstico de cancro, a sexualidade é muitas vezes menosprezada dando-se prioridade ao tratamento da doença (Mercadante et al., 2010). A cura e a sobrevivência do doente são os principais

² FOLFOX: Esquema de quimioterapia que combina o uso de ácido folínico com 5FU e irinotecano (NCCN, 2015).

³ FOLFIRI: Esquema de quimioterapia que combina o uso de ácido folínico com 5FU e oxaliplatina (NCCN, 2015).

objetivos terapêuticos, embora outros resultados funcionais, como a continência fecal e urinária, a par de aspetos como a sexualidade do doente, tenham vindo a ganhar lugar de destaque no seio da comunidade científica e dos profissionais clínicos (Traa, et al., 2011).

1.3) A intervenção do enfermeiro junto da pessoa com alteração da sexualidade

Tanto o cancro como os seus tratamentos têm potencial para alterar a sexualidade da pessoa (Mercadante et al., 2010). Cabe ao enfermeiro trazer o diálogo da sexualidade para a relação, promovendo a manutenção de uma função sexual satisfatória por parte da pessoa e seu parceiro (BCCA, 2014), sempre que para tal o doente lhe conceda permissão (Incrocci & Jensen, 2011). O enfermeiro precisa de estar confiante no seu próprio conhecimento da sexualidade, consciente das suas limitações e ter presente que os problemas sexuais são íntimos e pessoais e que como tal, devem ser abordados com toda a sensibilidade e reserva da vida da pessoa (Gonçalves e Leite, 2014).

A sexualidade deve ser incorporada numa abordagem inicial que deve ser feita mediante uma entrevista aberta (não estruturada), sem ninguém a partilhar a informação, com o objetivo de perceber qual o impacto do diagnóstico e seus tratamentos na integridade e função corporais, na qual se inclui a sexualidade (Taylor, 2015). Por vezes a pessoa precisa de ajuda na aceitação das alterações ao nível de padrões do desejo ou até mesmo na habilidade de estabelecer contactos sexuais, sendo importante a mediação de expectativas (BCCA, 2014).

A intervenção fundamental junto da pessoa com alteração da sexualidade passa essencialmente pela comunicação (BCCA, 2014). Muitos doentes verbalizam dificuldade em discutir a sua sexualidade com quem quer que seja, sendo normalmente esta dificuldade acrescida quando se verifica uma alteração corporal (Pascoal et al., 2015). Para além da capacidade comunicacional do próprio enfermeiro, também o local onde a abordagem é efetuada tem impacto na capacidade de expressão do doente, devendo este ser resguardado e privado de forma a permitir a intervenção nesta área tão íntima da pessoa sem que esta se sinta exposta (Taylor, 2015).

Outro dos pontos fundamentais da atuação do enfermeiro na promoção da saúde sexual da pessoa é a eliminação, sempre que possível, de fatores predisponentes para a disfunção existente, por exemplo através do controlo sintomático (BCCA, 2014). Neste sentido e para que a intervenção seja bem-sucedida, aspetos como a privacidade, crenças e valores devem sempre ser tidos em linha de conta (BCCA, 2014). A perda de função sexual nos doentes com CCR após alguns tratamentos principalmente da cirurgia é inicialmente súbita e em muitos casos total e definitiva, sendo por isso fundamental a intervenção do enfermeiro que deve começar a reabilitação do doente desde o primeiro contacto (Silva, Ramos e Silva, 2014).

Com o objetivo de perceber o que existe publicado acerca da intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com CCR realizei uma revisão *scoping* da literatura (Apêndice 1). De entre a literatura encontrada constata-se a quantidade quase inexistente de artigos publicados onde o papel do enfermeiro é ref, sendo igualmente escassa a evidência disponível acerca da sua intervenção face à alteração da sexualidade da pessoa com CCR. Por outro lado, constata-se que mesmo quando o papel do enfermeiro é referido, a sua intervenção é quase exclusivamente abordada no contexto do doente com CCR colostomizado. Numa parte considerável dos estudos produzidos, a abordagem da sexualidade da pessoa com CCR é feita em detrimento de outros tipos de cancro, como o da próstata nos homens ou o de mama nas mulheres. Verifica-se igualmente a inexistência de guidelines acerca da abordagem da sexualidade neste tipo de doentes.

O papel do enfermeiro junto da pessoa com alteração ao nível da sexualidade passa essencialmente pela comunicação (BCCA, 2014). Muitos doentes verbalizam dificuldade em discutir a sua sexualidade com quem quer que seja, sendo normalmente esta dificuldade acrescida quando se verifica uma alteração corporal (Pascoal, Raposo e Gomes, 2015). O local onde a abordagem é efetuada tem impacto na capacidade de expressão do doente, assim como o tem a capacidade comunicacional do próprio enfermeiro (Taylor, 2015). O fator género parece ter impacto na vivência da doença, sendo o *status* funcional a principal preocupação nos doentes do sexo masculino (Taylor, 2015). Nas doentes do sexo feminino, a imagem corporal é fortemente associada ao sentimento de feminidade sendo por isso mais valorizada (Taylor, 2015). De uma forma geral o processo de intervenção deve ser

baseado em pequenos objetivos, tanto na dimensão da autoimagem como ao nível das alterações da sexualidade (Taylor, 2015).

As representações do doente e do próprio enfermeiro podem nem sempre ser compatíveis e é importante que o profissional aprenda a gerir a sua linguagem verbal e não verbal de forma impedir que estas diferenças impeçam a abordagem da sexualidade (RNAO, 2009). Só assim o profissional poderá abordar esta temática tão sensível quanto particular o que requer formação adequada e treino (RNAO, 2009). A sexualidade sofre alterações ao longo da idade e à medida que a pessoa ganha experiência de vida (Pereira, 2014). Sendo um aspeto tão singular, torna-se difícil a elaboração de *guidelines* para a sua abordagem, contudo, pedir permissão ao doente para discutir a temática da sexualidade é essencial para o sucesso da intervenção (Taylor, 2015).

Existem diversos modelos de avaliação para a abordagem da sexualidade, como o modelo ALARM criado em 1990 por Anderson, o modelo PLEASURE criado em 1988 por Schain, o modelo BETTER criado por Mick & Cohen em 2003. Contudo devido à sua natureza essencialmente prática com sugestões concretas sobre as técnicas de comunicação a utilizar, sendo simultaneamente um modelo de avaliação e intervenção na sexualidade da pessoa, optei por escolher o modelo PLISSIT. O modelo de terapia sexual PLISSIT para avaliação e intervenção, criado por Jack Annon (1976) com o intuito de guiar a abordagem do profissional de saúde no âmbito da sexologia compreende quatro níveis diferentes de intervenção, requerendo cada um deles conhecimentos e competências distintas (Taylor & Davis, 2006).

A primeira fase do modelo e de menor complexidade, é a fase da **permissão**, que tem por objetivo incentivar a pessoa a discutir as preocupações e medos que sente (Taylor & Davis, 2006). Torna-se fundamental o esclarecimento de mitos e crenças erróneas que possam influenciar o bem-estar da pessoa, não apenas a nível físico, mas também a nível psicológico (Taylor & Davis, 2006). A seguinte fase do modelo é a fase **informação limitada** pois tem como intenção fornecer informação relativa à função sexual da pessoa, a par do impacto da doença ou dos tratamentos na sua intimidade e sexualidade (Taylor & Davis, 2006). Por vezes quando o problema detetado se encontra relacionado exclusivamente com expectativas irrealistas, o fornecimento de informação relacionada com a alteração de práticas sexuais, como resposta a mudanças na fisiologia e função sexual, pode ser suficiente (Taylor &

Davis, 2006). A correta identificação dos efeitos sentidos pela pessoa e de como ela os interpreta e profere é de especial importância, devendo ser fornecidas apenas informações pertinentes para o caso do doente.

A fase seguinte do modelo é a fase das **sugestões específicas**, uma fase de maior complexidade que deve ser desenvolvida apenas por especialistas na área. A abordagem aprofundada da sexualidade da pessoa pode revelar preocupações relacionadas com o domínio físico ou até com o domínio psicológico (Taylor e Davis, 2006). Esta fase, além de crucial por si só, assume uma importância suplementar pois a este nível pode ser percebida a necessidade de fazer o encaminhamento para especialistas mais diferenciados capazes de intervir ao nível mais complexo de especificidade do modelo, o nível de **terapia intensiva** da sexualidade. Ao contrário das fases anteriores, a este nível pretende-se a utilização de questões fechadas que permitam a identificação clara e objetiva, não apenas do problema verificado, mas também da solução a fornecer (Taylor & Davis, 2006).

Sempre que a abordagem do doente exigir conhecimentos além daqueles que dispomos, este deve ser referenciado. A referenciação deve ter lugar em tempo útil tendo em vista a recuperação da pessoa, contudo, para poder proceder ao seu encaminhamento, é fundamental obter o consentimento da pessoa (Taylor, 2015). Não obstante, o fornecimento de informações e sugestões específicas sobre como abordar ou lidar com as preocupações específicas do doente é responsabilidade do enfermeiro, desde que ele tenha uma sólida base de conhecimentos e nível de conforto para lidar com as preocupações específicas inerentes (Taylor, 2015).

No pós-operatório imediato, o doente está normalmente focado na sua sobrevivência, o que resulta numa estimulação a nível simpático que irá potenciar os reflexos relacionados com o stress, diminuindo a capacidade de excitação sexual (Gonçalves & Leite, 2014). Por este motivo só após a satisfação das suas necessidades básicas deverão ser abordadas as necessidades sexuais (Gonçalves & Leite, 2014). Numa fase mais posterior, com o conseqüente retorno da pessoa ao seu quotidiano, questões sobre a sexualidade ganham importância, sendo frequentemente reportado pelos doentes alterações intimamente ligadas à maneira como as outras pessoas vêem o seu corpo, nomeadamente alterações referentes ao sentimento de pertença, alterações ao nível dos sentimentos de feminilidade/masculinidade (Taylor, 2015).

Durante o período de tratamento em que o doente se encontra a fazer radioterapia e quimioterapia, deve ser evitada uma gravidez, sendo de particular interesse que nas primeiras 48 horas após a quimioterapia seja utilizado um método contraceptivo de barreira para evitar expor a(o) parceira(o) à medicação (BCCA, 2014). A intervenção do enfermeiro deve passar em primeiro lugar por formar a pessoa submetida a tratamento, devendo esta ser informada sobre os efeitos da radioterapia pélvica, a par das possíveis sequelas da radiação na sua vida sexual (Incrocci, 2013).

De uma forma geral são sugeridas intervenções dentro de uma relação terapêutica com a pessoa doente, que implica o desenvolvimento de competências de comunicação. São definidos quatro domínios particulares que se apresentam no Apêndice 2.

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Como forma de desenvolver competências na área específica de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica particularmente junto da pessoa com CCR com alteração da sexualidade ou potencial para que esta venha a ocorrer e de acordo com o plano de estudos da ESEL, tornou-se necessária a realização de estágios que decorreram em períodos temporais distintos, conforme indicado no cronograma de estágio (Apêndice 3).

Os estágios foram selecionados por serem locais especializados na prestação de cuidados diferenciados ao doente oncológico com alteração da sexualidade e equipas com peritos nesta área. Neste capítulo descrevem-se as atividades realizadas nestes contextos refletindo criticamente e em articulação com a evidência científica que sustentou este projeto de modo a melhorar a prática e a obter competências profissionais tal como a ordem dos enfermeiros aconselha.

2.1) Num serviço de radioterapia

O estágio decorreu entre 25 de setembro e 20 de outubro de 2017, num total de 18 turnos realizados e 144 horas, com o objetivo de desenvolver competências comunicacionais que possibilitem a intervenção junto de pessoas com alteração da sexualidade (potencial e real) secundária ao tratamento de radioterapia. Fui orientado por duas enfermeiras peritas na prestação de cuidados à pessoa sob radioterapia e para atingir este objetivo geral tive como primeiro objetivo “conhecer a estrutura e funcionamento da equipa de enfermagem do serviço para a integração no serviço”.

Uma das atividades para cumprir este objetivo foi a realização de uma reunião conjuntamente com a enfermeira chefe, enfermeiras orientadoras do serviço e da escola para apresentar o meu projeto. Inicialmente a minha prioridade era a prestação de cuidados à pessoa com CCR, no sentido de perceber de que forma era feita a prevenção e gestão dos sintomas com impacto na sexualidade da pessoa submetida a tratamento de radioterapia. Contudo, após a reunião, percebi que o reduzido número de doentes com CCR a serem submetidos a radioterapia no período em que decorria o meu estágio, levou à decisão de cuidar de todos os doentes oncológicos seguidos

em consulta de enfermagem, independentemente do seu diagnóstico, possibilitando o desenvolvimento de competências no âmbito da rentabilização das oportunidades de aprendizagem, decorrente da análise de situações clínicas (OE, 2019).

Outra atividade feita foi uma visita guiada ao serviço, que tem como missão a realização de tratamentos de radioterapia aos doentes da instituição e aos doentes referenciados por outras unidades que não possuam esse recurso. O serviço funciona de segunda a sexta-feira, 12 horas por dia, sendo a equipa multidisciplinar composta por 9 enfermeiros, 15 médicos, vários técnicos radiologistas, físicos entre outros profissionais. Fisicamente ocupa um edifício de dois andares, com 1 sala de acolhimento, 1 sala de tratamentos, 1 sala de recobro, 1 sala de espera e 6 salas de tratamento RT onde são realizados 300 tratamentos por dia, quer de Radioterapia Externa, quer de Braquiterapia.

A manutenção da saúde “é essencial ao funcionamento humano” (Henderson, 1991, citada por Tomey e Alligood, 2002, p.115), por este motivo o serviço de radioterapia possui uma consulta de enfermagem organizada de forma a responder às necessidades humanas da pessoa com doença oncológica a ser submetida a tratamento de RT. A consulta encontra-se estruturada para prevenir e monitorizar o aparecimento de efeitos secundários dos tratamentos de radioterapia, dando especial ênfase na prevenção de radiodermites e radiomucosites. O manual de funcionamento da mesma foi revisto em maio de 2016 estabelecendo para as consultas de enfermagem de 1ª vez 30 minutos e para as consultas subsequentes 15 minutos.

Contrariamente ao defendido, neste serviço, a consulta de 1ª vez nem sempre é marcada antes da realização do tratamento, pois, como refere o CNSA (2016) a 1ª consulta de enfermagem deve ser marcada previamente ao início dos tratamentos, sendo importante o fornecimento de informação por via oral e também por via escrita, não se verificando também apoio escrito da informação dada no consulta. A orientação incide sobre o tratamento e inclui os cuidados de vida diária com maior incidência na área irradiada, hábitos alimentares saudáveis, atividade física e medicamentos, o que está de acordo com o referido por Seiça (2017). O acesso à consulta de enfermagem é feito por referência do médico radiologista, ocorrendo este encaminhamento em diversas fases do tratamento e mesmo quando já há alterações relacionadas com o tratamento, nomeadamente da integridade cutânea (radiodermite).

A equipa de enfermagem considera que o acesso à consulta de enfermagem devia ser de todas as pessoas submetidas a tratamento de radioterapia, o que está de acordo com o preconizado com o CNSA. Esta questão debatida com a enfermeira chefe do serviço e enfermeiras orientadoras da escola e do serviço, o que a meu ver possibilitou o desenvolvimento de competências de análise e planeamento da qualidade de cuidados (OE 2019). Os aspetos a abordar junto do doente bem como o momento em que o contacto deve ser realizado encontra-se protocolado, sendo patente o esforço para a homogeneização dos cuidados prestados por parte de toda a equipa.

A consulta de normas e procedimentos relativos à gestão das alterações da sexualidade foi outra das atividades realizadas. Apesar de a sexualidade constar dos aspetos a abordar no guião de consulta, a sua avaliação varia entre os profissionais. Na minha opinião, a introdução de um modelo de avaliação e intervenção como o modelo Plissit de Jack Anon anteriormente apresentado, do qual constassem algumas perguntas desbloqueadoras de conversa seria sem dúvida algo positivo e que facilitaria o trabalho dos colegas. Por outro lado, estando o acesso à consulta de enfermagem condicionado pela referência médica, há situações de pessoas, também das com CCR, em que a avaliação das alterações da sexualidade é feita tardiamente estando associada a complicações com a RT. De acordo com as colegas do serviço, a sexualidade, nos homens nem sempre é avaliada a menos que haja alterações e o próprio doente as refira, sendo nas mulheres avaliada com maior frequência, embora de forma pouco aprofundada e sem sistematização.

Existe uma consulta de oncosexologia no serviço com um nível mais específico de intervenção, feita por um grupo de enfermeiras com formação específica na área da sexualidade ou por uma psicóloga. Apesar de tudo, a consulta de oncosexologia não funciona todos os dias por limitações de espaço do serviço, além de que nem sempre oferece uma resposta em tempo útil.

Para cumprir o segundo objetivo que foi “prestar cuidados de enfermagem à pessoa como CCR em tratamento de radioterapia e risco de ter alterações da sexualidade, desenvolvi várias atividades sendo a primeira, a observação de consultas feitas pelas enfermeiras do serviço. Tinha definido como indicador desta atividade, a realização de 50 consultas de enfermagem, 20 das quais a pessoas com alteração da sexualidade identificada, assegurando a sua avaliação e também a

referenciação para especialistas se necessário. Contudo, tal como foi dito, alarguei esta prestação de cuidados a todos os doentes seguidos em consulta de enfermagem, focando-me na prevenção dos efeitos sobre a sexualidade destas pessoas e não apenas naqueles com alterações previamente identificadas.

Comecei por observar as consultas de enfermagem, com base numa amostragem por conveniência, todos os doentes a fazer consulta de enfermagem nesse dia. Para sistematizar esta observação construí uma grelha de observação (Apêndice IV). Após ter pedido autorização à enfermeira chefe e a cada doente para a aplicação da referida grelha para assim, durante as consultas registar, salvaguardando o anonimato e respeitando o consentimento dos doentes os seguintes dados: sexo, idade, diagnóstico e estadiamento, especialidade de origem e tipo de consulta. Relativamente à intervenção da enfermeira registei se foi ou não abordada a temática da sexualidade e se esta abordagem foi registada no processo do doente.

Durante o meu estágio tive oportunidade de assistir a 52 consultas, 13% das consultas de primeira vez, 85% consultas de enfermagem subsequentes e 2% de oncosexualidade. Cerca de 40% das consultas foram realizadas por uma enfermeira perita sob a minha observação, ao passo que as restantes 60% das consultas foram ministradas mim sob a supervisão de uma enfermeira perita. A média de idades das pessoas a quem prestei cuidados foi de 62 anos, com uma amplitude entre 33 e 99 anos, sendo 46% do sexo masculino e 54% do sexo feminino. Relativamente à especialidade de origem, 33% vinham da otorrinolaringologia, 25% da oncologia médica, 25% da ginecologia e 12% da gastroenterologia, apresentado todos eles um risco elevado de alterações da sua sexualidade. Em 52% das consultas a sexualidade foi abordada junto dos doentes, mas só foi registada num correspondente a 12% do total das situações. Este dado espelha aquilo que a evidência científica nos diz: a sexualidade não é habitualmente abordada e mesmo quando o é, a abordagem não é normalmente registada (Taylor, 2015). Contudo importa salientar que o facto de não ter sido abordada a sexualidade nos momentos em que foi aplicada a referida grelha não implica necessariamente que a mesma não tivesse sido já previamente abordada. Por vezes a temática da sexualidade havia sido já abordada e registada e como tal, tendo sido dada a permissão ao doente para discutir a temática, não se justifica abordar em cada contacto que se tem com o doente.

De entre os doentes seguidos em consultas subsequentes, muitos apresentaram alterações relacionadas com o tratamento, maioritariamente mucosites de radiodermites, tendo desenvolvido intervenções no sentido de tentar resolvê-las, o que me permitiu gerir na equipa práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. De entre os diversos contactos com os doentes seguidos em consultas subsequentes, onze apresentaram alterações ao nível da sexualidade, seis apresentaram disfunções ao nível do desejo, dois ao nível da excitação e três ao nível do orgasmo. A intervenção junto das pessoas com alteração da sexualidade ao nível do desejo passou mais uma vez essencialmente por promover a melhoria da comunicação entre o casal, fornecendo igualmente estratégias para o controlo da ansiedade relacionada com os tratamentos, nomeadamente exercícios de relaxamento, troca de papéis e salientar que a sexualidade é mais do que o simples ato sexual. Em cinco das seis situações a intervenção foi bem-sucedida, embora uma das pessoas tivesse recusado a intervenção por não considerar que fosse um problema que carecesse de intervenção neste momento. O facto de ter registado um elevado número de interações com os doentes, permitiu reformular as estratégias utilizadas de acordo com cada situação.

A manutenção da fluidez necessária à abordagem de uma temática tão íntima como a sexualidade foi particularmente difícil durante as primeiras consultas ministradas, sendo de particular dificuldade a gestão dos silêncios que iam surgindo. Apesar de tudo as sugestões específicas obtidas através do modelo Plissit foram norteadoras, nomeadamente no momento de trazer a temática da sexualidade para a discussão. Se inicialmente a minha postura era relativamente distante, devido ao facto de não querer esquecer-me de nenhum aspeto relevante no seguimento das consultas, principalmente as consultas de primeira vez, com o decurso do estágio fui posteriormente adotando uma postura de mais proximidade que me permitiu enquadrar todos os temas numa entrevista semi-estruturada, realizada em ambiente terapêutico.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (OE, 2011). Tanto o enfermeiro como pessoa alvo dos cuidados possuem quadros de valores e crenças individuais, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem (OE, 2011),

assumindo-se assim a comunicação enquanto área fundamental para a intervenção, que eu escolhi trabalhar ao longo deste estágio. O controlo da linguagem não verbal foi outra das dificuldades sentidas ao longo de todo o estágio, principalmente no início.

A este respeito saliento uma situação vivenciada com uma doente, a D.M. (Apêndice 5). No meu primeiro contato com a doente tinha já iniciado tratamento de radioterapia, tendo já realizado um total de 5 frações. Tendo em conta o potencial de impacto dos tratamentos na sexualidade da doente e de acordo com a informação constante no processo da doente tinha sido realizada colheita de óvulos. À medida que a consulta foi avançando, foi-se tornando evidente que a doente dispunha de imensa informação credível relativa ao seu processo de doença. Face às perguntas que foram surgindo tentei responder adequadamente, tendo a temática da fertilidade surgido no decurso da conversa. Ser mãe era parte integrante do projeto de vida da D. M., algo que depois do tratamento de radioterapia seria inviável, mesmo tendo sido realizada colheita de óvulos previamente. De acordo com o princípio da não instrumentalização da pessoa humana aplicado às técnicas de reprodução medicamente-assistidas, a utilização das mesmas “deve excluir o recurso a mães de substituição, quer estas contribuam ou não com os seus ovócitos” (CNECV, 1993). Neste sentido e uma vez que a nível hormonal a mulher não está preparada para produzir uma gravidez, deparamo-nos com um problema do domínio ético.

A dimensão ética é uma das componentes da ação do enfermeiro. Nesta situação a intervenção do enfermeiro deve passar pela gestão de expectativas, auxiliando a mulher na adaptação à nova realidade. A prática reflexiva é encarada pela Ordem dos Enfermeiros como um dos requisitos para uma prática de cuidados de qualidade e de facto, ao longo de todas as interações assumiu-se como um importante meio de aquisição de competências, neste caso em particular Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

Ao longo do estágio foram distribuídas sondagens de opinião (Apêndice 6), aplicadas com base numa amostragem por conveniência: as colegas do serviço de radioterapia com o intuito de consciencializar-me da sua perceção acerca da abordagem ou não da temática da sexualidade. Segundo os dados recolhidos, 62% dos enfermeiros inquiridos refere abordar a sexualidade junto dos doentes de quem cuida, sendo que 38% dos enfermeiros refere claramente não abordar a temática.

Quando questionados acerca dos motivos mais impeditivos à abordagem da temática, a resposta mais vezes mencionada foi a falta de privacidade do local onde trabalha (mencionada por 29% dos inquiridos), seguida da falta de tempo (mencionada por 20% dos inquiridos) e da falta de treino comunicacional a par da incerteza sobre quem deve começar a conversa (ambas mencionadas por 14% dos inquiridos). Estes resultados estão em linha com o que defende a literatura, sendo as razões mais frequentemente apontadas pelos enfermeiros como sendo impeditivas à abordagem da temática da sexualidade. Dos 52 momentos de prestação de cuidados observados, apenas em 52% dos casos a sexualidade havia sido abordada. Embora a amostra não seja significativa no total de doentes que são diariamente cuidados no serviço em questão, não permitindo por isso inferência acerca de nada, considero ainda assim importante salientar a diferença de 10% entre aquilo que os enfermeiros do serviço consideram fazer e aquilo que foi por mim observado.

No final do estágio foi por mim realizada uma sessão de formação (Apêndice 7) junto dos profissionais do serviço com o objetivo de dar a conhecer a avaliação da sexualidade feita num grupo de pessoas com doença oncológica submetidas a tratamento de radioterapia. A referida sessão teve lugar no serviço e nela estiveram presentes aproximadamente 90% dos enfermeiros da equipa, onde foram apresentados os dados recolhidos através das sondagens de opinião e também da observação da prática quotidiana. Considero ter consciencializado esta equipa para a necessidade de abordar a sexualidade junto dos doentes de quem cuidamos, fornecendo igualmente estratégias práticas para a abordagem da temática e desmistificando um pouco as razões por ela indicadas como impeditivas para a abordagem.

2.2) Num bloco de exames de urologia

O ensino clínico no bloco de exames de urologia decorreu entre 23 de outubro e 17 de novembro, num total de 14 turnos realizados em 112 horas, com o objetivo de desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, no cuidado de enfermagem a pessoas com alteração da sexualidade quer real, quer potencial. Neste estágio fui orientado por uma enfermeira especialista com grande experiência na prestação de cuidados à pessoa com alterações da sexualidade, para além de ter amplas competências comunicacionais amplamente desenvolvidas uma vez que neste campo de estágio pretendia particularmente desenvolver competências no domínio da comunicação.

Planeei como primeiro objetivo específico, “fazer a integração na estrutura e funcionamento da equipa de enfermagem do serviço”. O serviço está dotado de uma sala para o hospital dia, onde se faz administração de tratamentos de BCG, Gentamicina, Mitomicina, Uracyst e Bifosfonatos, duas salas polivalentes que são utilizadas para a realização de exames urológicos (biópsias prostáticas e urofluxometrias) e uma outra sala equipada e prepatada para tratamentos invasivos como a braquiterapia e cistoscopias. O bloco de exames funciona de segunda a sexta feira, num total de 9 horas por dia, sendo a equipa multidisciplinar composta por 6 enfermeiras, 8 médicos, 8 auxiliares de ação médica e 2 secretárias de unidade. No serviço são admitidos doentes oriundos das outras instituições do centro hospitalar e do próprio hospital, a par de doentes enviados por outras unidades de saúde.

O bloco de exames possui uma consulta de enfermagem que se realiza previamente à consulta médica e que se encontra estruturada de forma a garantir o acompanhamento da pessoa ao longo do seu processo de doença, detetando e intervindo tão precocemente quanto possível junto desta. Existem consultas de enfermagem de preparação para cirurgia, de preparação para braquiterapia e de preparação para biópsia, sendo que as pessoas que fazem tratamentos de quimioterapia são apoiadas pela enfermeira num continuum temporal. não havendo uma consulta especificamente organizada para a preparação destes tratamentos.

A avaliação inicial é feita de acordo com um guia existente do qual fazem parte diversos aspetos a abordar junto do doente, um dos quais a sexualidade. Neste sentido, outra das atividades realizadas foi a consulta de normas e procedimentos

relativos à gestão das alterações da sexualidade. A consulta de enfermagem encontra-se estruturada de acordo com a sua tipologia, existindo folhetos acerca dos diversos tratamentos oferecidos, não constando de nenhum deles qualquer aspeto referente à sexualidade. Apesar de ser um serviço com uma elevada afluência de doentes oncológicos, aproximadamente 76% dos doentes acompanhados durante o meu estágio, tem um número reduzido de doentes com CCR, embora os doentes que recebe tenham patologias ou sejam sujeitos a tratamentos que afetam as estruturas da cavidade pélvica tendo risco para a alteração da sexualidade, tanto na componente física como na componente psicológica.

Planeei como segundo objetivo específico, “prestar cuidados de enfermagem à pessoa risco de ter alterações da sexualidade”. Durante o meu estágio tive oportunidade de assistir a 50 consultas, 66% no hospital de dia, 22% nos exames urológicos, 8% consultas de preparação para braquiterapia e cirurgia e 4% de cirurgia.

Cerca de 20% das consultas foram realizadas por uma enfermeira perita sob a minha observação, ao passo que as restantes 80% das consultas foram ministradas mim sob a supervisão de uma enfermeira especialista. A média de idades das pessoas a quem prestei cuidados foi de 62 anos, com uma amplitude entre 41 e 92 anos, sendo 72% do sexo masculino e 28% do sexo feminino. As características dos doentes atendidos neste serviço, no que respeita à avaliação e intervenção na sua sexualidade fazem com que seja uma intervenção bastante diversificada e complexa, o que inicialmente constituiu uma dificuldade acrescida no meu desenvolvimento, permitindo-me alcançar competências na tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.

Por um lado, são seguidas pessoas admitidas para realização de uma biópsia, habitualmente focadas na sua sobrevivência devido à iminência de um diagnóstico oncológico. Este estímulo resulta normalmente numa estimulação a nível simpático que irá potenciar os reflexos relacionados com o stress, diminuindo a capacidade de excitação sexual (Pfaus, 2015). Por este motivo só após a satisfação das suas necessidades básicas deverão ser abordadas as necessidades sexuais, passando a atuação do enfermeiro pela mediação de expectativas, deixando em aberto a possibilidade de abordar os aspetos relativos à sexualidade assim que o doente entender que para tal houverem condições (Gonçalves & Leite, 2014).

Por outro lado, são igualmente seguidos doentes crónicos que recorrem ao serviço para realização de tratamentos no hospital dia ou exames de estadiamento. O facto de serem doentes crónicos implica que tivessem já passado por um processo de diagnóstico, tratamento e *follow-up* que em grande parte das situações durava há diversos anos. Em termos práticos, percebi que em muitas das situações, significava para a pessoa doente ter já partilhado grande parte da sua história de vida e projeto de saúde com inúmeros profissionais, passando neste caso a dificuldade pelo estabelecimento de uma relação terapêutica. Adicionalmente, importa salientar que em muitos casos, por serem doentes seguidos em consulta há tanto tempo, não existiam registos acerca da abordagem ou não da sexualidade, o que por vezes me fez sentir medo que a pessoa se sentisse invadida assim que abordasse junto dela a temática da sexualidade (que é alias, identificada como uma das principais barreiras na literatura para a não abordagem da sexualidade por parte dos enfermeiros). Em nenhuma das situações por mim observadas ou vivenciadas, a pessoa cuidada verbalizou quaisquer sentimentos negativos relacionados com a abordagem da sexualidade.

Num dos turnos por mim realizados no bloco de exames de urologia, tive a meu cargo uma doente do sexo feminino, com 53 anos de idade. A doente havia sido admitida para realização de tratamento com Uracyst e encontrava-se de momento em fase de manutenção devido a uma cistite crónica intersticial. Sob a orientação da enfermeira perita que me acompanhava realizei o procedimento de acordo com o protocolo em vigor no serviço. Após a realização do procedimento, ao contrário do que seria por mim esperado, a doente não se levantou da maca e permaneceu deitada.

De imediato questioneei a doente se sentia dor ou algum tipo de desconforto a fim de despistar quaisquer complicações imediatas, questão que a doente refutou. Ainda assim fiquei com a sensação de que a doente queria dizer algo, mas que alguma coisa a estava a impedir de falar. Instintivamente posicionei-me de frente para a doente, sentando-me num banco que havia ao lado da maca como forma de ficar ao mesmo nível que a doente, permanecendo em silêncio como forma de lhe demonstrar que haveria espaço para falar. Se numa fase inicial do meu processo de aprendizagem esta situação teria sido bastante incómoda porque iria ter a impressão de que para intervir seria necessário dizer ou fazer qualquer coisa, nesta situação senti instintivamente que o uso do silêncio foi a intervenção de que a doente necessitava.

A doente acabou por falar, referindo que desde “o tratamento não estava a correr bem” (sic). Quando a questioneei se tinham havido alguns efeitos secundários entre tratamentos ou se haveria algum incómodo, esta negou, afirmando que “tudo estava como sempre estive” (sic). Após algum tempo de entrevista não estruturada, levada a cabo para tentar perceber o que é que aquela frase (“o tratamento não está a correr bem”) queria dizer, percebi que a questão que preocupava a doente se prendia com questões referentes à sexualidade e que era algo referente ao marido que a preocupava, contudo, a doente naquele momento não se sentia confiante para abordar a temática que a preocupava e eu respeitei, acrescentando que quando se sentisse preparada para falar sobre o assunto, poderia procurar-me a mim ou qualquer outro membro da equipa.

Num contacto posterior, novamente me hospital dia para realização de tratamento, a doente pediu para falar comigo. Imediatamente recordei toda a conversa e antes que eu pudesse dizer qualquer coisa, mal acabei a instilação, realizada sob a orientação da enfermeira perita que me acompanhava realizei o procedimento de acordo com o protocolo em vigor no serviço, a doente acabou por verbalizar que o problema na relação dela é que o marido dela não entendia que por vezes ela se encontrar distante, por vezes até sexualmente, se prendia com o facto de se sentir ansiosa com a eficácia do tratamento realizado, sendo isso identificado como uma causa de mal-estar para a doente. Neste caso a minha intervenção passou pelo esclarecimento de dúvidas e pela desmistificação de mitos por, tal como defendido pela BCCA (2014), por vezes a pessoa precisa de ajuda na aceitação das alterações ao nível de padrões do desejo ou até mesmo na habilidade de estabelecer contactos sexuais, sendo importante a mediação de expectativas.

À semelhança do estágio anterior elaborei uma grelha de observação (Apêndice 9) que me permitiu inferir que a sexualidade foi abordada em apenas 44% das situações. Contudo, devido às características distintas de cada uma das vertentes do serviço, considero não ser possível comparar os dados obtidos em cada uma das vertentes. Ainda assim, considero que a reflexão inerente a todo o processo foi preponderante para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no âmbito da avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.

Adicionalmente foram distribuídas sondagens de opinião (Apêndice 10) aos colegas do serviço, também elas semelhantes às distribuídas no serviço do estágio

anterior com o intuito de consciencializar-me da diferença entre aquilo que é a perceção da acerca da abordagem ou não da temática da sexualidade por parte das enfermeiras do serviço. Na sondagem de opinião, 100% dos 6 enfermeiros inquiridos referiu abordar a sexualidade junto dos doentes de quem cuida, identificando como mais impeditivos à abordagem da temática, a falta de tempo (31%), a falta de privacidade do local onde presto cuidados (23%) e o medo que o doente se sinta ofendido, a par da incerteza sobre quem deve começar a conversa (ambas indicadas por 14% dos inquiridos). À semelhança do contexto anterior, no final do estágio foi novamente realizada uma sessão de formação (Apêndice 11) junto dos profissionais do serviço com o objetivo de dar a conhecer a avaliação da sexualidade feita num grupo de pessoas com doença oncológica submetidas a tratamento de radioterapia. A referida sessão teve lugar no serviço e nela estiveram presentes 100% dos enfermeiros da equipa, onde foram apresentados os dados recolhidos através das sondagens de opinião e também da observação da prática quotidiana.

2.3) Na consulta de andrologia

Este estágio decorreu entre 19 de novembro de 15 de dezembro, num total de 12 turnos em 96 horas, tendo como objetivo desenvolver competências técnico-científicas e relacionais, no cuidado de enfermagem a pessoas com alteração da sexualidade, particularmente com disfunções sexuais. Neste estágio fui orientado por uma enfermeira especialista com dez anos de experiência em cuidar de pessoas com alterações da sexualidade, particularmente com disfunções sexuais com necessidade de colocação de próteses penianas. Sendo parte da equipa mais especializada no tratamento das alterações à sexualidade, este estágio pautou pela aquisição de conhecimentos técnicos e científicos, tendo-me permitido ter contacto com as diversas *guidelines* e critérios para tratamento que se encontravam em vigor. Para atingir este objetivo geral tive como primeiro objetivo “conhecer a estrutura e funcionamento da equipa de enfermagem do serviço para a integração no serviço”.

A consulta de enfermagem de andrologia funciona no espaço físico das consultas externas da instituição e foi estruturada tendo por base o projeto de uma enfermeira do serviço, elaborado no âmbito da obtenção do grau de especialista. O projeto tem vindo a ser revisto desde a sua implementação há cerca de dez anos e

prevê um tempo de realização de 30 a 45 minutos para consultas de enfermagem de primeira vez e de cerca de 15 minutos para as consultas subsequentes. Embora a génese da consulta seja essencialmente relativa à disfunção erétil, são avaliadas e tratadas todos os tipos de disfunções verificadas tanto junto dos doentes do sexo masculino como dos doentes do sexo feminino. Da equipa fazem parte duas enfermeiras com experiência de vários anos no atendimento de pessoas com disfunções sexuais e dois médicos com formação pós-graduada. O doente chega referenciado de outras especialidades do hospital / centro hospitalar ou diretamente dos cuidados de saúde primários.

Devido ao reduzido número de doentes em tratamento, a consulta de andrologia não tem dia definido para ocorrer, funcionando de acordo com as marcações médicas que ocorram nesse dia. Em termos práticos, existe um enfermeiro escalado em permanência que dá apoio às especialidades de urologia e que presta cuidados diferenciados no âmbito da sexualidade, sempre que um doente seja referenciado por um dos médicos como de risco para a existência de alterações da sexualidade. Esta avaliação é feita tendo por base o julgamento clínico do médico, tendo por base a vertente estritamente fisiológica da sexualidade, o que faz com que apenas alguns dos doentes, nomeadamente aqueles que sejam submetidos a tratamentos que envolvam as estruturas sexuais diretamente envolvidas na resposta sexual, sejam sinalizados. A primeira consulta é normalmente realizada apenas com o homem, não sendo realizada na companhia da(o) parceira(o) a menos que haja indicação explícita por parte do doente a pedir.

Para atingir os objetivos a que me propus, defini igualmente o objetivo de “prestar cuidados de enfermagem à pessoa com alterações da sexualidade, integrando a evidência científica na prática”. Como atividade prevista a este nível delinee a prestação de cuidados de enfermagem aos doentes seguidos em consulta. que se encontravam a maioria das vezes em *follow-up*, recorrendo ao serviço apenas para validação dos ensinamentos ministrados. Por outro lado, devido às características dos doentes a quem fui prestando cuidados, nomeadamente o facto de não terem doença oncológica ativa, muitos deles reúnem critérios para a implementação de medidas definitivas no controlo por exemplo da disfunção erétil, como a colocação de próteses penianas. Durante o meu estágio pude assistir por duas vezes à ativação das mesmas, ambas hidráulicas, assistindo igualmente ao ensino feito para a sua

utilização. Durante o estágio tive oportunidade de assistir à intervenção especializada junto do doente com alteração da sexualidade por parte da enfermagem e da medicina. Enquanto a consulta médica se encontra estruturada de uma forma muito dirigida, onde se procuram sintomas e tentam compensá-los quase exclusivamente por parte da via farmacológica, a abordagem da enfermeira especialista tende a ser mais aprofundada, sendo abordado o impacto da sexualidade num aspeto mais amplo e não meramente como um ato físico. Mesmo quando a sintomatologia não é passível de ser controlada, a enfermeira perita auxilia a pessoa a encontrar estratégias para fazer face ao problema, pelo que na minha opinião, a prestação de cuidados por parte do enfermeiro especialista naquela consulta promove a melhoria dos cuidados prestados ao nível da sexualidade.

Inicialmente defini como atividades prestar cuidados em colaboração com a enfermeira especialista na área. Neste sentido defini como indicador a prestação de cuidados a 20 pessoas com alteração da sexualidade identificada. Acabei por realizar 30 intervenções que resultaram entre doentes de primeira vez e de follow-up numa prevalência de disfunções no âmbito da sexualidade na ordem dos 63%, sendo 94% delas disfunções de excitação e 6% delas disfunções do desejo.

Numa das consultas a que assisti surgiu um dilema ético sobre o qual elaborei uma reflexão crítica. O jovem em questão, com 17 anos e institucionalizado devido a um grave atraso no seu desenvolvimento, recorreu ao serviço acompanhado de um tutor legal. A instituição em questão não estaria, devido aos seus estatutos preparada o continuar a receber assim que ele fosse maior de idade e tinha encontrado uma família que havia aceitado recebê-lo. Todavia a família em questão só concordava recebê-lo caso o mesmo fosse submetido a uma vasectomia, por não se poder responsabilizar pelos eventuais filhos que este viesse a ter. O caso em questão foi naturalmente reportado à comissão de ética, que ficou de se pronunciar, não o tendo feito durante o período de duração do meu estágio.

Face à tentativa do tutor de assumir a inimputabilidade do jovem, tentativa claramente concebida para que o procedimento fosse feito, a colega resolveu reportar o caso à comissão de ética da instituição, o que no meu ponto de vista foi o mais acertado. De acordo com a Carta Internacional dos Direitos do Homem, todo o individuo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal (Artigo 3º), algo que na

minha perspectiva seria afetado caso a situação fosse decidida de forma favorável à vontade da instituição. Por outro lado, tal como defende o artigo 5º da Carta Internacional dos Direitos do Homem, ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Considero que se fosse feito, a situação constituiria um tratamento degradante.

De entre as diversas intervenções desenvolvidas no âmbito da consulta de andrologia por parte dos enfermeiros peritos, a educação para a saúde e a promoção da adesão ao regime terapêutico, a par do suporte emocional e da desmistificação de preconceitos representa uma grande parte. Para além da validação de conhecimentos em relação às diversas linhas de tratamento das disfunções no homem, os inibidores da 5-Fosfo-Diesterase como Tadalafil, o Vardenafil, Sildenafil, os aplicadores Muse e Vitaros ou as injeções de Caverjet, realizei também por diversas vezes ao ensino relativo à correta administração dos fármacos, promovendo assim a adesão ao regime terapêutico. Para além de preponderante no que concerne à correta técnica de administração dos fármacos, a promoção de intervenções não farmacológicas como a utilização da bomba de vácuo.

O papel do enfermeiro no seio de todo o processo, passa pela validação de que o doente possui recursos materiais e financeiros para aquisição da terapêutica. A parte de todos os aspetos já referidos, tive igualmente oportunidade de colaborar na colocação de próteses peniana. No serviço são colocados dois tipos de próteses penianas: próteses maleáveis e próteses hidráulicas de dois ou três componentes. A escolha dos doentes candidatos um aspeto fundamental onde o enfermeiro tem um grande potencial de ação.

É necessário verificar se o doente tem a vontade de manipular a prótese e também se este reúne as condições para a sua utilização: manutenção das capacidades físicas, cognitivas e psicológicas, uma vez que para além da morbidade inerente, uma prótese peniana tem um custo de aproximadamente 15 000 € (prótese semirrígida) e de 20 000 €(prótese hidráulica). Importa salientar que quando se coloca uma prótese peniana, independentemente de qual o tipo escolhido, existe destruição de parte significativa dos corpos cavernosos. Se por algum motivo for necessário retirar a prótese, seja por extrusão da mesma ou por um processo infeccioso, a ereção por pode ficar seriamente comprometida, sendo normalmente necessária a utilização de bomba de vácuo com anel constritor.

2.4) No serviço de oncologia médica e especialidades

O quarto estágio foi desenvolvido no serviço de oncologia e especialidades médicas de um hospital e decorreu entre 3 de janeiro e 10 de fevereiro de 2018, num total de 18 turnos realizados e 144 horas, sendo o principal objetivo o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista através da intervenção junto da equipa que cuida dos doentes com CCR e alteração da sexualidade. Tive como orientadora uma enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica. Desde a fase do diagnóstico da situação até ao momento deste estágio, o serviço foi reestruturado que teve como consequência a população de doentes com CCR ter passado a ser internada noutra serviço. Por outro lado, a receber doentes internados por vida da urgência, por descontrolo sintomático o que por si só é impeditivo de se abordar a sexualidade (Pfaus, 2015). Em conjunto com as orientadoras decidiu-se alargar a intervenção aos doentes atribuídos à orientadora clínica permitindo assim a maximização dos momentos de aprendizagem.

Delineei como primeiro objetivo sensibilizar a equipa para a abordagem da sexualidade junto da pessoa internada no serviço, especialmente as pessoas com CCR. A equipa de enfermagem do serviço é constituída por 31 enfermeiros, 9 do sexo masculino e 22 do sexo feminino, todos com curso de licenciatura, 4 dos quais com especialidade, não havendo nenhum elemento com formação na área da sexualidade. Com o objetivo de planear um programa de melhoria contínua e para conhecer a realidade atual do serviço em relação à abordagem da temática da sexualidade, elaborei uma sondagem de opinião que após validação pela docente orientadora foi distribuída no serviço aos elementos da equipa. A sondagem de opinião obteve uma taxa de preenchimento de 97% (29) dos enfermeiros da equipa. Apenas 7% dos mesmos referiram abordar a sexualidade, havendo 93% que referiu não abordar. As razões consideradas impeditivas para a abordagem da sexualidade, são a falta de privacidade no local onde presto cuidados (23%), a incerteza de quem deve iniciar a conversa (18%) e a falta de treino comunicacional (16%). A recolha e tratamento dos dados obtidos foi um dos objetivos a que me propus, tendo-me permitido o desenvolvimento de diversas competências ao nível da investigação.

Na minha opinião, sendo a sexualidade um fenómeno multidimensional, muitos dos dados que colhemos tendo em vista a satisfação de outras necessidades podem

ser utilizados no âmbito da sexualidade também, só falta que as pessoas sejam consciencializadas para isso mesmo. Por nem sempre ser de fácil compreensão quais as condições que preferencialmente devem estar presentes para a abordagem da sexualidade, foi por mim construído, tendo por base a literatura consultada ao longo dos diversos estágios e as competências desenvolvidas, um o algoritmo para a avaliação da sexualidade por parte do enfermeiro generalista, desde o momento da admissão. Outra das atividades por mim realizadas foi a consulta de normas e procedimentos internos relativos à sexualidade. Fiz auditoria aos processos dos doentes internados como forma de perceber qual a percentagem de notas de admissão preenchidas e quais as que possuíam aspetos referentes à NHF sexualidade, sendo o resultado sobreponível ao obtido aquando da elaboração do projeto.

Consultei igualmente o manual do programa informático em vigor na instituição que me permitiu perceber que a avaliação inicial tem de ser preenchida durante as primeiras 48 horas do internamento, ficando bloqueada a edição ao enfermeiro que a preenche pela primeira vez. Este é na minha opinião um aspeto a mudar e que foi sugerido ao elo de ligação, primeiro nem sempre a pessoa oferece condições aquando do momento da entrada para que lhe sejam colhidos todos os dados necessários, depois, basta que o enfermeiro que preenche a avaliação inicial não estar a fazer turno para que a informação colhida tenha de ser registada em notas gerais, o que não vai migrar para um próximo internamento, originando-se assim a perda da informação. Por outro lado, os fenómenos e intervenções existentes, relativamente à sexualidade são manifestamente redutores, assim como o são os aspetos do memorando contendo os aspetos a preencher na avaliação inicial.

Delineei como segundo objetivo “promover a abordagem da sexualidade junto da pessoa internada no serviço, preferencialmente junto da pessoa internada no serviço”. Tornou-se necessário que fosse capaz de aplicar os seus conhecimentos e as capacidades de resolução de problemas em ambientes novos e/ou não familiares, em contextos mais alargados (ou multidisciplinares) relacionados com a sua área da sexualidade. Em conjunto com a enfermeira chefe ficou decidida a realização de duas sessões de formação junto dos profissionais do serviço para, entre outras coisas apresentar os dados obtidos, uma sensivelmente a meio do estágio e outra no final do mesmo. Devido a ser uma equipa que trabalha por turnos, resolvi realizar dois

momentos de formação como forma de possibilitar a mais gente estar presente nesta atividade. Como indicador de qualidade defini a obtenção de uma taxa de presença na formação realizada de pelo menos 60% dos enfermeiros do serviço. No conjunto das duas formações, obtive a presença de aproximadamente 80% dos enfermeiros da equipa, onde foram apresentados os dados recolhidos através das sondagens de opinião e também da observação da prática quotidiana.

Nas sessões foi apresentado o referido algoritmo, tendo sido também apresentados casos práticos por mim elaborados como forma de dinamizar a discussão junto dos colegas. Considero ter desenvolvido um trabalho pertinente, consciencializando esta equipa para a necessidade de abordar a sexualidade junto dos doentes de quem cuidamos, fornecendo igualmente estratégias práticas para a abordagem da temática e desmistificando um pouco as razões por ela indicadas como impeditivas para a abordagem.

Para além destas intervenções realizadas junto do doente que me permitiram assumir o papel de facilitador na aprendizagem e líder no sentido de programar a melhoria contínua dos cuidados, realizei mais atividades como conversas informais junto dos colegas de serviço, consciencializando-os para a necessidade de abordar a sexualidade junto dos doentes de quem cuidam. Para a consecução deste objetivo foi igualmente importante rever situações específicas do cuidado junto dos colegas, mediante a utilização de estratégias de supervisão clínica, assumindo-me como facilitador da aprendizagem na temática específica da pessoa com alteração da sexualidade.

Como forma de maximizar as oportunidades de aprendizagem tanto para mim como para os colegas e após sugestão da minha enfermeira perita optei por criar uma caixa de sugestões, que na verdade teve pouca adesão. A caixa esteve presente durante diversos dias, inclusivamente quando eu não estava presente no serviço como forma de permitir às pessoas de forma anónima colocarem dúvidas ou questões que quisessem ver abordadas. A caixa em questão apenas apresentou uma dúvida / questão que foi respondida no decurso numa das formações por mim elaboradas.

Aquando da realização das formações, que foram abertas aos diversos profissionais do serviço, numa tentativa de maximizar a participação dos colegas foram elaborados dois estudos de caso baseados em dados que foram por mim recolhidos junto dos doentes do serviço. Estes casos foram debatidos em grupo tendo

por base a metodologia de *role-playing* como forma de auxiliar os enfermeiros do serviço a desenvolver competências na área da abordagem da sexualidade. Foi igualmente por mim construído um vídeo para sensibilização dos enfermeiros do serviço. No vídeo foram utilizadas fotografias presentes na internet, tendo o autor sido contactado no sentido de pedir autorização para a sua divulgação no vídeo referido. Por este motivo e por ainda não ter obtido até ao momento uma resposta do mesmo, o vídeo não figura nos apêndices por mim construídos.

Durante os turnos por mim realizados, tive oportunidade de prestar cuidados aos doentes atribuídos à enfermeira de referência, aplicando e testando o instrumento construído: o algoritmo para abordagem da sexualidade. Neste sentido prestei cuidados a inúmeros doentes atribuídos à minha enfermeira orientadora. De todos eles saliento 11 onde dos doentes atribuídos à minha enfermeira orientadora em que me foi possível abordada e registar os aspetos relativos à NHF: Comunicar/Sexualidade. Em todos os casos o primeiro passo foi perceber aquilo que era para a pessoa que tinha à frente a sexualidade. Só desta forma poderia adequar a minha prática e o meu discurso. Ao contrário do que poderia ser expectável, de todos os doentes que reuniram condições para que fosse abordada a sexualidade, em nenhum dos casos a pessoa se sentiu exposta ou invadida aquando da abordagem da sexualidade. Abaixo se apresentam alguns dos excertos das notas de campo por mim produzidas, salvaguardando o consentimento e anonimato das doentes.

Excertos de algumas das notas de campo por mim produzidas

“A Sra. M. refere ter boa relação familiar com o companheiro, sendo ele o seu principal cuidador e pessoa de referência. Doente tem filho maior de idade que coabita com ela, sendo essa a sua família nuclear. Feita tentativa de abordar a sexualidade que a doente refutou, referindo não ser uma prioridade para ela neste momento. Refere manter relação conflituosa com primeiro marido, pai do seu filho, situação que lhe causa sentimentos de ansiedade e por vezes desesperança.

Considero **não se verificar a manutenção de um ambiente emocional e psicológico propício à vivência da sexualidade** neste momento por parte da doente, identificando-se risco de **relacionamento ineficaz. Programa realização de um novo contacto junto da doente**”

“Foi **abordada sexualidade** junto da doente, que a mesma referiu não ser neste momento uma preocupação. Apesar de aparentemente bem-adaptada à sua doença, doente evidencia **alteração da autoimagem** relacionada com alopecia secundária a tratamento de quimioterapia que lhe causa sentimentos de ansiedade e tristeza. Fornecidos contactos da liga portuguesa contra o cancro e sugiro utilização de peruca que a doente ficou de adquirir. Informada de possibilidade de apoio no caso de verificar qualquer outra alteração, informação que a doente parece ter compreendido”.

“Doente verbaliza sentimentos de ansiedade e angústia constante, referindo igualmente insónia de início recente, relacionada com o facto de se encontrar institucionalizada. Foram despendidos 30 minutos para prestação de apoio emocional mediante escuta activa com algum efeito e encorajada a ventilação de sentimentos. Tendo sido infrutíferas todas as outras possibilidades de abordagem da sexualidade junto da doente, opto por abordar sucintamente a sexualidade enquanto possível efeito secundário das terapêuticas administradas, que a doente verbaliza não ser uma prioridade para ela neste momento por se encontrar demasiado ansiosa. Considero **não se verificar a manutenção de um ambiente emocional e psicológico propício à vivência da sexualidade** neste momento por parte da doente, identificando-se risco de **negação ineficaz. Contactado médico assistente, sugiro referência para psicologia**”.

“A Sr.ª M. é independente na satisfação das suas NHB, manifestando expectativa de remissão total. Quando questionada refere possuir boa estrutura familiar, identificando o marido como principal cuidador e pessoa de referência, com quem é casada e vive há 27 anos. Refere que a relação não foi afetada nem pelo diagnóstico, nem pelos tratamentos realizados, identificando o marido como principal cuidador e a família próxima (que reside perto da doente) como principais apoios comunitários. Doente evidencia uma adaptação saudável à sua situação de saúde / doença, manifestando preocupação na preparação para a alta. Foi **abordada sexualidade** junto da doente, que a mesma referiu não ser neste momento uma preocupação devido à idade. Informada de possibilidade de apoio no caso de verificar qualquer outra alteração, informação que a doente parece ter compreendido”.

3. AVALIAÇÃO E TRABALHO FUTURO

Concluído o percurso descrito, considero importante, tendo em vista o desenvolvimento profissional a análise das competências desenvolvidas ao longo dos diversos estágios realizados. Nesta área particular da prestação de cuidados, de acordo com a classificação elaborada por Patrícia Benner (2001), considero ter atingido o nível de enfermeiro proficiente. A realização deste projeto permitiu em primeiro lugar aprofundar conhecimentos e refletir acerca do impacto do cancro e seus tratamentos na sexualidade da pessoa com CCR.

Numa fase inicial dos estágios, desenvolvi competências no âmbito da colaboração com as diversas equipas multiprofissionais, o que mais tarde me permitiu ter um papel mais ativo no serviço onde trabalho. Com o planeamento e implementação deste projeto desenvolvi igualmente competências ao nível de enfermeiro especialista nas seguintes unidades de competência das competências comuns do enfermeiro especialista: gerir na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; planear programas de melhoria contínua; responsabilizar-me por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade; suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (D.L. n.º 122/2011).

Relativamente às unidades de competência das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa considero ter desenvolvido as seguintes competências: identificar as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares; promover intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e familiares; envolver cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante ou terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades; colaborar com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Com a implementação deste projeto considero igualmente ter desenvolvido competências presentes no Cancer Nursing Curriculum da European Oncology Nursing Society (EONS), nomeadamente “*promotes autonomous decision making by patients through the provision of personalized education and support*” e “*Supports a*

smooth transition of patients from active treatment into survivorship or end-of-life care (EONS, 2013, p. 13).

Considero que, atendendo à quantidade reduzida de evidência científica produzida na área da abordagem da sexualidade junto da pessoa com CCR, será necessária a produção de mais investigação a um nível pós-graduado como forma de dar visibilidade ao papel do enfermeiro, tal como apontado ao longo deste relatório.

Ao longo dos estágios e em todas as atividades, o sigilo profissional foi salvaguardado, tal como definido como obrigatório no artigo 106º da deontologia profissional do enfermeiro.

4. CONCLUSÃO

A diminuição do desejo após o diagnóstico é frequente, motivada tanto pelas atitudes sociais que tendem a dessexualizar os indivíduos como pelas alterações na autoestima e atratividade. A satisfação sexual percebida após o diagnóstico tende a decrescer, por vezes significativamente, encontrando-se correlacionada com a diminuição da atividade sexual e/ou com a incapacidade da prática do coito motivada pela presença de sintomas como a dor ou a astenia. Percepções de inadequação sexual, quer antecipatórias quer no decurso do envolvimento sexual, são frequentemente geradoras de ansiedade, que pode interferir negativamente na vivência da sexualidade.

Diversos fatores relacionados com o diagnóstico são capazes de influenciar a vivência da sexualidade da pessoa doente e também por vezes o seu parceiro(a), contudo as restantes fases de resposta sexual não são habitualmente afetadas. O número de sobreviventes após o diagnóstico de CCR tem aumentado significativamente devido à evolução das técnicas cirúrgicas a par das terapêuticas adjuvantes. Por este motivo o objetivo dos cuidados prestados deixou de ser exclusivamente a sobrevivência do doente para passar a comportar igualmente aspetos relativos à qualidade de vida do doente após o diagnóstico e a realização dos tratamentos a ele dirigidos.

Embora diversos estudos a qualidade de vida realizados juntos dos doentes com CCR seja normalmente elevados, existe um grande número de doentes que refere disfunções a nível da sua sexualidade, inclusivamente junto dos doentes com um nível de qualidade de vida elevado. Sendo a sexualidade uma componente importante no âmbito da qualidade de vida, a grande maioria dos doentes com CCR permanece sexualmente ativo após a realização do tratamento.

A vivência do CCR encontra-se assim frequentemente associada a disfunções sexuais, sendo a agressividade dos tratamentos realizados devido à elevada mortalidade e morbilidade associada ao diagnóstico um dos motivos principais. A sexualidade comporta elementos de ordem física, psicológica, social e espiritual, sendo influenciada por diversas variáveis como as relações, a comunicação, os papéis sociais e o contexto cultural no qual a pessoa se insere.

A imagem corporal é um fenómeno multifatorial que inclui elementos cognitivos, comportamentais e afetivos, sendo parte essencial da sexualidade, que se altera ao

longo da vida, de acordo com a experiência de vida da pessoa. O toque é um dos aspetos constituintes da imagem sexualidade e da intimidade, que é francamente mais valorizado pelas doentes do sexo feminino do que os doentes do sexo masculino.

O fator género parece ter impacto na vivência da doença, sendo o status funcional a principal preocupação nos doentes do sexo masculino. Nas doentes do sexo feminino, a imagem corporal é fortemente associada ao sentimento de feminidade sendo por isso mais valorizada.

As alterações mais frequentemente verbalizadas são alterações ao nível da imagem corporal, nomeadamente alterações da autoimagem, redução da atratividade corporal e baixa autoestima. Entre os doentes do sexo masculino as principais alterações no que concerne à sexualidade são disfunções de excitação e da ejaculação. De entre as doentes do sexo feminino, as alterações mais referidas ao nível da sexualidade foram queixas de dispareunia e alterações a nível psicológico.

Da análise efetuada os autores concluíram que a sexualidade nas mulheres é avaliada com menor frequência que nos homens. Mesmo quando a sexualidade é avaliada, a avaliação é frequentemente pouco completa, direcionando-se apenas para o domínio físico da sexualidade.

Uma das principais alterações da autoimagem consequentes da cirurgia no doente com CCR é a criação de um estoma. Embora este seja referida como a principal preocupação pelos doentes, os restantes aspetos da imagem corporal e consequentemente da sexualidade não devem ser desvalorizados pois podem resultar em ansiedade e angústia para o doente. A construção de um estoma envolve alterações profundas na função corporal e também na sua imagem. A sensação de angústia motivada pela alteração corporal verificada, soma-se o facto de este estoma estar associado à passagem de produtos corporais (fezes) o que tende a aumentar a repulsa sentida principalmente numa fase inicial do pós-operatório.

Numa primeira fase as necessidades mais primordiais se encontram afetadas, quer seja construída uma ostomia quer não, a abordagem deve passar por auxiliar a pessoa no processo de aceitação da alteração da imagem corporal, que pode ser real ou potencial, referenciando-a para especialistas sempre que necessário. Numa fase mais posterior, com o consequente retorno da pessoa ao seu quotidiano, questões como a sexualidade ganham importância, sendo frequentemente reportado pelos doentes alterações intimamente ligadas à maneira como as outras pessoas vêem o seu

corpo, nomeadamente alterações referentes ao sentimento de pertença, alterações ao nível dos sentimentos de feminilidade/masculinidade.

Diversos estudos referem ser transversal o medo que as outras pessoas denotem que o doente tem uma ostomia, podendo este facto se não abordado corretamente e atempadamente resultar em relutância na altura de retomar a vida profissional após a cirurgia, a par de alterações ao nível da interação social, com os doentes de CCR a passarem a escolher tendencialmente atividades que permitam evitar o contacto com outras pessoas, existindo casos de isolamento notificados 10 anos após a construção da ostomia).

A abordagem da sexualidade deve ser incorporada numa abordagem inicial holística e deve ser realizada nas primeiras semanas após o tratamento. Esta abordagem pode ser feita mediante uma entrevista aberta, não estruturada, com o objetivo de perceber individualmente junto de cada doente se a imagem corporal foi alterada e perceber qual o impacto da cirurgia na integridade e função corporais. Existem dois fatores que influenciam o impacto das alterações verificadas: a duração da alteração da imagem (se é permanente ou apenas temporária) e a visualização ou não da alteração (se é uma alteração real ou potencial).

De uma forma geral o processo de intervenção deve ser baseado em pequenos objetivos, tanto na dimensão da autoimagem como ao nível das alterações da sexualidade. Se após a intervenção, a pessoa mantém sentimentos negativos face à sua imagem ou a si própria, sugere-se o encaminhamento para os especialistas.

Qualquer alteração ao nível da aparência física pode resultar numa alteração da imagem corporal que pode ter efeitos profundos na qualidade de vida do doente, sendo por isso importante que os enfermeiros sejam capazes de detetar e abordar estas alterações. No homem com CCR verificam-se frequentemente disfunções sexuais, tais como disfunção erétil, perda de libido (disfunção de excitação) e ejaculação retrógrada (disfunção de orgasmo), contudo, os doentes tendem a não abordarem estas questões por não se sentirem confortáveis para o fazer. Na mulher com CCR, verificam-se frequentemente disfunções sexuais como a dispareunia ou as disfunções de orgasmo, que podem resultar diretamente das alterações anatómicas verificadas ou até da lesão dos nervos responsáveis pela inervação da cavidade pélvica e suas estruturas durante a cirurgia efetuada. Também no caso das mulheres,

a verdadeira dimensão do problema é desconhecida, uma vez que poucas vezes é reportada pelas doentes.

Sendo um aspeto tão particular de cada um, torna-se difícil a elaboração de *guidelines* para a bordagem da temática da sexualidade. Contudo existem diversos princípios a serem respeitados que aumentam a eficácia da abordagem realizadas. Existem também modelos que devem ser adequados às realidades verificadas em cada contexto. Dar permissão ao doente para discutir a temática da sexualidade é essencial para o sucesso da intervenção.

O fornecimento de informações e sugestões específicas sobre como abordar ou lidar com as preocupações específicas do doente é responsabilidade do enfermeiro, desde que ele tenha uma sólida base de conhecimento e nível de conforto para lidar com as preocupações específicas inerentes. É responsabilidade do enfermeiro abordar a temática da sexualidade, devendo esta ser realizada no período prévio à cirurgia. No caso dos doentes que as simples sugestões não forem suficientes ou pelo elevado nível de complexidade da situação, o enfermeiro deve referenciar para os profissionais especializados.

A saúde sexual e sua manutenção por parte do doente com CCR deve ser o principal objetivo dos cuidados prestados pelos enfermeiros no âmbito da sexualidade. Muitos doentes verbalizam dificuldade em discutir a sua sexualidade com quem quer que seja, sendo normalmente esta dificuldade acrescida quando se verifica uma alteração corporal. Justifica-se desta forma a preocupação em formar os enfermeiros, devendo cada doente diagnosticado com CCR e submetido a tratamento como um doente com potencial para uma vivência da sexualidade alterada.

O local onde a abordagem é efetuada tem impacto na capacidade de expressão no doente, assim como o tem a capacidade comunicacional do próprio enfermeiro.

As representações do doente e do próprio enfermeiro podem nem sempre ser compatíveis e é importante que o profissional aprenda a gerir a sua linguagem verbal e não verbal de forma a fomentar o surgimento de uma conversa informal. Só assim o profissional poderá abordar esta temática tão sensível quanto particular e isto requiere formação adequada, treino e formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Cancer Society (2018). *Cancer Facts & Figures*. Atlanta: American Cancer Society.
- Anon, J. (1976). *The Plissit Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems*. *Journal of Sex Education and Therapy*. 2(2). 1-15.
- Barros, F., & Figueiredo, R. (2014). Introdução. Em F. Barros, & R. Figueiredo, *Manual de Medicina Sexual. Visão Multidisciplinar*. (pp. 33-34). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. (Queirós, A., trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (From Novice to expert, 2001). 1-295.
- Breukink, S. O., & Donovan, K. A. (2013). Physical and psychological effects of treatment on sexual functioning in colorectal cancer survivors. *The journal of sexual Medicine*, 10 Suppl 174-83. doi:10.1111/jsm.12037
- British Columbia Cancer Agency (BCCA) (2014). Symptom management guidelines: intimacy and sexuality. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/8.%20Intimacy%20and%20Sexuality.pdf>
- Cancer Nursing Society of Australia (CNSA) (2016) Practice guidelines for the care of patients undergoing radiation therapy.
- Cardoso, J. (2014). Doença, Imagem Corporal e Sexualidade. Em N. Pereira, *Sexologia Médica*, (pp. 453-470). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, J. (2014). Neurofisiologia da Ereção. Em N. Pereira, *Sexologia Médica*, (pp. 249-260). Lisboa: Lidel.
- Conselho de Enfermagem (2010). Caderno temático modelo de desenvolvimento profissional fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf>
- Cunningham, D., Atkin, W., & Lenz, H. (2011). Colorectal Cancer. *Lancet*, 1030-1047.
- De Carvelho, D., Louro, N., & Barros, F. (2014). Doença Crónica e Sexualidade. Em F. Barros, & R. Figueiredo, *Manual de Medicina Sexual. Visão Multidisciplinar*. (pp. 343-353). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia.

- Direção Geral de Saúde (2012). Norma 025/2012: Diagnóstico, Estadiamento e Tratamento do Adenocarcinoma do Cólon e do Reto. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2015). Doenças Oncológicas em Números 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: DGS.
- Eiras, M., Cunha, G. & Teixeira, N. (2015) - Radioterapia - fundamentos e aplicações clínicas. Loures: Lusodidata. ISBN: 978-989-8075-52.
- European Oncology Nursing Society (2013). EONS cancer nursing curriculum 2013. (4th ed.), Brussels: Richline Graphics Acedido em: Junho 2018 Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>.
- Forman D, Bray F, Brewster DH, Gombe Mbalawa C, Kohler B, Piñeros M, SteliarovaFoucher E, Swaminathan R, Ferlay J, editors (2014). Cancer Incidence in Five Continents, Vol. X. IARC Scientific Publication 10. 164. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Fortin (1999). O Processo de investigação: da concepção à realização (Salgueiro, N, trad.) Loures: Lusociência. (Le processus de larecherche: de la conception à la Réalisation 1996, (s.l.): Décarie Éditeur Inc.).
- Gonçalves, F., Leite, O. (2014). Doença Crónica e Sexualidade: A vivência do enfermeiro nas ostomias. Em F. Barros, & R. Figueiredo, *Manual de Medicina Sexual. Visão Multidisciplinar*. (pp. 363-365). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Havenga, K., Breukink, O., & Mourtis, M. (2015). Colorectal Cancer. Em J. Mulhall, *Cancer and Sexual Health* (pp. 549-560). Humana Press.
- Hawkins, Y., Ussher, J., Gilbert, E., Perz, J., Sandoval, M., & Sundquist, K. (Julho de 2009). Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. *Cancer Nursing*, 32(4), pp. 271-280.
- Henderson, V. (2007). Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE. (Gomes, I.; Santos, J.; Silva, M.; Soares, M.; Félix, T.; Rebelo, T..Trad.). Camarate. Lusodidáta, (Basic Principles of Nursing Care, 2004, International Council of Nurses).
- Incrocci, L. Jensen, P. (2013). Pelvic Radiotherapy and Sexual function in men and women. *J Sex Med*. 2013 Feb;10 Suppl 1:53-64. doi: 10.1111/jsm.12010.

- International Agency for Cancer Research. (2019). Globocan : The Global Cancer Observatory.
- Josefino, V. (2014). Doença Neurológica e Sexualidade. Em F. Barros, & R. Figueiredo, *Manual de Medicina Sexual. Visão Multidisciplinar.* (pp. 355-357). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Katz, A. (2005). The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *Journal Of Clinical Oncology: Official Journal Of The American Society Of Clinical Oncology*, 23(1), 238-241.
- Masters W., Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little Brown and Company.
- Meirinha, A., Barros, F. (2014). Fisiologia Sexual Feminina. Em F. Barros, & R. Figueiredo, *Manual de Medicina Sexual. Visão Multidisciplinar.* (pp. 343-353). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Mercadante, S., Vitrano, V., Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. 10 Jun;18(6):659-65. doi: 10.1007/s00520-010-0814-0. Epub 2010 Mar 18.
- NANDA (2018). *Diagnósticos de Enfermagem Nanda: Definições e conceitos 2018-2020*. Porto Alegre: Artmed.
- National Comprehensive Cancer Network (2018a). *Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer*. Orlando: NCCN.
- National Comprehensive Cancer Network (2018b). *Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer*. Orlando: NCCN.
- Nave, A. C., & Moura, M. J. (2015). Ciclo de Vida, Personalidade e Coping. Em E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia* (pp. 35-42). Lisboa: Lidel.
- Neal, A. J., & Hoskin, P. J. (2009). *Clinical Oncology Fourth Edition: Basic Principles and Practice*. Boca Raton, Flórida, Estados Unidos: CRC Press.
- Oliveira J. R., Albuquerque, M. C. S., Brêda M. Z., Barros, L. A., Lisboa, G. L. P. (2015). Concepts and practices for hosting presented by nursing in the context of primary health care. *Journal of Nursing UFPE on line*,(9(10). doi: 10.5205/reuol.8463-73861- 2-SM.0910sup201522
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acedido em: Abril de 2019 Disponível em:

- http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf .
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Acedido em: Julho 2018. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_Regulamento CEESituacaoCronicaPaliativa.pdf .
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Deontologia Profissional de enfermagem. Acedido em: Janeiro 2019. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologico Enfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015c). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Acedido em: Janeiro 2019. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes7Documents/nEstatuto_REPE_29102015_vssite.pdf .
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em oncologia* (Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, Trad.) (3ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *Oncology Nursing*, 1997, Mosby).
- Pascoal, P. M., Raposo, C. F., & Gomes, A. Q. (2015). Saúde Sexual da Pessoa com Doença Oncológica. Em E. Albuquerque, & A. S. Cabral, *Psico-Oncologia: Temas Fundamentais*. (pp. 313-325). Lisboa: Lidel.
- Pereira, N. (2014). O Envelhecimento e a Sexualidade. Em F. Barros, & R. Figueiredo, *Manual de Medicina Sexual. Visão Multidisciplinar*. (pp. 309-314). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Pessoa, F. A. (2016). *Tabacaria*. Lisboa: Wook.
- Registered Nurses Association of Ontario (2009). *Ostomy Care and Management: Clinical Best Practice Guidelines*. Ontario: RNAO.
- Rubio-Aurioles, E. (2011). The Impact of Cancer on the Partner's Sexuality. Em J. Mulhall, *Cancer and Sexual Health* (pp. 383-396). New York: Humana Press.
- Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P (1997). *Anatomia & Fisiologia* (Caeiro, M. d'Daires, Durão, M. Cândida, Abecasis, M. Leonor Braga, Groz, M. Pitta, Leal M. Teresa Sarreira, trad.). Lisboa: Lusodidata. (Anatomy & Physiology, 1992, Mosby- Year Book, Inc.) Cap. 24. 825-874. ISSN: 972-96610-5-7.

- Seiça, A. (2017). Contributos do acolhimento de enfermagem em radioterapia. Tese de Mestrado disponível em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=47097&code=830>.
- Silva, J., Ramos, R. B., & Silva, C. R. (2014). Oncossexualidade. Em F. Barros, & R. Figueiredo, *Manual de Medicina Sexual. Visão Multidisciplinar*. (pp. 329-339). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Taylor B, Davis S, (2006) Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs, *Nursing Standard*. 35-40.
- Taylor, C. (2015). Body Image concerns after colorectal cancer surgery. *British Journal of Nursing*, 24 (10). (pp S8 a S13).
- Tierney, D. K. (2008). Sexuality: a quality-of-life issue for cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol 24, N°2, 71-79.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2006). Teóricas de enfermagem e a sua obra modelos e teorias de enfermagem (Albuquerque, R., trad.). Loures: Lusociencia. (Nursing theorists and their work. 5ª ed., 2002, Philadelphia: Mosby Elsevier).
- Traa, M., De Vries, J., Roukema, J., Rutten, H., & Den Oudsten, B. (2014). The sexual health care needs after colorectal cancer: The view of patients, partners and health care professionals. *Support Care Cancer*, 763-772.
- World Health Organization (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, Geneva: World Health Organization.

APÊNDICES

APÊNDICE I: Protocolo de revisão *scoping*.



Mestrado em Enfermagem
***Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica, Opção de Enfermagem Oncológica***

**A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da
Sexualidade da Pessoa com Cancro Colorrectal:
*scoping review.***

Discente:

César Alexandre Martins Gomes

Docente:

Professora Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

LISBOA

Novembro de 2018

Background

O cancro permanece uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo (OMS, 2014), estimando-se que atualmente 67% dos adultos diagnosticados com cancro estejam vivos 5 anos após o diagnóstico (Howlader, 2011). Só no ano de 2012, aproximadamente 32,6 milhões de pessoas viviam com um diagnóstico oncológico (OMS, 2014). Segundo a previsão realizada pela IARC, espera-se um aumento da incidência mundial de cancro em 13,7 %, sendo a previsão para Portugal um aumento de 12,6%. (DGS, 2013).

A incidência dos tumores do cólon e do reto tem vindo a aumentar, sendo atualmente o segundo tipo de cancro mais frequente na população portuguesa (DGS, 2015). Desconhecem-se ainda as causas do CCR, mas têm-se vindo a identificar fatores de risco para o seu desenvolvimento (Neal & Hoskin, 2009), como o consumo elevado de carnes, gorduras e álcool associado a um consumo insuficiente de fibras e um estilo de vida sedentária (NCCN, 2015). A componente genética parece ter também um papel preponderante.

A maioria dos casos de CCR ocorre após os 50 anos, embora a maior incidência ocorra no grupo etário dos 60 aos 80 (Neal & Hoskin, 2009), sendo a idade média aquando do diagnóstico 72 anos (Havenga, Breunkink e Mourits, 2011). Para as pessoas com doença diagnosticada numa fase precoce, a taxa de sobrevivência aos 5 anos é de 90 % e de apenas 12 % para os doentes diagnosticados numa fase avançada já com metastização (Breunkink e Donovan, 2013).

Tanto o cancro como os seus tratamentos têm potencial para alterar a sexualidade da pessoa (Mercadante, Vitrano, Catania, 2010). Enquanto parte da herança biológica do homem, a sexualidade está presente ao longo da vida da pessoa (Barros e Figueiredo, 2014) sendo vivida e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, papéis e relações (OMS, 2006). Embora a vivência da sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem todas estão sempre presentes (OMS, 2006).

A sexualidade é um fenómeno multidimensional que compreende aspetos relacionados com os domínios social, psicológico e físico da pessoa (Tierney, 2008).

O domínio social compreende a intimidade emocional e a ligação estabelecida com o(a) parceiro(a) através da atividade sexual, enquanto que o domínio psicológico

compreende a percepção que a pessoa tem de si mesmo enquanto ser sexual e que é influenciada pela sua imagem corporal e autoestima (Tierney, 2008). O domínio físico compreende as estruturas e funções directamente envolvidas no ciclo de resposta sexual: a libido, a excitação o orgasmo e a libertação da tensão sexual (Tierney, 2008).

A resposta sexual humana é uma função complexa que envolve a interação entre fatores biológicos, psicológicos, interpessoais e socioculturais (Serrano, 2014). De uma forma geral o estudo dos processos e mecanismos inerentes à sexualidade tem vindo a merecer um lugar de destaque na literatura publicada (Pereira, 2014).

Define-se como saúde sexual um estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade, que carece de uma abordagem positiva face à sexualidade e intimidade da pessoa (OMS, 2009). Cada pessoa tem o direito a ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência (OMS, 2009). A intervenção do enfermeiro deve promover a manutenção de uma função sexual satisfatória por parte da pessoa e seu parceiro (BCA, 2014). Define-se como disfunção sexual o estado em que um indivíduo passa por uma mudança na função sexual, durante as fases de resposta sexual de desejo, excitação e/ou orgasmo, que é vista como insatisfatória, não recompensadora ou inadequada (NANDA, 2018).

Na pesquisa inicialmente efetuada, verificou-se que é frequentemente apontado pelos autores que o CCR pode ter impacto na vivência da sexualidade da pessoa doente. Não obstante, verificou-se a existência de poucos estudos que abordam as alterações da sexualidade propriamente ditas, seja no período temporal que corresponde à fase do diagnóstico, seja no período de tratamentos ativos realizados ou até durante a fase de *follow-up* subsequente.

De entre a literatura encontrada constata-se a quantidade quase inexistente de trabalhos publicados onde o papel do enfermeiro é abordado, sendo igualmente escassa a evidência disponível acerca da sua intervenção face à alteração da sexualidade da pessoa com CCR. Por outro lado, constata-se que mesmo quando o papel do enfermeiro é abordado, a sua intervenção é quase que exclusivamente abordada no contexto do doente com CCR colostomizado.

Importa igualmente salientar que uma parte considerável dos estudos produzidos acerca do impacto do CCR na sexualidade da pessoa, a abordagem realizada é feita em detrimento de outros tipos de cancro, como o da próstata nos

homens ou o de mama nas mulheres. Verifico igualmente a inexistência de *guidelines* acerca da abordagem da sexualidade neste tipo de doentes.

Estratégia de Pesquisa

Questão de investigação

“Quais as intervenções que o enfermeiro especialista pode implementar para cuidar da pessoa com cancro colorretal com disfunção sexual?”

P	População	Pessoa com cancro colo-rectal
C	Conceito	Sexualidade
C	Contexto	Inpatient, Outpatient

Tabela 1 Elementos constituintes da pergunta de revisão.

Objetivo primário

A presente revisão *scoping* teve como objetivo perceber o que existe publicado acerca da intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade. Numa fase posterior e ao verificar o número elevado de conceitos-chave dispersos e não uniformizados desta área que se encontra dentro do escopo de atuação do enfermeiro, o trabalho realizado focou-se igualmente no mapeamento das intervenções passíveis de ser realizadas pelo enfermeiro especialista.

Enquanto revisão *scoping* pretendo que o presente trabalho forneça contributos para a criação de programas de enfermagem para a abordagem dos problemas específicos da sexualidade sentidos pela pessoa com CCR.

Metodologia

O presente protocolo tem por base a metodologia JBI (*The Joanna Briggs Institute*, 2015) e modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para a organização da informação. As grelhas do JBI utilizadas para decisão de inclusão dos estudos em análise remetem-se para anexo. Para dar resposta à questão de investigação e atingir os objetivos propostos pretendo realizar uma revisão da literatura, com recurso a material publicado em diversas bases de dados.

Através da síntese das evidências relacionadas com o tema em estudo, da reorganização dos dados e da informação disponíveis para interpretação dos seus significados, pretendo contribuir para a adoção das melhores práticas baseadas na evidência. A estratégia de pesquisa será levada a cabo por dois investigadores nos motores de busca da MEDLINE, CINHALL PLUS e Cochrane Database of Systematic Reviews (todos disponíveis no site da Ordem dos Enfermeiros), tendo-se concentrado toda a pesquisa nas diferentes bases de dados no período relativo à segunda semana de novembro de 2018.

A identificação e seleção inicial dos artigos foi realizada em duas fases distintas. Na primeira fase foram introduzidos na plataforma de indexação da base de dados, os seguintes termos de pesquisa previamente validados enquanto MESH (Medical Subject Headings): “**colorectal neoplasm**”, “**sexuality**” e “**nursing**”, como forma de perceber o que havia publicado acerca da temática que me propus a abordar.

Numa segunda fase e tendo em vista a qualidade do estudo desenvolvido, resolvi introduzir os descritores anteriormente referidos na ferramenta de pesquisa geral das bases de dados selecionadas. Para a combinação dos descritores foram utilizados os operadores *booleanos* disponíveis na ferramenta de busca, sendo o número de artigos recuperado 14. Os resultados preliminares desta pesquisa estão sistematizados na Tabela 1.

Expressão booleana: colorectal neoplasms AND sexuality AND nursing.

Bases de Dados	MEDLINE with Full-text	CINAHL Plus with Full-Text	Cochrane Database of Systematic Reviews	Joanna Briggs Institute
Termos	Colorectal Neoplasms AND Sexuality AND Nursing	Colorectal Neoplasms AND Sexuality AND Nursing	Colorectal Neoplasms AND Sexuality AND Nursing	Colorectal Neoplasms AND Sexuality AND Nursing
Nº de artigos disponíveis	6	10	0	0

Tabela 1 – Resultados preliminares obtidos nos motores de busca com as palavras-chave

Após a aplicação dos critérios de inclusão que se apresentam em seguida (Tabela 2) e de removidos os estudos em duplicado, o número de estudos obtidos para pré-análise foram 7.

Critérios de Seleção	Critérios de inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	Adultos (maiores de 18 anos)	Crianças Grávidas
Intervenção	Intervenções de enfermagem face à alteração da sexualidade	-
Desenho do estudo	Qualitativo ou quantitativo Artigo de opinião	-
Língua do estudo	Inglês, espanhol ou português	Outra língua
Acesso ao estudo	-	Estudos ainda em curso

Tabela 2 Critérios de Inclusão e de Exclusão para a seleção de artigos.

O processo de seleção decorreu em três etapas distintas. A primeira etapa consistiu na leitura dos títulos dos artigos identificados na pesquisa, de forma a excluir

aqueles que não fossem de encontro aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Posteriormente, para continuação deste processo executou-se a seleção/exclusão dos artigos com base na realização da leitura do resumo.

Por último, os artigos cuja informação constante no resumo não foi suficiente ou não obedecia aos critérios de inclusão e aqueles cujos resumos era incompleto ou suscitava dúvidas foram analisados na íntegra. No final desta fase, o número de títulos incluídos para análise foi de 4 artigos.

A estas 5 publicações foram adicionadas outras 4 publicações, obtidas através da análise das referências bibliográficas dos artigos citados anteriormente, que após leitura de título e *abstract* resolvi integrar na amostra analisar na presente revisão. Do processo de pesquisa de entre a literatura cinzenta, resolvi integrar uma publicação. O processo de seleção das publicações incluídas na revisão encontra-se esquematizado na tabela 3, que seguidamente se apresenta.

FLUXOGRAMA DE SELECÇÃO DOS ESTUDOS DE ACORDO COM O PRISMA

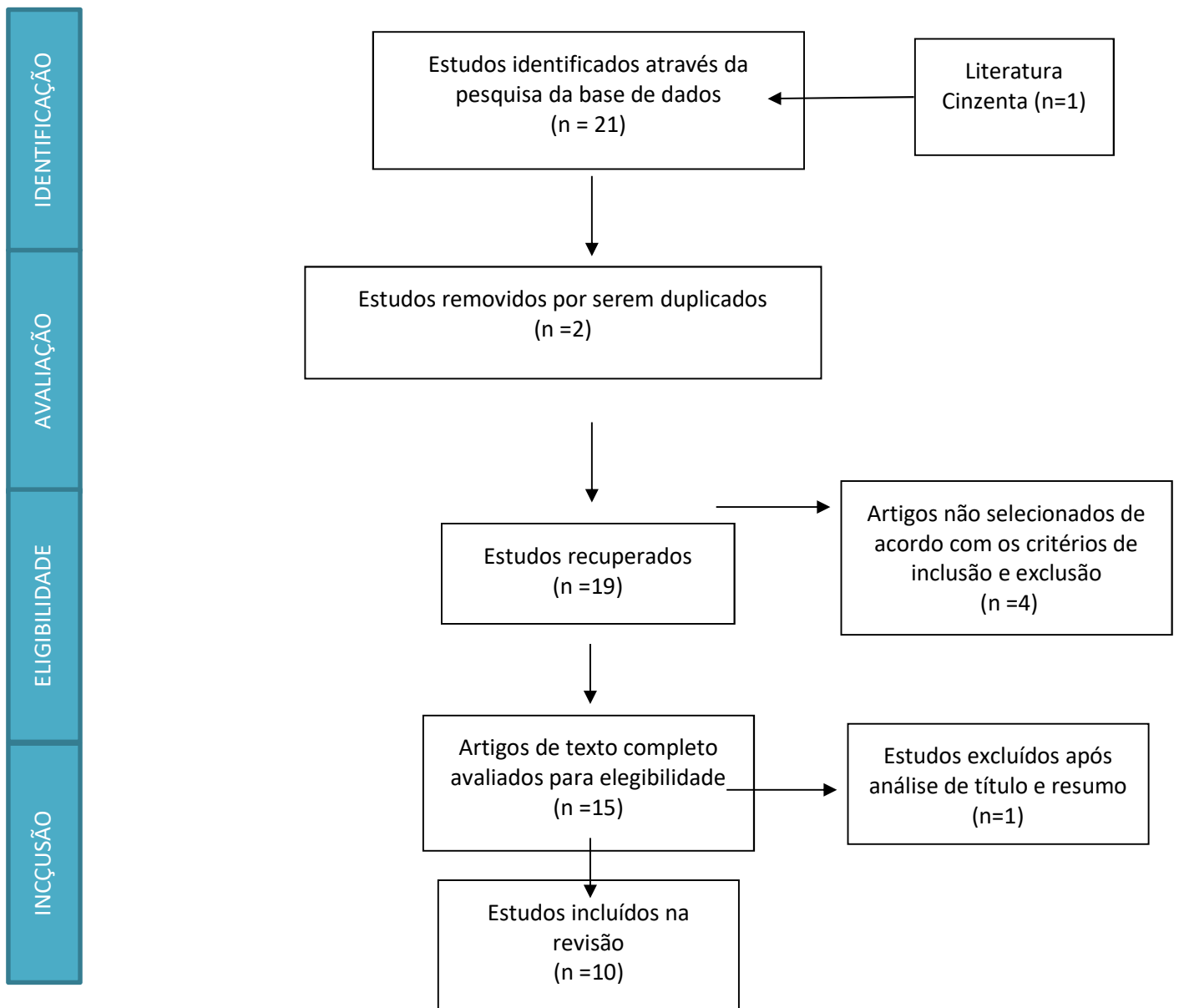


Tabela 3 – Diagrama PRISMA de seleção de artigos para inclusão.

Extração dos resultados

No processo de extração de dados prosseguiu-se com a criação de uma tabela para facilitar a análise dos artigos e com a síntese das suas principais conclusões. Pela análise dos estudos, procurou-se assim a sua síntese sobre a estrutura representada na Tabela 4.

	Identificação do Estudo (Autor, ano, título, tipo de publicação, país, ano/volume/número)	Método	Intervenção Sugerida	Participantes ou Amostra	Objetivo Geral	Nível de Evidência
Publicação 1	Lam, W; Law W, Poon, J; Fong, D; Girgis, A; Fielding, R; 2016, A longitudinal study of supportive care needs among chinese patients awaiting colorrectal cancer surgery, Literatura revista pelos pares, Hong Kong, Revista Psycho-Oncology, Volume 25, Páginas 496-505).	Estudo longitudinal prospectivo.	Suporte emocional. Gestão de expectativas.	Amostra por conveniência composta por 274 doentes chineses com CRC..	Perceber quais as necessidades de cuidados de suporte nos doentes com CRC no período dos 12 meses seguintes à realização da cirurgia e quais os fatores que influenciam essas necessidades.	3E
Principais Conclusões	<p>Na fase inicial do estudo foram identificados e avaliados 5 domínios de necessidades: necessidades relativas ao sistema de saúde e informação; necessidades do foro psicológico; necessidades de vida diária relativas ao aspeto físico, cuidados e apoio ao doente e o domínio da sexualidade. Ao longo do estudo foram reavaliadas as necessidades dos doentes nos períodos de 1, 4, 8 e 12 meses após a realização da cirurgia.</p> <p>A análise destas necessidades permitiu o estabelecimento de diversos padrões, o que permitiu estabelecer correlações e tendências como forma de antecipar as necessidades verificadas e adequar os cuidados necessários. No que á sexualidade diz respeito, foram identificadas alterações de forma pouco frequente que foram abordadas ao longo do período de follow-up, nomeadamente através do suporte emocional e da gestão de expectativas.</p> <p>Devido ao tamanho e à natureza da amostra, os autores referem que os achados ao nível da sexualidade podem não permitir a generalização para o grupo dos doentes com CRC mas que permitem a consciencialização do problema. A propósito das alterações da sexualidade, os autores colocam a hipótese de serem mais frequentes entre indivíduos mais jovens.</p> <p>Salienta-se ainda que a maioria das alterações ao nível da sexualidade foram verificadas entre os doentes que deram permissão para abordar a temática da sexualidade nos 12 meses após cirurgia. De entre esses doentes, a grande maioria não permitiu perceber quais os fatores que condicionavam a degradação da sua sexualidade.</p>					

	Identificação do Estudo (Autor, ano, título, tipo de publicação, país, ano/volume/número)	Método	Intervenção Sugerida	Participantes ou Amostra	Objetivo Geral	Nível de Evidência
Publicação 2	Shun, Shiow-Ching; Yeh, Kun-Huei; Liang, Jin-TUng; Huang, John; Chen, Shing-Chia; Lin, Been-Ren; Lee, Pei-Hsuan; Lai, Yeur-Hur; 2014, Unmet Supportive Care Needs of Patients With Colorectal Cancer: Significant Differences by Type D Personality, Literatura revista pelos pares, Taiwan, Revista da Oncology Nursing Society, acessível exclusivamente online, Volume 41, Número 1, Páginas E3-E11.	Estudo observacional transversal, com um design correlacional.	Individualização dos cuidados prestados. Informação acerca do processo de vivência doença adequada a cada pessoa. Disponibilização de Suporte emocional. Gestão de expectativas.	Amostra de conveniência composta por 277 doentes diagnosticados com CRC, seguidos numa clínica no norte de Taiwan.	Explorar a associação entre necessidade de cuidados de suporte e a personalidade tipo D, relacionando também a forma como os traços da personalidade (nos quais se incluem a afetividade negativa e a inibição social) e a forma como estes influenciam as necessidades da pessoa com CRC.	4B
Principais Conclusões	Estudo composto pela aplicação de questionários dirigidos para a avaliação do impacto das variáveis (descontrolo de sintomas, ansiedade, depressão e traços de personalidade) na vivência da doença por parte da pessoa doente. Paralelamente, procurou-se também perceber qual o impacto de cada uma dessas variáveis e adicionalmente os traços de personalidade mais frequentemente associados a níveis mais baixo de satisfação das necessidades estudadas, nas quais se inclui a sexualidade. A individualização dos cuidados parece melhorar a qualidade das intervenções realizadas, diminuindo o número de necessidades alteradas verificadas posteriormente, tanto a nível psicológico como a nível fisiológico, contribuindo para um melhor status funcional. Conclui-se assim que é fundamental avaliar as características de cada doente, não apenas no que respeita à sua transição saúde-doença, mas também no que às suas características pessoais diz respeito, nomeadamente aos processos de comunicação. Através da aplicação dos questionários foi possível definir uma tipologia de personalidade específica (a personalidade tipo D) que se encontra mais frequentemente associada a piores outcomes no que aos cuidados prestados diz respeito, carecendo assim de uma abordagem particular tendo em conta os resultados esperados.					

	Identificação do Estudo (Autor, ano, título, tipo de publicação, país, ano/volume/número)	Método	Intervenções de Enfermagem	Participantes ou Amostra	Objetivo Geral	Nível de Evidência
Publicação 3	Grant, Marcia; McMullen, Carmit; Altshuler, Andrea; Mohler, M, Jane; Hornbrook, Mark; Herrinton, Lisa; Wendel, Christopher; Baldwin, Carol; Krouse, Rober; 2011, Gender differences in quality of life among long-term colorectal cancer survivors with ostomy, Literatura revista pelos pares, EUA, revista Oncology Nursing Forum, Volume 38, Número 5, páginas 587 a 596.	Análise de conteúdo da informação obtida em oito focus group.	Individualização dos cuidados prestados. Informação acerca do processo de vivência doença adequada a cada pessoa. Disponibilização de Suporte emocional. Gestão de expectativas no âmbito da alteração da imagem corporal.	8 focus groups (4 realizados com homens e outros 4 realizados com mulheres). Dos 282 questionários quantitativos realizados previamente, que visavam avaliar a qualidade de vida da pessoa, foram selecionadas as pessoas que apresentaram resultados no quartil mais alto e no quartil mais baixo.	Descrever a forma como o género do doente afeta as preocupações e a adaptação dos sobreviventes com CCR com ostomias a longo prazo (mais de cinco anos).	4C
Principais Conclusões	<p>Existem aspetos que afetam as variáveis em estudo que são comuns tanto a homens como a mulheres. Os itens comumente referidos são a gestão da dieta, a atividade física, o suporte social e a sexualidade e a intimidade. Embora ambos os sexos tenham identificado alterações, as mulheres verbalizaram alterações mais frequentes ao nível psicológico e social que os homens.</p> <p>Ambos os grupos reportaram evitar alimentos que fazem fases ou que aumentam a velocidade do metabolismo gástrico e que estas medidas eram normalmente eficazes para o controlo do problema. Ambos os grupos destacaram a importância de tópicos como a atividade física, o suporte emocional e familiar disponibilizado por amigos e familiares, além da importância de ser-se resiliente para a obtenção de melhores resultados de qualidade de vida.</p> <p>Ao nível dos aspetos psicológicos, a definição não foi tão clara. Embora ambos os grupos tenham verbalizado desafios de adaptação ao nível da sexualidade e da intimidade, poucos participantes as foram capazes de concretizar. As dificuldades de <i>coping</i> e ajustamento foram discutidas quase exclusivamente pelas mulheres, sendo o número de homens que discutiu as questões relativas à intimidade quase nulo. A principal queixa a este nível foi a alteração da imagem corporal e em alguns casos a depressão resultante.</p>					

	Identificação do Estudo (Autor, ano, título, tipo de publicação, país, ano/volume/número)	Método	Intervenções de Enfermagem	Participantes ou Amostra	Objetivo Geral	Nível de Evidência
Publicação 4	Li, Chia-Chun; Rew, Lynn, 2010, A feminist perspective on sexuality and body image in females with colorectal cancer: An integrative review, Literatura revista pelos pares, EUA, revista Journal of Wound Ostomy and Continence Nurse, 2010, Volume 37, Número 5, páginas 519 a 525.	Revisão integrativa da literatura. Abordagem feminista.	Individualização dos cuidados a prestar. Desmistificação de crenças que possam influenciar a vivência da sexualidade.	Artigos pesquisados (94?)	Explorar as alterações na sexualidade e na imagem corporal nas doentes com CCR, associadas ao diagnóstico e aos seus tratamento.	5B
Principais Conclusões	<p>O número de sobreviventes após o diagnóstico de CCR é cada vez maior, sendo a vivência do CCR frequentemente associada a disfunções sexuais. Devido à elevada mortalidade e morbidade associada ao CCR, os tratamentos realizados são agressivos e acabam por ter impacto na autoimagem (<i>"moon face"</i>, perda indesejada de peso ou eventualmente a alteração da imagem corporal decorrente da construção de uma ostomia). O fator gênero parece ter impacto na vivência da doença, sendo o status funcional a principal preocupação nos doentes do sexo masculino. Nas doentes do sexo feminino, a imagem corporal é fortemente associada ao sentimento de feminidade sendo por isso mais valorizada. Devido à elevada importância atribuída a esta dimensão da mulher, as alterações mais frequentemente verbalizadas são alterações ao nível da imagem corporal, nomeadamente alterações da autoimagem, redução da atratividade corporal e baixa autoestima. Entre os doentes do sexo masculino as principais alterações no que concerne à sexualidade são disfunções de excitação e da ejaculação. De entre as doentes do sexo feminino, as alterações mais referidas ao nível da sexualidade foram queixas de dispareunia e alterações a nível psicológico. Da análise efetuada os autores concluíram que a sexualidade nas mulheres é avaliada com menor frequência que nos homens. Mesmo quando a sexualidade é avaliada, a avaliação é frequentemente pouco completa, direcionando-se apenas para o domínio físico da sexualidade. Por este motivo, os autores abordaram a sexualidade e as alterações da imagem corporal sob a perspetiva da abordagem feminista.</p> <p>A imagem corporal é um fenómeno multifatorial que inclui elementos cognitivos, comportamentais e afetivos. Esta é uma parte essencial da sexualidade, que se altera ao longo da vida, de acordo com a experiência de vida da pessoa. Segundo os autores, a sexualidade comporta elementos de ordem física, psicológica, social e espiritual, sendo influenciada por diversas variáveis como as relações, a comunicação, os papéis sociais e o contexto cultural no qual a pessoa se insere. O toque é um dos aspetos constituintes da imagem sexualidade e da intimidade, que é francamente mais valorizado pelas doentes do sexo feminino do que os doentes do sexo masculino. Após a realização dos tratamentos para o CCR, um grande número de mulheres reportou uma diminuição (e em alguns casos a ausência) da frequência da sua atividade sexual, principalmente após a realização de cirurgia. Transversalmente são referidos problemas ao nível da excitação e ao nível do orgasmo, sendo também referidos problemas como a dispareunia e o medo de perda de continência de esfíncteres (principalmente nas mulheres ostomizadas).</p> <p>De acordo com a abordagem feminista, a insatisfação corporal das mulheres pode não ser o resultado de uma patologia individual, mas sim o resultado de um fenómeno social sistemático. Para as mulheres, o desejo sexual não é sempre precursor de excitação, revelando-se a intimidade emocional um dos estímulos mais importantes para a vivência de uma sexualidade satisfatória. Neste sentido importa não apenas individualizar os cuidados a prestar, mas desmistificar as crenças existentes que possam influenciar a vivência da sexualidade.</p>					

	Identificação do Estudo (Autor, ano, título, tipo de publicação, país, ano/volume/número)	Método	Intervenção Sugerida	Participantes ou Amostra	Objetivo Geral	Nível de Evidência
Publicação 5	Cotrim, Hortense; Pereira, Graça; 2008, Impact of colorrectal cancer on patient and family: Implications for care, Literatura revista pelos pares, Portugal, European Journal of Oncology Nursing, 2008, Volume 12, Páginas 217-226.	Estudo observacional transversal, com um design correlacional.	Suporte emocional. Gestão de expectativas.	Amostra de conveniência composta por 153 doentes e 96 cuidadores informais.	Identificar e avaliar o impacto do CCR no doente com CCR e sua família.	4B
Principais Conclusões	<p><u>Estudo composto pela aplicação de questionários (EORTC QLQ-CR 30) que visavam avaliar a qualidade de vida aos doentes que foram submetidos a cirurgia pelo CCR e pela aplicação de um questionário que visava avaliar o stress, a depressão e a ansiedade nos seus familiares.</u></p> <p>O CCR causa alterações marcadas ao nível da qualidade de vida da pessoa o que a nível social pode refletir-se em relutância na altura de retomar a vida profissional após a cirurgia, a par de alterações ao nível da interação social, com os doentes de CCR a passarem a escolher tendencialmente atividades que permitam evitar o contacto com outras pessoas. Os doentes com uma ostomia tendem a ter uma qualidade de vida pior por terem de lidar com uma alteração da imagem corporal e consequente alteração da autoimagem e do autoconceito. Entre os doentes com ostomias, cerca de 40% referem alterações a nível da sexualidade. Entre os homens verifica-se um aumento da incidência de disfunção erétil quando em comparação com os doentes com CCR sem ostomias. Salienta-se que os doentes com ostomias tendem a sofrer com maior frequência de depressão, isolamento, desespero e baixa autoestima, sendo este problema mais frequente entre as doentes do sexo feminino e de idade jovem. As relações amorosas e afetivas tendem a ser igualmente afetadas, sendo aparentemente maior o impacto nos casais em que a pessoa doente foi ostomizada. A intervenção atempada dos profissionais de saúde é fundamental na aceitação da alteração à imagem corporal e ao autoconceito decorrente de uma ostomia. A intervenção passa em grande parte pela disponibilização de suporte emocional e a gestão de expectativas tanto junto do doente como junto da sua família</p> <p>O impacto do CCR na sexualidade é grande em todos os doentes, sendo maior nos doentes do sexo masculino que foram submetidos a cirurgia com a construção de uma colostomia. Nestes, a lesão dos nervos que são essenciais para a nervação dos órgãos genitais pode originar disfunções a níveis da excitação e ao nível do orgasmo. No caso das doentes do sexo feminino, a abordagem cirúrgica não resulta normalmente numa alteração da sexualidade, contudo os fatores psicológicos costumam resultar e alterações marcadas ao nível da sexualidade (desejo e excitação).</p>					

	Identificação do Estudo (Autor, ano, título, tipo de publicação, país, ano/volume/número)	Método	Intervenções de Enfermagem	Participantes ou Amostra	Objetivo Geral	Nível de Evidência
Publicação 6	Taylor, Clarice, 2015, Body image concerns after colorrectal cancer surgery, Literatura revista pelos pares, Inglaterra, Revista British Journal of Nursing (Oncology Supplement), Vol 24, Número 10, Páginas S8 a S14.	Artigo de Opinião.	Entrevista de ajuda. Suporte emocional. Escuta ativa. Gestão de expectativas. Referenciação para especialistas.	-	Fornecer linhas de orientação aos enfermeiros que cuidam de doentes com CCR após a cirurgia.	5C
Principais Conclusões	<p>Uma das principais alterações da autoimagem consequentes da cirurgia no doente com CCR é a criação de um estoma. Embora este seja referida como a principal preocupação pelos doentes, os restantes aspetos da imagem corporal e consequentemente da sexualidade não devem ser desvalorizados pois podem resultar em ansiedade e angústia para o doente.</p> <p>A construção de um estoma envolve alterações profundas na função corporal e também na sua imagem. A sensação de angústia motivada pela alteração corporal verificada, soma-se o facto de este estoma estar associado à passagem de produtos corporais (fezes) o que tende a aumentar a repulsa sentida principalmente numa fase inicial do pós-operatório. Diversos estudos referem ser transversal o medo que as outras pessoas denotem que o doente tem uma ostomia, podendo este facto se não abordado correta e atempadamente resultar em isolamento por parte do doente (existem casos de isolamento notificados 10 anos após a construção da ostomia).</p> <p>Numa primeira fase as necessidades mais primordiais se encontram afetadas, quer seja construída uma ostomia quer não, a abordagem deve passar por auxiliar a pessoa no processo de aceitação da alteração da imagem corporal, que pode ser real ou potencial, referenciando-a para especialistas sempre que necessário. Numa fase mais posterior, com o consequente retorno da pessoa ao seu quotidiano, questões como a sexualidade ganham importância, sendo frequentemente reportado pelos doentes alterações intimamente ligadas à maneira como as outras pessoas vêem o seu corpo, nomeadamente alterações referentes ao sentimento de pertença, alterações ao nível dos sentimentos de feminilidade/masculinidade</p> <p>Na opinião da autora, a abordagem da sexualidade deve ser incorporada numa abordagem inicial holística e deve ser realizada nas primeiras semanas após o tratamento. Esta abordagem pode ser feita mediante uma entrevista aberta, não estruturada, com o objetivo de perceber individualmente junto de cada doente se a imagem corporal foi alterada e perceber qual o impacto da cirurgia na integridade e função corporais. A autora aponta dois fatores que influenciam o impacto das alterações verificadas: a duração da alteração da imagem (se é permanente ou apenas temporária) e a visualização ou não da alteração (se é uma alteração real ou potencial). A autora apresenta diversas intervenções para fazer face à alteração verificada.</p> <p>De uma forma geral o processo de intervenção deve ser baseado em pequenos objetivos, tanto na dimensão da autoimagem como ao nível das alterações da sexualidade. São apresentados diversas características definidoras para a alteração da autoimagem, tanto na fase inicial, como na fase de follow-up. De uma forma geral a autora descreve o impacto de cada uma destas características e estabelece como ideal o acompanhamento do doente durante o primeiro ano após realização do tratamento, para desta forma monitorizar as alterações verificadas. Se após a intervenção, a pessoa mantém sentimentos negativos face à sua imagem ou a si própria, sugere-se o encaminhamento para os especialistas.</p>					

	Identificação do Estudo (Autor, ano, título, tipo de publicação, país, ano/volume/número)	Método	Intervenções de Enfermagem	Participantes ou Amostra	Objetivo Geral	Nível de Evidência
Publicação 7	Beck, Justham, 2009, Nurses' attitudes towards the sexuality of colorectal patients, Literatura revista pelos pares, Inglaterra,, Revista Nursing Standard, Volume 23, Número 31, Páginas 44 a 48.	Revisão crítica da literatura.	Comunicação sensitiva. Suporte emocional.	Artigos (quantos?)	Abordar a prevalência das disfunções sexuais em doentes com CCR após a cirurgia e perceber como intervir para as abordar.	5C
Principais Conclusões	<p>Qualquer alteração ao nível da aparência física pode resultar numa alteração da imagem corporal que pode ter efeitos profundos na qualidade de vida do doente, sendo por isso importante que os enfermeiros sejam capazes de detetar e abordar estas alterações. No homem com CCR verificam-se frequentemente disfunções sexuais, tais como disfunção erétil, perda de líbido (disfunção de excitação) e ejaculação retrógrada (disfunção de orgasmo), contudo, os doentes tendem a não abordarem estas questões por não se sentirem confortáveis para o fazer. Na mulher com CCR, verificam-se frequentemente disfunções sexuais como a dispareunia ou as disfunções de orgasmo, que podem resultar diretamente das alterações anatómicas verificadas ou até da lesão dos nervos responsáveis pela inervação da cavidade pélvica e suas estruturas durante a cirurgia efetuada. Também no caso das mulheres, a verdadeira dimensão do problema é desconhecida, uma vez que poucas vezes é reportada pelas doentes.</p> <p>A saúde sexual e sua manutenção por parte do doente com CCR deve ser o principal objetivo dos cuidados prestados pelos enfermeiros no âmbito da sexualidade. Muitos doentes verbalizam dificuldade em discutir a sua sexualidade com quem quer que seja, sendo normalmente esta dificuldade acrescida quando se verifica uma alteração corporal. Justifica-se desta forma a preocupação em formar os enfermeiros, devendo cada doente diagnosticado com CCR e submetido a tratamento como um doente com potencial para uma vivência da sexualidade alterada.</p> <p>O local onde a abordagem é efetuada tem impacto na capacidade de expressão no doente, assim como o tem a capacidade comunicacional do próprio enfermeiro. As representações do doente e do próprio enfermeiro podem nem sempre ser compatíveis e é importante que o profissional aprenda a gerir a sua linguagem verbal e não verbal de forma a fomentar o surgimento de uma conversa informal. Só assim o profissional poderá abordar esta temática tão sensível quanto particular e isto requer tempo, disponibilidade e treino.</p> <p>Abordar a sexualidade e os aspetos relacionais do outro exige disponibilidade e comunicação sensitiva, o que só é possível com a adequada formação e investimento. Sendo um aspeto tão particular de cada um, torna-se difícil a elaboração de <i>guidelines</i> para a abordagem da temática da sexualidade. Contudo existem diversos princípios a serem respeitados que aumentam a eficácia da abordagem realizadas. Existem também modelos que devem ser adequados às realidades verificadas em cada contexto.</p>					

	Identificação do Estudo (Autor, ano, título, tipo de publicação, país, ano/volume/número)	Método	Intervenções de Enfermagem	Participantes ou Amostra	Objetivo Geral	Nível de Evidência
Publicação 8	Registered Nurses Association of Ontario, 2009, Literatura cinzenta, Canadá, Ostomy care and mangament: Clinical best practice guidelines, Canada,	Revisão Sistemática da Literatura.	Suporte emocional. Gestão de expectativas.	Estudos.	Divulgar as melhores práticas disponíveis para a gestão das ostomias.	4A
Principais Conclusões	<p>Os enfermeiros precisam de formação sobre como abordar a sexualidade e o seu impacto na vida da pessoa com uma ostomia para dessa fora terem uma intervenção mais efetiva, sendo igualmente importante a compreensão acerca dos diferentes tipos de cirurgia, a par do impacto potencial na sexualidade do doente. O modelo PLISSIT foi um modelo que nasceu para colmatar a falha sentida pelos profissionais no que concerne à abordagem desta necessidade específica e surge como linha orientadora de toda a intervenção.</p> <p>Dar permissão ao doente para discutir a temática da sexualidade é essencial para o sucesso da intervenção. O fornecimento de informações e sugestões específicas sobre como abordar ou lidar com as preocupações específicas do doente é responsabilidade do enfermeiro, desde que ele tenha uma sólida base de conhecimento e nível de conforto para lidar com as preocupações específicas inerentes. É responsabilidade do enfermeiro abordar a temática da sexualidade. Esta abordagem deve idealmente ser realizada no período prévio à cirurgia. No caso dos doentes que as simples sugestões não forem suficientes ou pelo elevado nível de complexidade da situação, o enfermeiro deve referenciar para os profissionais especializados.</p> <p>A construção de uma ostomia pode afetar significativamente a função sexual, afetando assim a intimidade e as relações sexuais, não apenas para o cliente, mas também para o parceiro. A intervenção atempada e eficaz do enfermeiro revela-se por isso fulcral.</p>					

	Identificação do Estudo (Autor, ano, título, tipo de publicação, país, ano/volume/número)	Método	Intervenções de Enfermagem	Participantes ou Amostra	Objetivo Geral	Nível de Evidência
Publicação 9	Averyt, Jennifer; Nishimoto, Patricia, 2014, Addressing sexual dysfunction in colorectal cancer survivorship care, Literatura revista pelos pares, EUA, Revista Journal of Gastrointestinal Oncology, Volume 5, Número 5, Páginas 388-394.	Revisão da literatura.	Suporte emocional. Gestão de expectativas. Aconselhamento terapêutico ao longo de todo o processo.	-	Analisar e fornecer as melhores práticas disponíveis no âmbito da abordagem da disfunção sexual, nos doentes com CCR.	5A
Principais Conclusões	<p>O número de sobreviventes após o diagnóstico de CCR tem aumentado significativamente devido à evolução das técnicas cirúrgicas a par das terapêuticas adjuvantes. Por este motivo o objetivo dos cuidados prestados deixou de ser exclusivamente a sobrevivência do doente para passar a comportar igualmente aspetos relativos à qualidade de vida do doente após o diagnóstico e a realização dos tratamentos a ele dirigidos. Embora diversos estudos a qualidade de vida realizados juntos dos doentes com CCR seja normalmente elevados, existe um grande número de doentes que refere disfunções a nível da sua sexualidade, inclusivamente junto dos doentes com um nível de qualidade de vida elevado. Sendo a sexualidade uma componente importante no âmbito da qualidade de vida, a grande maioria dos doentes com CCR permanece sexualmente ativo após a realização do tratamento. Torna-se fundamental a abordagem de forma correta e estruturada no que à sexualidade diz respeito ao longo das diversas etapas do processo de doença da pessoa.</p> <p>A disfunção sexual nos doentes com CCR pode relacionar-se com a terapêutica ministrada (tratamento hormonal por exemplo), ou com as alterações no peso ao longo dos tratamentos. Importa salientar que todos os fatores que influenciam a sexualidade nas pessoas sem o diagnóstico de CCR, vão influenciar também a vivência da sexualidade por parte dos doentes, muitas vezes com uma expressão maior. Embora se admita que a presença de disfunções sexuais entre a população dos sobreviventes com CCR, na verdade não existem estudos que comparem a incidência das disfunções com grupos de controle. De entre os poucos estudos comparativos existentes, denota-se a importância atribuída em ambos os grupos à intervenção dos profissionais de saúde, em alguns dos casos quando acompanhados pelos parceiros(as). O fornecimento de suporte emocional e a gestão de expectativas, fornecendo aconselhamento ao longo de todo o processo terapêutico foi apontado ao longo de todo o processo como sendo facilitador. Contudo, a realidade é que grande parte das vezes a sexualidade não é abordada corretamente pelos profissionais de saúde o que fazer aumentar sentimentos de angústia e solidão por parte do doente. Tal como os próprios doentes, o profissional sente-se por vezes envergonhado e sem a preparação adequada para trazer para a intervenção uma temática tão particular e sensível. A falta de conhecimentos e a falta de treino comunicacional é igualmente apontada como impeditiva da abordagem. A assunção errónea baseada em características da pessoa doente como a idade, o género ou o estado civil surge também como fator impeditivo da correta abordagem da sexualidade. Devido a todos os fatores apresentados e tendo em vista a adoção das melhores práticas disponíveis desta área do cuidado, as autoras fornecem uma série de sugestões para a melhoria da comunicação com o doente, o que as mesmas acreditam ser promotor da melhoria contínua dos cuidados prestados. Para além dos diversos instrumentos entretanto criados para desenvolver e melhorar a abordagem, é importante abordar e diagnosticar a sexualidade ao longo de todo o processo de doença, independentemente da fase do tratamento. Esta abordagem deve refletir-se na inclusão da sexualidade ao longo dos diversos momentos, sendo a abordagem dos sintomas potenciais relacionados com cada tratamento e que à sexualidade dizem respeito uma maneira simples, pouco intrusiva, mas eficaz de o fazer. Outro aspeto importante passa por aumentar o conhecimento em relação não apenas à sexualidade, mas também no que aos recursos existentes (nomeadamente os especialistas existentes) no contexto em que o cuidado é prestado. Desta forma fica facilitada a referência, sempre que necessário e tal se justifique, para os especialistas para o tratamento de situações que pela sua gravidade ou pela ineficácia das abordagens empregues, assim o justifiquem.</p>					

	Identificação do Estudo (Autor, ano, título, tipo de publicação, país, ano/volume/número)	Método	Intervenções de Enfermagem	Participantes ou Amostra	Objetivo Geral	Nível de Evidência
Publicação 10	Traa, Marjan; De Vries, Jolanda, Roukema, Jan; Rutten, Harm; Den Oudsten, Brenda, 2014, The sexual health care needs after colorectal cancer: the view of patients, partners, and health care professionals, Literatura revista por pares, Holanda, Revista Support Care Cancer, Volume 22, Páginas 763 a 772.	Análise de conteúdo da informação obtida em oito focus group.	Suporte emocional. Gestão de expectativas. Abordagem e re-abordagem da sexualidade de forma individual ao longo do processo de doença. Aconselhamento terapêutico ao longo de todo o processo.	21 doentes e 9 parceiros.	Perceber o impacto do CCR e seus tratamentos, na perspectiva dos doentes e dos seus parceiros, comparando-a com as necessidades percebidas pelos enfermeiros.	4C
Principais Conclusões	<p>As necessidades experienciadas pelos doentes com CCR e seus parceiros nem sempre são coincidentes com aquelas que os profissionais identificam como sendo prioritárias. Enquanto que a totalidade da amostra considerou fundamental que a sua sexualidade fosse discutida ao longo de todo o processo de doença, uma parte considerável dos profissionais de saúde assumiu que devido a diversos fatores, esta não seria uma necessidade prioritária a abordar. OS fatores apontados foram a idade avançada, o estado civil (viuvez) e o género dos doentes. Diversas fatores facilitadores e barreiras à abordagem da sexualidade foram apontadas pelos doentes. A falta de conhecimentos, a par de competências comunicacionais insatisfatórias foram reportadas como sendo os principais entraves à abordagem por parte dos doentes. Por parte dos profissionais de saúde, os fatores apontados passaram pela falta de conhecimentos, a par do desconhecimento dos recursos existentes na área da sexualidade. Por ambos os grupos foi apontado o treino comunicacional como facilitador da abordagem.</p> <p>Embora sejam frequentes os estudos que referem a existência de disfunções sexuais nos doentes com CCR, a realidade é que o número de estudos que efetivamente aborda as necessidades sentidas pelos doentes é bastante reduzido. São apontados diversos aspetos e fatores que influenciam a vivência da sexualidade por parte dos doentes, ao longo do seu processo de doença. Esses fatores podem ser divididos em fatores individuais, fatores institucionais e fatores sociais. É importante que os enfermeiros sejam consciencializados e treinados para abordar e intervir cada um destes.</p>					

Análise

Tendo em vista o objetivo proposto, foram incluídos todos os estudos encontrados na pesquisa realizada, sem que tenha sido imposta uma limitação temporal relativamente ao ano da sua publicação. Em relação às publicações encontradas que foram incluídas na revisão realizada, o ano de publicação mais antigo foi 2008, sendo 2016 o ano de publicação do estudo mais recente e 2012 o ano médio de publicação entre os estudos analisados. Tal facto corrobora o interesse crescente que se tem vindo a verificar nesta área específica do cuidar, tal como apontado por grande parte dos autores.

Relativamente ao país de publicação, a maioria dos estudos analisados (30%) foram publicados nos Estados Unidos da América, sendo o reino unido o país de publicação responsável por 20% dos estudos analisados. Os restantes países onde foram publicados estudos que foram analisados foram o Canadá, a Holanda, Hong Kong, Portugal e Taiwan, cada um responsável por 10% das publicações.

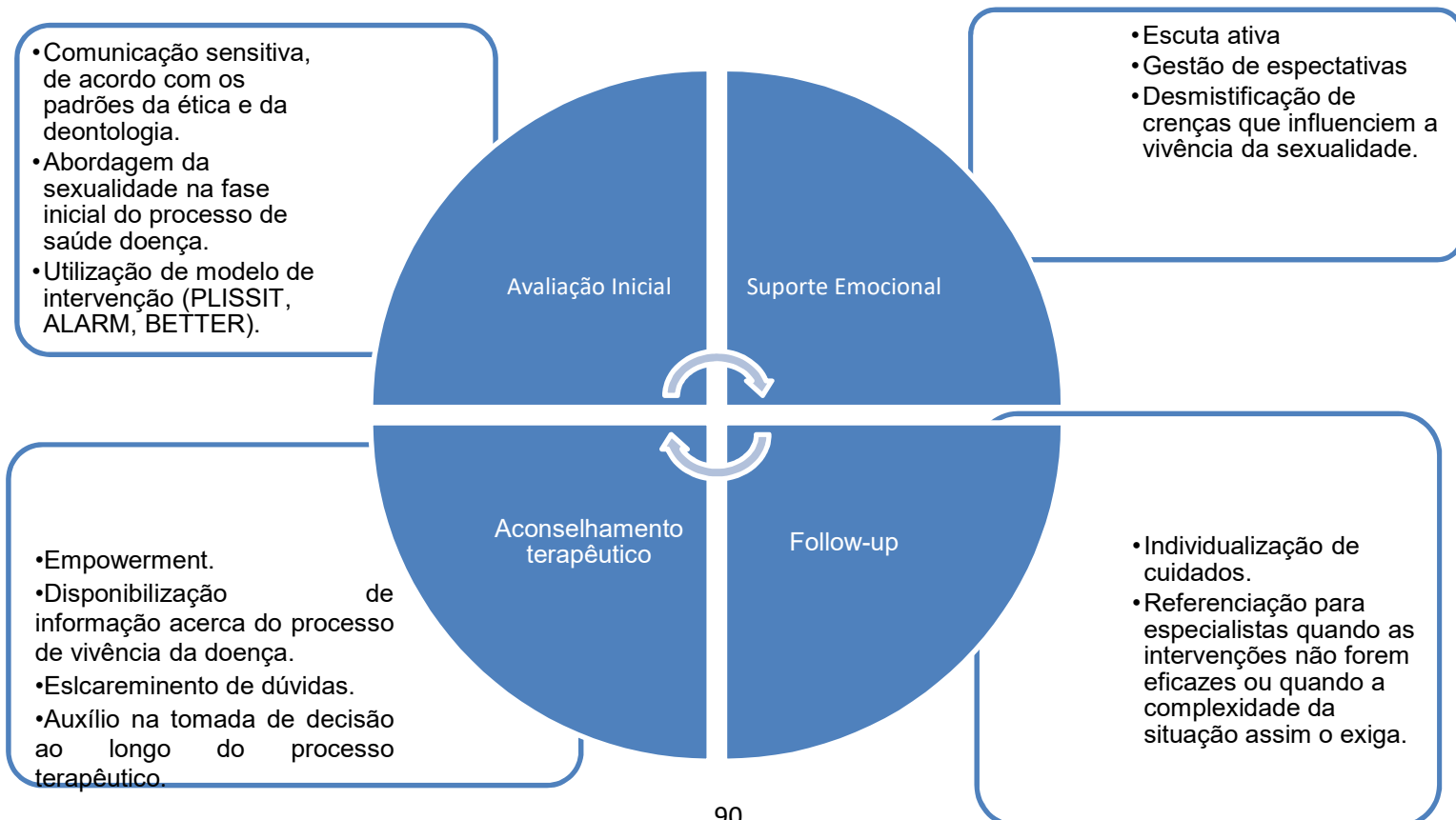
Objetivamente, 40% dos estudos incluídos foram produzidos na América e outros 40% foram publicados na Europa, locais onde a incidência do CCR é maior e onde devido à evolução das técnicas cirúrgicas a par das terapêuticas adjuvantes, o número de sobreviventes após o diagnóstico de CCR tem aumentado significativamente. Por outro lado, apenas 20% dos estudos produzidos foram publicados na Ásia, o que pode explicar-se pela reduzida incidência de CCR neste continente.

Relativamente ao tipo de fontes utilizadas, a literatura revista por pares constitui a esmagadora maioria (90%) de fontes de literatura utilizados, estando a literatura cinzenta em apenas numa pequena parte dos estudos incluídos (10%). Não obstante, o nível de evidência presente nos diversos estudos é bastante baixo (variando entre 3E e 5C, de acordo com a nomenclatura escolhida).

Embora o objetivo de uma revisão *scoping* não seja a generalização de conclusões, importa salientar que devido ao nível de evidência reduzido e a aspetos metodológicos presentes em alguns dos estudos incluídos (artigos de opinião com recurso a um número reduzido de fontes, revisões de literatura efetuadas com baixo nível de rigor metodológico, assim como o facto de o tamanho da amostra de alguns dos estudos estar omissa), salienta-se que os dados obtidos devem ser interpretados com cautela.

Na análise efetuada, os autores apresentam com elevada frequência que o CCR e seus tratamentos têm potencial para afetar a sexualidade da pessoa doente. Contudo, apesar de este ser um dado transversal em todos os estudos consultados, o impacto e a natureza dessas alterações não se encontra devidamente estudada, sendo igualmente pouco abordado o papel do enfermeiro

especialista e a intervenção que este pode ter na alteração da sexualidade. Como consequência desta falta de conhecimento, verifica-se uma elevada dispersão e falta de uniformização da linguagem utilizada pelos diversos profissionais envolvidos no processo de cuidar do doente com CCRDe uma forma geral são sugeridas intervenções dentro de uma área específica, a área da relação terapêutica com a pessoa doente, nomeadamente a área da comunicação. Dentro desta área que é central no cuidado de enfermagem, podem ser definidos três domínios particulares que se apresentam em seguida, num esquema por mim elaborado.



Conclusão

A diminuição do desejo após o diagnóstico é frequente, motivada tanto pelas atitudes sociais que tendem a dessexualizar os indivíduos como pelas alterações na autoestima e atratividade. A satisfação sexual percebida após o diagnóstico tende a decrescer, por vezes significativamente, encontrando-se correlacionada com a diminuição da atividade sexual e/ou com a incapacidade da prática do coito motivada pela presença de sintomas como a dor ou a astenia. Percepções de inadequação sexual, quer antecipatórias quer no decurso do envolvimento sexual, são frequentemente geradoras de ansiedade, que pode interferir negativamente na vivência da sexualidade.

Diversos fatores relacionados com o diagnóstico são capazes de influenciar a vivência da sexualidade da pessoa doente e também por vezes o seu parceiro(a), contudo as restantes fases de resposta sexual não são habitualmente afetadas. O número de sobreviventes após o diagnóstico de CCR tem aumentado significativamente devido à evolução das técnicas cirúrgicas a par das terapêuticas adjuvantes. Por este motivo o objetivo dos cuidados prestados deixou de ser exclusivamente a sobrevivência do doente para passar a comportar igualmente aspetos relativos à qualidade de vida do doente após o diagnóstico e a realização dos tratamentos a ele dirigidos.

Embora diversos estudos a qualidade de vida realizados juntos dos doentes com CCR seja normalmente elevados, existe um grande número de doentes que refere disfunções a nível da sua sexualidade, inclusivamente junto dos doentes com um nível de qualidade de vida elevado. Sendo a sexualidade uma componente importante no âmbito da qualidade de vida, a grande maioria dos doentes com CCR permanece sexualmente ativo após a realização do tratamento.

A vivência do CCR encontra-se assim frequentemente associada a disfunções sexuais, sendo a agressividade dos tratamentos realizados devido à elevada mortalidade e morbilidade associada ao diagnóstico um dos motivos principais. A sexualidade comporta elementos de ordem física, psicológica, social e espiritual, sendo influenciada por diversas variáveis como as relações, a comunicação, os papéis sociais e o contexto cultural no qual a pessoa se insere.

A imagem corporal é um fenómeno multifatorial que inclui elementos cognitivos, comportamentais e afetivos, sendo parte essencial da sexualidade, que se altera ao longo da vida, de acordo com a experiência de vida da pessoa. O toque é um dos aspetos constituintes da imagem sexualidade e da intimidade, que é francamente mais valorizado pelas doentes do sexo feminino do que os doentes do sexo masculino.

O fator gênero parece ter impacto na vivência da doença, sendo o status funcional a principal preocupação nos doentes do sexo masculino. Nas doentes do sexo feminino, a imagem corporal é fortemente associada ao sentimento de feminidade sendo por isso mais valorizada.

As alterações mais frequentemente verbalizadas são alterações ao nível da imagem corporal, nomeadamente alterações da autoimagem, redução da atratividade corporal e baixa autoestima. Entre os doentes do sexo masculino as principais alterações no que concerne à sexualidade são disfunções de excitação e da ejaculação. De entre as doentes do sexo feminino, as alterações mais referidas ao nível da sexualidade foram queixas de dispareunia e alterações a nível psicológico.

Da análise efetuada os autores concluíram que a sexualidade nas mulheres é avaliada com menor frequência que nos homens. Mesmo quando a sexualidade é avaliada, a avaliação é frequentemente pouco completa, direcionando-se apenas para o domínio físico da sexualidade.

Uma das principais alterações da autoimagem consequentes da cirurgia no doente com CCR é a criação de um estoma. Embora este seja referida como a principal preocupação pelos doentes, os restantes aspetos da imagem corporal e consequentemente da sexualidade não devem ser desvalorizados pois podem resultar em ansiedade e angústia para o doente. A construção de um estoma envolve alterações profundas na função corporal e também na sua imagem. A sensação de angústia motivada pela alteração corporal verificada, soma-se o facto de este estoma estar associado à passagem de produtos corporais (fezes) o que tende a aumentar a repulsa sentida principalmente numa fase inicial do pós-operatório.

Numa primeira fase as necessidades mais primordiais se encontram afetadas, quer seja construída uma ostomia quer não, a abordagem deve passar por auxiliar a pessoa no processo de aceitação da alteração da imagem corporal, que pode ser real ou potencial, referenciando-a para especialistas sempre que necessário. Numa fase mais posterior, com o consequente retorno da pessoa ao seu quotidiano, questões como a sexualidade ganham importância, sendo frequentemente reportado pelos doentes alterações intimamente ligadas à maneira como as outras pessoas vêem o seu corpo, nomeadamente alterações referentes ao sentimento de pertença, alterações ao nível dos sentimentos de feminilidade/masculinidade.

Diversos estudos referem ser transversal o medo que as outras pessoas denotem que o doente tem uma ostomia, podendo este facto se não abordado correta e atempadamente resultar em relutância na altura de retomar a vida profissional após a cirurgia, a par de alterações ao nível da interação social, com os doentes de CCR a passarem a escolher tendencialmente atividades que permitam evitar o contacto com outras pessoas, existindo casos de isolamento notificados 10 anos após a construção da ostomia).

A abordagem da sexualidade deve ser incorporada numa abordagem inicial holística e deve ser realizada nas primeiras semanas após o tratamento. Esta abordagem pode ser feita mediante uma entrevista aberta, não estruturada, com o objetivo de perceber individualmente junto de cada doente se a imagem corporal foi alterada e perceber qual o impacto da cirurgia na integridade e função corporais. Existem dois fatores que influenciam o impacto das alterações verificadas: a duração da alteração da imagem (se é permanente ou apenas temporária) e a visualização ou não da alteração (se é uma alteração real ou potencial).

De uma forma geral o processo de intervenção deve ser baseado em pequenos objetivos, tanto na dimensão da autoimagem como ao nível das alterações da sexualidade. Se após a intervenção, a pessoa mantém sentimentos negativos face à sua imagem ou a si própria, sugere-se o encaminhamento para os especialistas.

Qualquer alteração ao nível da aparência física pode resultar numa alteração da imagem corporal que pode ter efeitos profundos na qualidade de vida do doente, sendo por isso importante que os enfermeiros sejam capazes de detetar e abordar estas alterações. No homem com CCR verificam-se frequentemente disfunções sexuais, tais como disfunção erétil, perda de libido (disfunção de excitação) e ejaculação retrógrada (disfunção de orgasmo), contudo, os doentes tendem a não abordarem estas questões por não se sentirem confortáveis para o fazer. Na mulher com CCR, verificam-se frequentemente disfunções sexuais como a dispareunia ou as disfunções de orgasmo, que podem resultar diretamente das alterações anatómicas verificadas ou até da lesão dos nervos responsáveis pela inervação da cavidade pélvica e suas estruturas durante a cirurgia efetuada. Também no caso das mulheres, a verdadeira dimensão do problema é desconhecida, uma vez que poucas vezes é reportada pelas doentes.

Sendo um aspeto tão particular de cada um, torna-se difícil a elaboração de *guidelines* para a abordagem da temática da sexualidade. Contudo existem diversos princípios a serem respeitados que aumentam a eficácia da abordagem realizadas. Existem também modelos que devem ser adequados às realidades verificadas em cada contexto. Dar permissão ao doente para discutir a temática da sexualidade é essencial para o sucesso da intervenção.

O fornecimento de informações e sugestões específicas sobre como abordar ou lidar com as preocupações específicas do doente é responsabilidade do enfermeiro, desde que ele tenha uma sólida base de conhecimento e nível de conforto para lidar com as preocupações específicas inerentes. É responsabilidade do enfermeiro abordar a temática da sexualidade, devendo esta ser realizada no período prévio à cirurgia. No caso dos doentes que as simples sugestões não forem

suficientes ou pelo elevado nível de complexidade da situação, o enfermeiro deve referenciar para os profissionais especializados.

A saúde sexual e sua manutenção por parte do doente com CCR deve ser o principal objetivo dos cuidados prestados pelos enfermeiros no âmbito da sexualidade. Muitos doentes verbalizam dificuldade em discutir a sua sexualidade com quem quer que seja, sendo normalmente esta dificuldade acrescida quando se verifica uma alteração corporal. Justifica-se desta forma a preocupação em formar os enfermeiros, devendo cada doente diagnosticado com CCR e submetido a tratamento como um doente com potencial para uma vivência da sexualidade alterada.

O local onde a abordagem é efetuada tem impacto na capacidade de expressão no doente, assim como o tem a capacidade comunicacional do próprio enfermeiro. As representações do doente e do próprio enfermeiro podem nem sempre ser compatíveis e é importante que o profissional aprenda a gerir a sua linguagem verbal e não verbal de forma a fomentar o surgimento de uma conversa informal. Só assim o profissional poderá abordar esta temática tão sensível quanto particular e isto requiere formação adequada, treino e formação.

Referências Bibliográficas

- Auriolles, E. (2011). The Impact of cancer on the Partner's Sexuality. *Cancer and Sexual Health*, 383-398.
- Averyt, J. C., & Nishimoto, P. W. (2014). Addressing sexual dysfunction in colorectal cancer survivorship care. *Journal Of Gastrointestinal Oncology*, 5(5), 388–394. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2078-6891.2014.059>
- Beck, M., & Justham, D. (2009). formation to minimise the adverse effects on their quality of life and function. *Sexual function*.
- Best, C., & Guidelines, P. (2009). *Clinical Best*, (August), 1–116.
- British Columbia Cancer Agency . (2014). *Symptom management guidelines: intimacy and sexuality*. BC Cancer Agency.
- Cardoso, J. (2014). Doença, imagem Corporal e Sexualidade. Em N. M. Pereira, *Sexologia Médica* (pp. 453-472). Lidel.
- Cotrim, H., & Pereira, G. (2008). Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 217–226. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.11.005>
- Grant, M., McMullen, C. K., Altschuler, A., Mohler, M. J., Hornbrook, M. C., Herrinton, L. J., ... Krouse, R. S. (2011). Gender Differences in Quality of Life Among Long-Term Colorectal Cancer Survivors With Ostomies. *Oncology Nursing Forum*, 38(5), 587–596. <https://doi.org/10.1188/11.ONF.587-596>
- Katz, A. (2005). The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *Official Journal of The American Society of Clinical Oncology*, 23(1), 238-241.
- THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews*. [Consultado a 10 de Fevereiro de 2018] Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
- Lam, W. W. T., Law, W. L., Poon, J., Fong, D., Girgis, A., & Fielding, R. (2014). Supportive care needs among Chinese patients diagnosed with colorectal cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23(September 2015), 54. <https://doi.org/10.1111/j.1099-1611.2014.3693>

- Li, C. C., & Rew, L. (2010). A feminist perspective on sexuality and body image in females with colorectal cancer: An integrative review. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 37(5), 519–525. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181edac2c>
- Mercadante, S., Vitrano, V., & Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 18(6), 659-665.
- Neal, A. J., & Hoskin, P. J. (2009). *Clinical Oncology Fourth Edition: Basic Principles and Practice*. Boca Raton, Florida, Estados Unidos: CRC Press.
- Shun, S.-C., Yeh, K.-H., Liang, J.-T., Huang, J., Chen, S.-C., Lin, B.-R., ... Lai, Y.-H. (2014). Unmet Supportive Care Needs of Patients With Colorectal Cancer: Significant Differences by Type D Personality. *Oncology Nursing Forum*, 41(1), E3–E11. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.E3-E11>
- Taylor, C. (2015). Colorectal Cancer: Surgery, 24(10).
- Tierney, D. K. (Maio de 2008). Sexuality: a quality-of-life issue for cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol 24, Nº2, 71-79.

APÊNDICE II: Cronograma de estágio.

Cronograma de estágio

ANOS	2017												2018										
MESES	Set	Out					Nov					Dez				Jan					Fev		
DIAS	25	2	9	16	23	30	2	6	13	20	27	4	11	18	25	3	8	15	22	29	1	5	12
	29	6	13	20	27	31	3	10	17	24	30	8	15	22	31	5	12	19	26	31	2	9	16
Serviço de Radioterapia																							
Objetivo: Aprofundar conhecimentos acerca da alteração da sexualidade no doente oncológico submetido a radioterapia.																							
Objetivo: Identificar as alterações apresentadas pela pessoa em consulta.																							
Objetivo: Aplicar os conhecimentos adquiridos.																							
Bloco de Exames Urológicos																							
Objetivo: Continuar a aprofundar conhecimentos acerca da intervenção da sexualidade no doente oncológico																							
Objetivo: Identificar as alterações apresentadas pela pessoa em consulta.																							
Objetivo: Aplicar os conhecimentos adquiridos																							
Consulta de Andrologia																							
Objetivo: Continuar a aprofundar conhecimentos acerca da intervenção da sexualidade no doente oncológico.																							
Objetivo: Identificar as alterações apresentadas pela pessoa em consulta.																							
Objetivo: Aplicar os conhecimentos adquiridos																							
Serviço de Oncologia Médica I e Especialidades Médicas																							
Objetivo: Promover a intervenção junto da pessoa com CCR com alteração da sexualidade.																							
Objetivo: Identificar as alterações apresentadas pela pessoa internada no serviço aplicando os conhecimentos adquiridos.																							

APÊNDICE III: Grelha de observação para o serviço de radioterapia.

Grelha de observação

Doente		Data	Ensino Clínico
			Radioterapia
		Local:	
<u>Perguntas</u>		<u>Respostas</u>	
1	Sexo	Masculino ()	Feminino ()
2	Idade		
3	Especialidade de Origem	Gastroenterologia ()	
		Ginecologia ()	
		Hematologia ()	
		Oncologia Médica ()	
		Otorrinolaringologia ()	
		Outros Tumores Sólidos ()	
4	Diagnóstico		
4a	Metastizado?	Sim ()	Não ()
5	Tipologia de consulta	Primeira vez ()	
		Subsequente ()	
		Oncosexologia ()	
6	Sexualidade foi abordada?	Sim ()	Não ()
7	Abordagem foi registada?	Sim ()	Não ()

APÊNDICE IV: Sondagem de opinião efetuada junto das enfermeiras do serviço de radioterapia.

Sondagem de opinião aos enfermeiros sobre a avaliação da sexualidade feita na consulta de enfermagem à pessoa com doença oncológica submetida a radioterapia

Inserido no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica foi elaborado um projeto de intervenção sobre "A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade do doente com cancro colo-rectal" para o qual peço a sua colaboração no preenchimento deste breve questionário com o objetivo de conhecer a sua intervenção na consulta de enfermagem quanto à avaliação da sexualidade que faz à pessoa com cancro e identificar as 3 principais dificuldades que tem sobre esta intervenção.

Das respostas fornecidas será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, embora estes façam parte do relatório de estágio a ser produzido e publicado. Retirava o obrigatório.

***Obrigatório**

1. **Costuma avaliar a sexualidade da pessoa com cancro na consulta de enfermagem? ***

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

2. **Dos aspetos abaixo indicados escolha os 3 que considera serem mais impeditivos de que aborde a sexualidade junto da pessoa com doença oncológica na consulta de enfermagem. ***

Legenda: Ordene de 1 a 3 por ordem de influência esses impeditivos

Marcar tudo o que for aplicável.

- Falta de tempo.
 Falta de privacidade do local onde presto cuidados.
 Falta de treino comunicacional.
 Existem outras necessidades mais prioritárias.
 Dificuldade na gestão das próprias emoções.
 Falta de conhecimentos relativos à sexualidade.
 Medo que o doente se sinta ofendido.
 Incerteza face a quem deve iniciar a conversa.
 Outra. Especifique o motivo:

3. **Autoriza que os dados recolhidos sejam publicados no relatório de estágio, sendo mantida o seu anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos ?**
Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

APÊNDICE V: Plano de sessão, anúncio e apresentação efetuada junto das senhoras enfermeiras do serviço de radioterapia.

Plano de Sessão

- Objetivo Geral: Dar a conhecer a avaliação da sexualidade feita num grupo de pessoas com doença oncológica submetidas a tratamento de radioterapia.

Etapa	Objectivos específicos	Conteúdos	Métodos	Tempo	Formador
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto e do percurso percorrido. - Apresentação dos conteúdos da sessão (sumário). 	<ul style="list-style-type: none"> - Formador: César Gomes - Tema: A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade da pessoa com doença oncológica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Método expositivo com recurso a data-show. 	2 minutos.	Cesar Gomes.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição Apresentação dos dados recolhidos. Sexualidade. Intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Dados recolhidos durante as consultas de enfermagem observadas. Dados recolhidos através da aplicação dos questionários. Análise dos dados. Modelo de resposta sexual. Alterações / disfunções da sexualidade. Intervenção do enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo com recurso a data-show. 	13 minutos.	
Síntese	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas - Discussão do trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> - Dúvidas e questões dos formandos 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Interrogativo 	5 minutos.	Cesar Gomes.



Plano de Sessão:

Tema: A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade da pessoa com doença oncológica.

Formador: César Gomes.

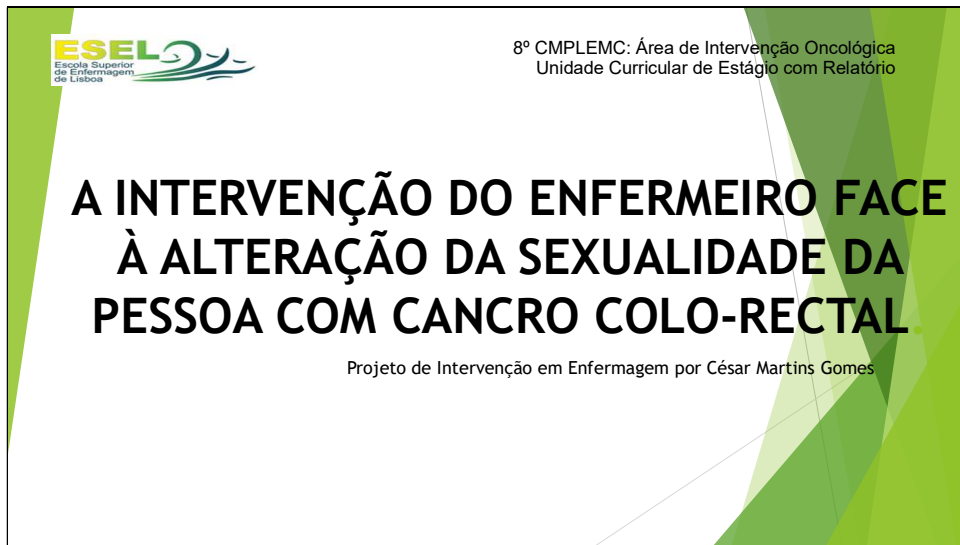
Local: Auditório do serviço de Radioterapia

Data e hora: 8 de novembro de 2017 pelas 14 horas.

Duração: 20 minutos.

Destinatários: Sras. Enfermeiras do serviço de Radioterapia.

Diapositivo 1



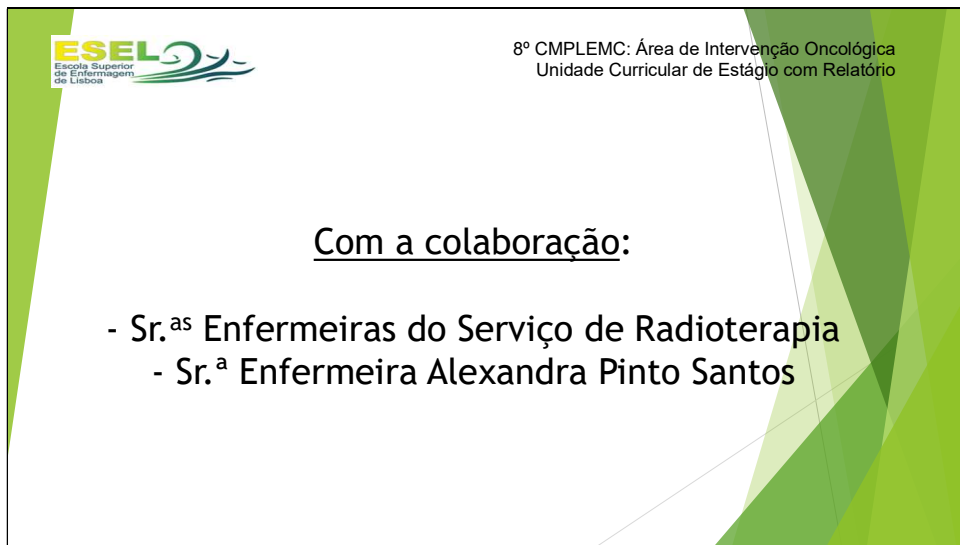
ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8º CMPEMC: Área de Intervenção Oncológica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO FACE À ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE DA PESSOA COM CANCRO COLO-RECTAL

Projeto de Intervenção em Enfermagem por César Martins Gomes

Diapositivo 2



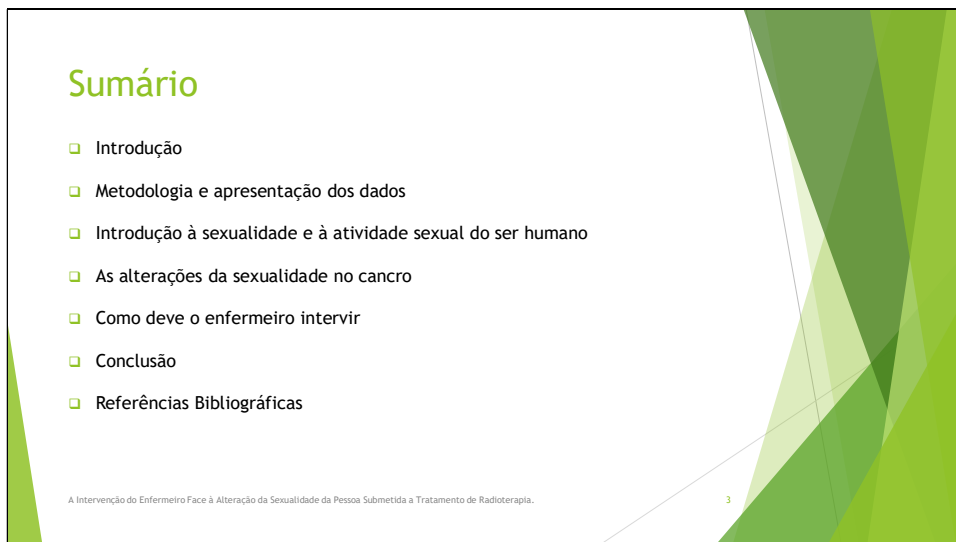
ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8º CMPEMC: Área de Intervenção Oncológica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Com a colaboração:

- Sr.^{as} Enfermeiras do Serviço de Radioterapia
- Sr.^a Enfermeira Alexandra Pinto Santos

Diapositivo 3

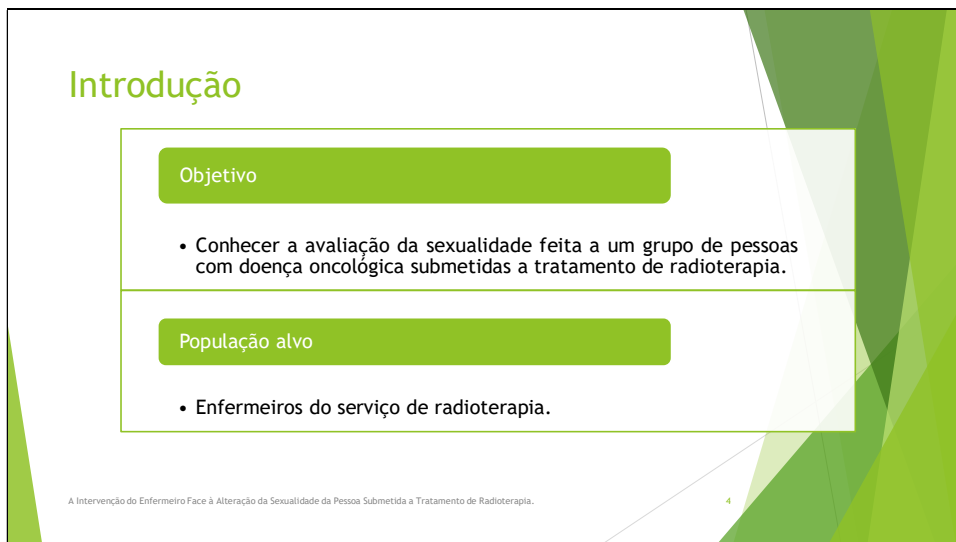


Sumário

- Introdução
- Metodologia e apresentação dos dados
- Introdução à sexualidade e à atividade sexual do ser humano
- As alterações da sexualidade no cancro
- Como deve o enfermeiro intervir
- Conclusão
- Referências Bibliográficas

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 3

Diapositivo 4



Introdução

Objetivo

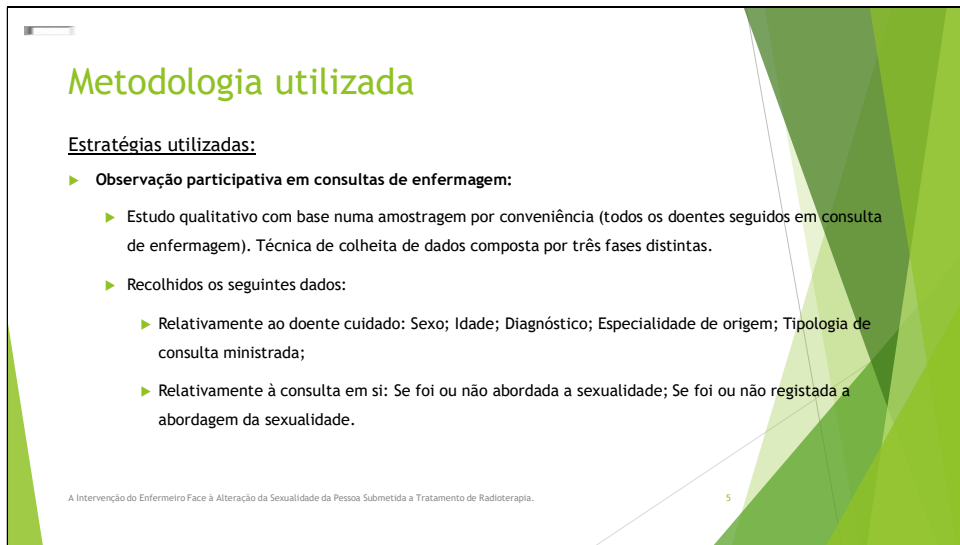
- Conhecer a avaliação da sexualidade feita a um grupo de pessoas com doença oncológica submetidas a tratamento de radioterapia.

População alvo

- Enfermeiros do serviço de radioterapia.

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 4

Diapositivo 5



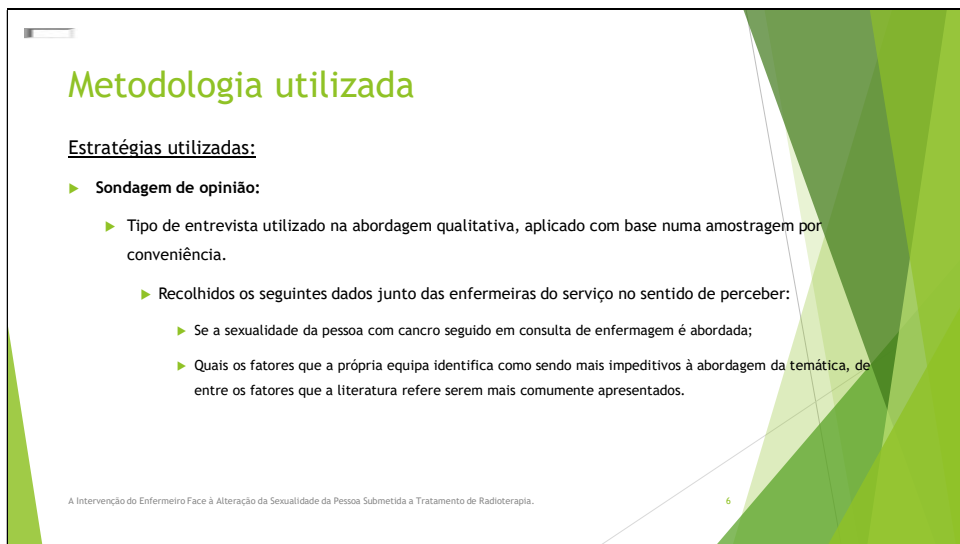
Metodologia utilizada

Estratégias utilizadas:

- ▶ **Observação participativa em consultas de enfermagem:**
 - ▶ Estudo qualitativo com base numa amostragem por conveniência (todos os doentes seguidos em consulta de enfermagem). Técnica de colheita de dados composta por três fases distintas.
 - ▶ Recolhidos os seguintes dados:
 - ▶ Relativamente ao doente cuidado: Sexo; Idade; Diagnóstico; Especialidade de origem; Tipologia de consulta ministrada;
 - ▶ Relativamente à consulta em si: Se foi ou não abordada a sexualidade; Se foi ou não registada a abordagem da sexualidade.

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 5

Diapositivo 6

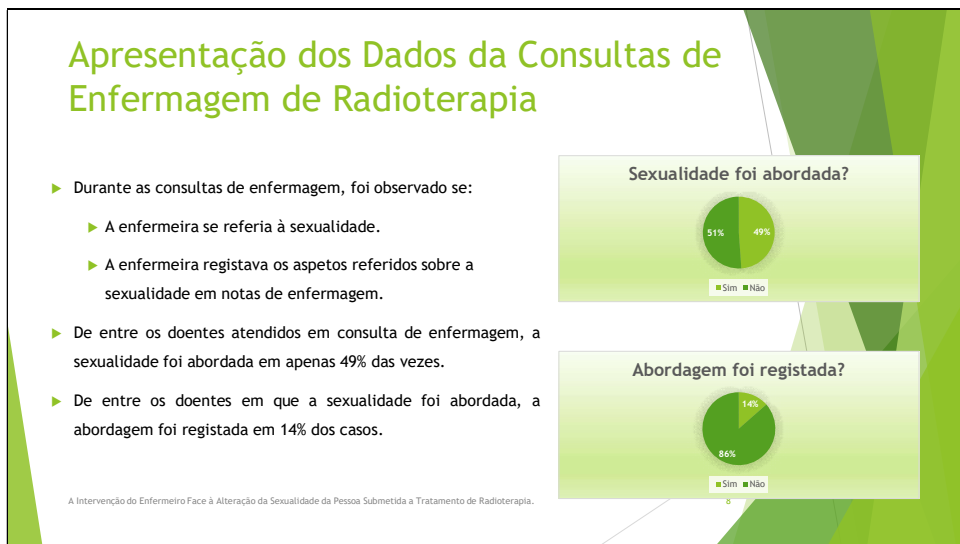
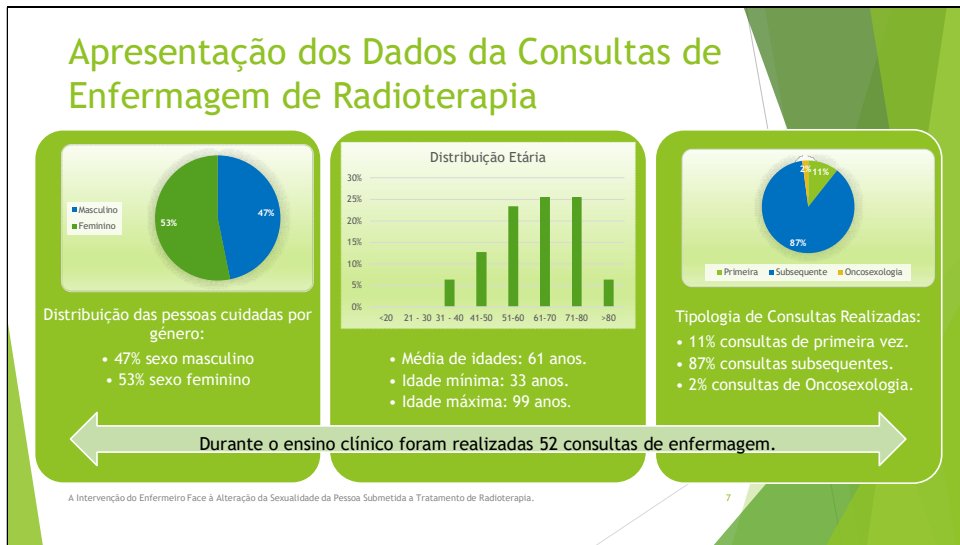


Metodologia utilizada

Estratégias utilizadas:

- ▶ **Sondagem de opinião:**
 - ▶ Tipo de entrevista utilizado na abordagem qualitativa, aplicado com base numa amostragem por conveniência.
 - ▶ Recolhidos os seguintes dados junto das enfermeiras do serviço no sentido de perceber:
 - ▶ Se a sexualidade da pessoa com cancro seguido em consulta de enfermagem é abordada;
 - ▶ Quais os fatores que a própria equipa identifica como sendo mais impeditivos à abordagem da temática, de entre os fatores que a literatura refere serem mais comumente apresentados.

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 6



Apresentação dos Dados do Questionário

- ▶ Foi feita um questionário composto por 2 perguntas fechadas aos enfermeiros constituintes da equipa.
- ▶ Da aplicação do referido questionário, que obteve uma taxa de preenchimento de 67%, foi possível concluir os dados seguintes.

Sondagem de opinião aos enfermeiros sobre a avaliação da sexualidade feita na consulta de enfermagem à pessoa com doença oncológica submetida a radioterapia

Instituto de Cuidados de Enfermagem Médicos-Cirurgia na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica. Foi elaborado um projeto de intervenção sobre "A avaliação da sexualidade feita na consulta de enfermagem da pessoa com cancro submetida a radioterapia" e um questionário. O questionário tem como objetivo avaliar a prática de avaliação da sexualidade feita na consulta de enfermagem e a avaliação da sexualidade feita a longo prazo, após o tratamento, em 3 pontos: satisfação com o nível de avaliação, a confiabilidade dos dados, e a importância da avaliação da sexualidade para o tratamento do cancro e a qualidade de vida. Pretende-se o seguinte:

Objetivos:

1. **Costuma avaliar a sexualidade da pessoa com cancro na consulta de enfermagem?**
Resposta: Sim ou Não.

2. **Que razões foram indicadas nos 7 itens considerados serem mais importantes de que estado a sexualidade da pessoa com cancro submetida a radioterapia?**
Legenda: Ordem de 1 a 7 por ordem de importância, sendo 1 a mais importante.

Falta de tempo.

Falta de privacidade do local onde presta cuidados.

Falta de treino comunicacional.

Existem outras necessidades mais prioritárias.

Dificuldade no acesso das pessoas oncológicas.

Falta de conhecimentos relativos à sexualidade.

Não quer abordar ao nível clínico.

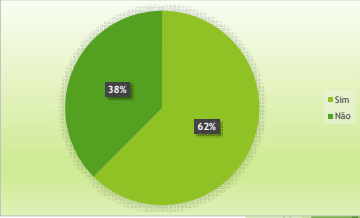
Insuficiente formação sobre sexualidade e importância da avaliação.

Outros. Especificar o motivo.

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia.

Apresentação dos Dados do Questionário

- ▶ **#1: Costuma avaliar a sexualidade da pessoa com cancro na consulta de enfermagem?**
 - ▶ 62% dos inquiridos responderam abordar a sexualidade.
 - ▶ 38% dos inquiridos responderam não abordar a sexualidade.
- ▶ Verifica-se uma discrepância de 11% entre os dados referidos pelo grupo (62%) e os dados observados ao longo do ensino clínico anteriormente apresentados (51%).



■ Sim
■ Não

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia.

Apresentação dos Dados do Questionário

► #2: Dos aspetos abaixo indicados escolha os 3 que considera serem mais impeditivos de que aborde a sexualidade junto da pessoa com doença oncológica na consulta de enfermagem:

- Falta de tempo.
- Falta de privacidade do local onde presto cuidados.
- Falta de treino comunicacional.
- Existem outras necessidades mais prioritárias.
- Dificuldade na gestão das próprias emoções.
- Falta de conhecimentos relativos à sexualidade.
- Medo que o doente se sinta ofendido.
- Incerteza face a quem deve iniciar a conversa.
- Outra. Especifique o motivo:

► Ordene de 1 a 3 por ordem de influência esses impeditivos

Fatores mais apontados na literatura como impeditivos à abordagem da sexualidade junto da pessoa com cancro.

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 11

Apresentação dos Dados do Questionário

► #2: Dos aspetos abaixo indicados escolha os 3 que considera serem mais impeditivos de que aborde a sexualidade junto da pessoa com doença oncológica na consulta de enfermagem:


- A “falta de privacidade do local onde presto cuidados” - **29%**
- A “falta de tempo” - **24%**
- A “falta de treino comunicacional” - **14%**
- A “incerteza face a quem deve iniciar a conversa” - **14%**

Fator	Porcentagem
Falta de tempo	24%
Falta de privacidade do local onde presto cuidados	29%
Falta de treino comunicacional	14%
Existem outras necessidades mais prioritárias	10%
Dificuldade na gestão das próprias emoções	0%
Falta de conhecimentos relativos à sexualidade	0%
Medo que o doente se sinta ofendido	5%
Incerteza face a quem deve iniciar a conversa	14%
Outra: Especifique o motivo	5%

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia.

Análise dos Dados Obtidos

- ▶ Apesar de diversos estudos referirem que a pessoa com doença oncológica preferir que seja o enfermeiro a abordar a questão da sexualidade (Julien, Thom e Kline, 2010), a realidade é que muitas vezes o enfermeiro não aborda a questão.
- ▶ O papel do enfermeiro no âmbito da intervenção junto da pessoa com alteração ao nível da sexualidade passa essencialmente pela comunicação, sendo sua responsabilidade abordar o assunto da sexualidade (British Columbia Cancer Agency , 2014).



A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia.

13

O que é a sexualidade?

Fenómeno multidimensional que compreende aspetos relacionados com os domínios físico, psicológico e social.

Domínio físico compreende as estruturas e funções directamente envolvidas no ciclo de resposta sexual: a libído, a excitação o orgasmo e a libertação da tensão sexual.

Domínio psicológico compreende a percepção que a pessoa tem de si mesmo enquanto ser sexual e que é influenciada pela sua imagem corporal e auto-estima.


O domínio social compreende a intimidade emocional e a ligação estabelecida com o(a) parceiro através da actividade sexual.

(Tierney, 2008).

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia.

14

O que é a sexualidade?




Saúde Sexual:
Estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade, que carece de uma abordagem positiva face à sexualidade e intimidade da pessoa (OMS, 2009).

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 15

Modelo de resposta sexual

- O conhecimento de como o corpo responde quando sexualmente estimulado, pode ajudar a melhorar o desempenho ou a corrigir uma resposta sexual inadequada.
- A resposta sexual segue uma sequência previsível de alterações fisiológicas, independentemente de qual a prática sexual que a desencadeia. (Oliveira, 2014).



A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia.

As alterações da sexualidade no cancro

O diagrama apresenta o ciclo sexual em quatro fases: Excitação (verde), Resolução (vermelha), Plateau (laranja) e Orgasmo (laranja escuro). As fases estão conectadas por setas azuis que indicam o fluxo cíclico: Excitação → Resolução → Orgasmo → Plateau → Excitação.

Alterações Relacionadas com o Diagnóstico:

- O impacto na sexualidade começa no dia em que o doente recebe o diagnóstico de cancro (Silva, Ramos e Silva, 2014)
- De acordo com Cardoso (2013), a diminuição do desejo após o diagnóstico é frequente, motivada tanto pelas atitudes sociais que tendem a dessexualizar os indivíduos como pelas alterações na autoestima e atratividade.
- A satisfação sexual percebida após o diagnóstico tende a decrescer, por vezes significativamente, encontrando-se correlacionada com a disfunção do desejo e/ou disfunção de excitação (Cardoso, 2014), motivada pela presença de sintomas como a dor ou a astenia. (Silva, Ramos e Silva, 2014).

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 17

As alterações da sexualidade no cancro

O diagrama apresenta o ciclo sexual em quatro fases: Excitação (verde), Resolução (vermelha), Plateau (laranja) e Orgasmo (laranja escuro). As fases estão conectadas por setas azuis que indicam o fluxo cíclico: Excitação → Resolução → Orgasmo → Plateau → Excitação.

Alterações Relacionadas com o Tratamento:

- A sexualidade é na maioria dos doentes mais atingida pelos tratamentos a que o doente é submetido do que propriamente pela doença em si (Flynn, 2010).
- Para o doente com cancro o tratamento pode ser uma combinação de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia ou imunoterapia. As alterações podem surgir em qualquer altura, desde a fase do diagnóstico, ao período de *follow-up* (Flynn, 2010).

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 18

As alterações da sexualidade no cancro

O diagrama apresenta o ciclo sexual em quatro fases: Excitação (verde), Resolução (vermelha), Plateau (laranja) e Orgasmo (laranja escuro). As fases estão conectadas por setas azuis que indicam o fluxo cíclico: Excitação → Resolução → Orgasmo → Plateau → Excitação.

Impacto da cirurgia oncológica:

- Sexualidade pode ser afetada pela exérese do tumor em si quando esta envolve estruturas importantes para a sexualidade do doente ou de estruturas adjacentes lesadas no processo de disseção ou como forma de obter margem de segurança livre de doença.
- Pode também ser afetada nas cirurgias realizadas em zonas de grande impacto visual, nomeadamente cabeça e pescoço ou quando há necessidade de amputação de membros ou construção de ostomias.

• (Silva, Ramo e Silva, 2014).

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 19

As alterações da sexualidade no cancro

O diagrama apresenta o ciclo sexual em quatro fases: Excitação (verde), Resolução (vermelha), Plateau (laranja) e Orgasmo (laranja escuro). As fases estão conectadas por setas azuis que indicam o fluxo cíclico: Excitação → Resolução → Orgasmo → Plateau → Excitação.

Alterações Relacionadas com o Tratamento:

- A sexualidade é na maioria dos doentes mais atingida pelos tratamentos a que o doente é submetido do que propriamente pela doença em si (Flynn, 2010).
- Para o doente com cancro o tratamento pode ser uma combinação de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia ou imunoterapia. As alterações podem surgir em qualquer altura, desde a fase do diagnóstico, ao período de *follow-up* (Flynn, 2010).

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 20

As alterações da sexualidade no cancro

O diagrama apresenta o ciclo sexual em quatro fases, cada uma num retângulo colorido: Excitação (verde), Resolução (vermelho), Plateau (laranja) e Orgasmo (laranja escuro). As fases estão conectadas por setas azuis que indicam o fluxo cíclico: Excitação para Resolução, Resolução para Orgasmo, Orgasmo para Plateau e Plateau para Excitação.

Alterações Relacionadas com o Tratamento:

- A sexualidade é na maioria dos doentes mais atingida pelos tratamentos a que o doente é submetido do que propriamente pela doença em si (Flynn, 2010).
- Para o doente com cancro o tratamento pode ser uma combinação de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia ou imunoterapia. As alterações podem surgir em qualquer altura, desde a fase do diagnóstico, ao período de *follow-up* (Flynn, 2010).

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 21

As alterações da sexualidade no cancro

O diagrama apresenta o ciclo sexual em quatro fases, cada uma num retângulo colorido: Excitação (verde), Resolução (vermelho), Plateau (laranja) e Orgasmo (laranja escuro). As fases estão conectadas por setas azuis que indicam o fluxo cíclico: Excitação para Resolução, Resolução para Orgasmo, Orgasmo para Plateau e Plateau para Excitação.

Alterações Relacionadas com a Radioterapia:

- Quando ministrada na região pélvica pode causar:
 - Nos homens: diminuição da libido (Disfunção do desejo), diminuição da frequência e /ou qualidade das ereções (Disfunção da ereção); homospermia e outras alterações do esperma (disfunção do orgasmo).
 - Nas mulheres: diminuição da libido (Disfunção do desejo), a secura vaginal ou a elasticidade vaginal diminuída (disfunção da excitação) medo induzido pelo sangramento vaginal, a dispareunia, (dyspareunia, vaginismo ou dor sexual não coital).
- Mesmo quando aplicada noutra região do corpo, a radioterapia pode causar alterações na função sexual (Mercadante e Vitrano, 2013).

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 22

Modelo de Avaliação e intervenção sexual P-li-ss-it

► Ferramenta que permite simultaneamente abordar e intervir ao nível da sexualidade da pessoa doente.

Permissão Informação Limitada Sugestões Simples Terapia Intensiva

P “Muitas mulheres diagnosticadas com cancro sentem que a doença afetou a sua relação e a sua vida sexual. Podemos falar a esse respeito?”
“Frequentemente os nossos doentes que fazem este tratamento de radioterapia referem que a sexualidade ficou alterada. Até que ponto isto é verdade para si?”

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 23

Como deve o enfermeiro intervir

Controlo de Sintomas
Conservação de Aptidões Físicas
Ambiente emocional e psicológico propício ao desejo

Intervenção

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 24
Silva, Ramos e Silva, 2014

Diapositivo 25

Como deve o enfermeiro intervir

1. Conhecer os padrões de atividade sexual do doente prévios à doença.
2. Conhecer as expectativas do doente relativamente à sua sexualidade.
3. Fornecer informação pertinente
4. Fomentar a comunicação e transmitir uma perspetiva positiva ajuda a lidar com a ansiedade .
5. Encorajar o doente e parceiro a pensar a sexualidade além do padrão tradicional de interação genital.

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia.

Silva, Ramos e Silva, 2014

Diapositivo 26

Referências Bibliográficas

- ▶ Annon, J. (1981). PLISSIT Therapy. In *Handbook of Innovative Psychotherapies*. (pp. 626-639). Nova Iorque.: Corsini RJ.
- ▶ Auriolos, E. (2011). The Impact of cancer on the Partner's Sexuality. *Cancer and Sexual Health*, 383-398.
- ▶ Baber, S., & Varela, V. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 3712-3719.
- ▶ Carr, S. (2015). Communication About Sexuality and Cancer. Em J. Mulhall, *Cancer and Sexual Health* (pp. 307-316). Humana Press.
- ▶ Incrocci, L. (2011). Talking about sex to oncologists and cancer to sexologists. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3251-3253.
- ▶ Katz, A. (2005). The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *Official Journal of The American Society of Clinical Oncology*, 23(1), 238-241.
- ▶ Machado, A. I. (2014). Disfunções Sexuais Femininas. Em N. M. Pereira, *Sexologia Médica* (pp. 375-386). Lidel.
- ▶ Magalhães, H., Félix, R., Costa, A. S., & Cordeiro, S. (2005). O Cancro e a Qualidade de Vida: A Quimioterapia e Outros Fármacos no Combate ao Cancro. *Ponticor - Realizações Gráficas*.
- ▶ Mercadante, S., Vitano, V., & Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 18(6), 659-665.
- ▶ Nelson, C., Gilley, J., & Roth, A. (2015). The Impact of a Cancer on Sexual Health. In J. Mulhall, *Cancer and Sexual Health* (pp. 407-414). Humana Press.
- ▶ WHO. (2002). *Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: WHO.
- ▶ World Health Organization. (2010). *Developing Sexual Health Programs: A Framework for Action*. Geneva: WHO.

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia.

Diapositivo 27



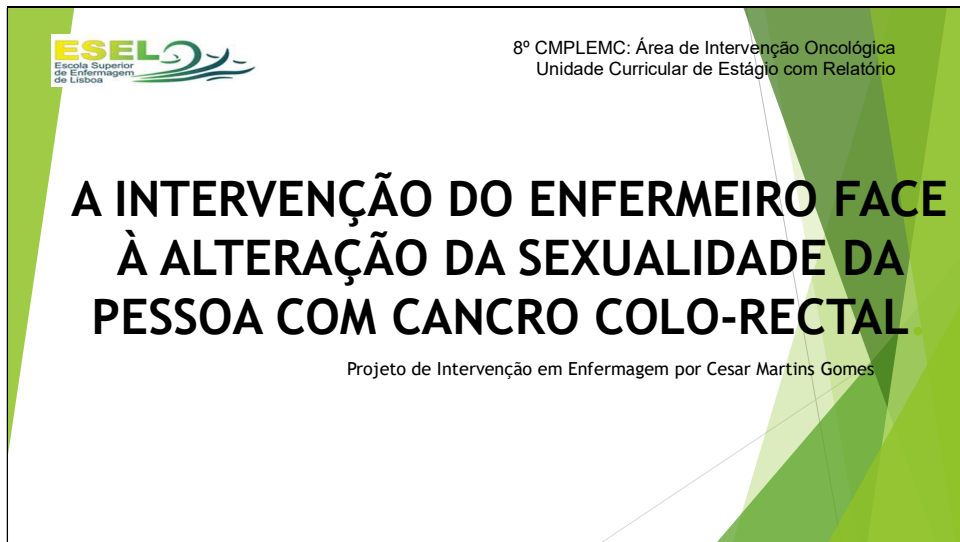
ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8º CMPLMC: Área de Intervenção Oncológica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

martinsgomes@outlook.pt

Projeto de Intervenção em Enfermagem por Cesar Martins Gomes

Diapositivo 28



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8º CMPLMC: Área de Intervenção Oncológica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO FACE
À ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE DA
PESSOA COM CANCRO COLO-RECTAL**

Projeto de Intervenção em Enfermagem por Cesar Martins Gomes

APÊNDICE VI: Grelha de observação para o bloco de exames urológicos.

Grelha de observação

Doente		Data		Ensino Clínico
				Bloco de Exames Urológicos
<u>Perguntas</u>		<u>Respostas</u>		
1	Sexo		Masculino ()	Feminino ()
2	Idade			
3	Especialidade de Origem		Ginecologia ()	
			Nefrologia ()	
			Neurologia ()	
			Urologia ()	
			Outra ()	
4	Diagnóstico			
4a	Metastizado?		Sim ()	Não ()
5	Tipologia de consulta Primera vez () Subsequente ()		Consulta de enfermagem Pré-Operatória: Braquiterapia ()	
			Consulta de enfermagem Pré-Operatória: Cistectomia ()	
			Exames urológicos: Biópsia prostática () ; Cistoscopia ()	
			Exames urológicos: Urofluxometria ()	
			Hospital dia: Instilações (BCG) ()	
			Hospital dia: Instilações (Gencitabina) ()	
			Hospital dia: Instilações (Mitomicina) ()	
			Hospital dia: Instilações (Uracyst) ()	
	Tratamentos: Bifosfonatos ()			
6	Sexualidade foi abordada?		Sim ()	Não ()
7	Abordagem foi registada?		Sim ()	Não ()

APÊNDICE VII: Sondagem de opinião efetuada junto das enfermeiras do Bloco de Exames

SONDAGEM DE OPINIÃO AOS ENFERMEIROS SOBRE A AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE FEITA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Inserido no 8o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica foi elaborado um projeto de intervenção sobre "A intervenção do enfermeiro face a alteração da sexualidade do doente com cancro colo-rectal" para o qual peço a sua colaboração no preenchimento deste breve questionário com o objetivo de conhecer a sua intervenção na consulta de enfermagem quanto a avaliação da sexualidade que faz a pessoa com cancro e identificar as 3 principais dificuldades que tem sobre esta intervenção. Das respostas fornecidas será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, embora estes façam parte do relatório de estágio a ser produzido e publicado.

1. Costuma avaliar a sexualidade da pessoa com cancro na consulta de enfermagem? Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

2. Dos aspetos abaixo indicados escolha os 3 que considera serem mais impeditivos de que aborde a sexualidade junto da pessoa com doença oncológica na consulta de enfermagem.

(Legenda: Ordene de 1 a 3 por ordem de importância estes impeditivos)

- Falta de tempo.
- Falta de privacidade do local onde presta cuidados.
- Falta de treino comunicacional.
- Existem outras necessidades mais prioritárias.
- Dificuldade na gestão das próprias emoções.
- Falta de conhecimentos relativos a sexualidade.
- Medo que o doente se sinta ofendido.
- Incerteza face a quem deve iniciar a conversa.
- Outra. Especifique o motivo: _____

Autoriza que os dados recolhidos sejam publicados no relatório de estágio? Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

APÊNDICE VIII: Plano de sessão, anúncio e apresentação efetuada junto dos senhoras enfermeiras do bloco de exames urológicos.

Plano de Sessão

- Objetivo Geral: Dar a conhecer a avaliação da sexualidade feita num grupo de pessoas com doença oncológica submetidas a tratamento.

Etapa	Objectivos específicos	Conteúdos	Métodos	Tempo	Formador
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto e do percurso percorrido. - Apresentação dos conteúdos da sessão (sumário). 	<ul style="list-style-type: none"> - Formador: César Gomes - Tema: A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade da pessoa com doença oncológica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Método expositivo com recurso a data-show. 	2 minutos.	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição Apresentação dos dados recolhidos. Sexualidade. Intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Dados recolhidos durante as consultas de enfermagem observadas. Dados recolhidos através da aplicação dos questionários. Análise dos dados. Modelo de resposta sexual. Alterações / disfunções da sexualidade. Intervenção do enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo com recurso a data-show. 	13 minutos.	Cesar Gomes.
Síntese	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas - Discussão do trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> - Dúvidas e questões dos formandos 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Interrogativo 	5 minutos.	Cesar Gomes.



Plano de Sessão:

Tema: A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade da pessoa com doença oncológica.

Formador: César Gomes.

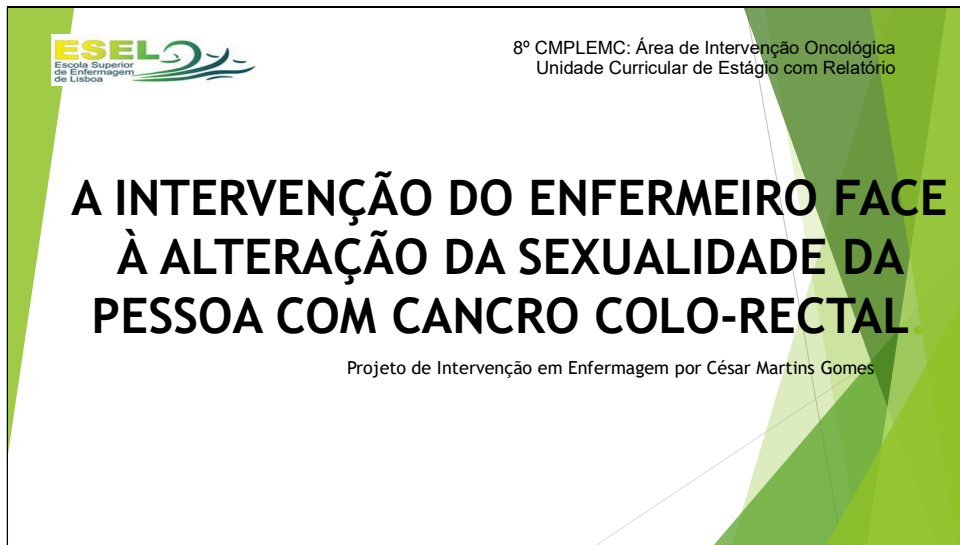
Local: Auditório do serviço.

Data e hora: 30 de novembro de 2017 pelas 14 horas.

Duração: 20 minutos.

Destinatários: Sras. Enfermeiras do Bloco de Exames Urológicos.

Diapositivo 1



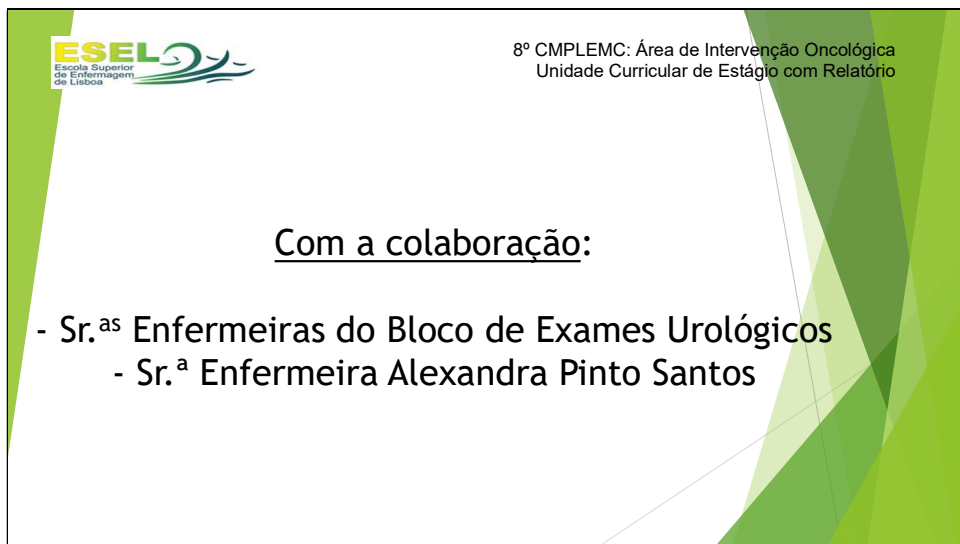
ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8º CMPEMC: Área de Intervenção Oncológica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO FACE À ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE DA PESSOA COM CANCRO COLO-RECTAL

Projeto de Intervenção em Enfermagem por César Martins Gomes

Diapositivo 2



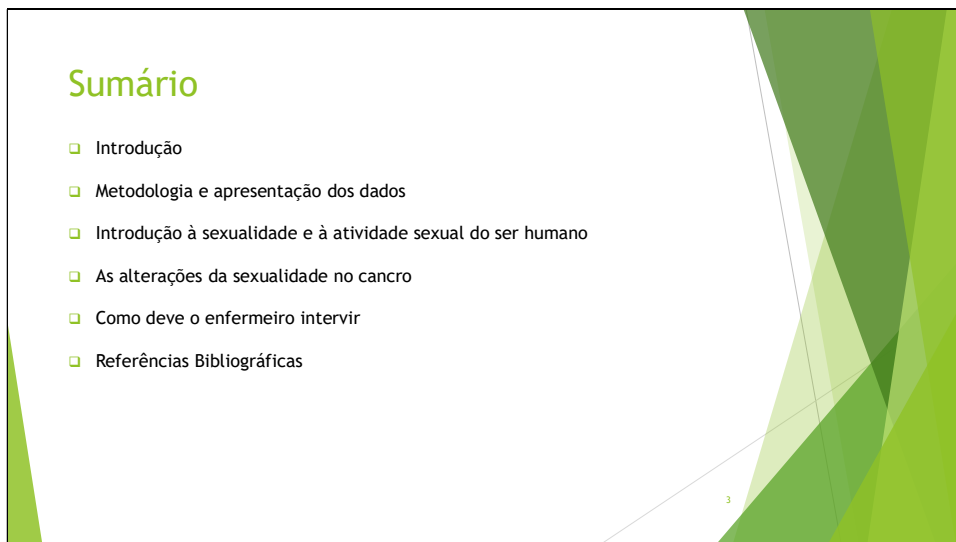
ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8º CMPEMC: Área de Intervenção Oncológica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Com a colaboração:

- Sr.^{as} Enfermeiras do Bloco de Exames Urológicos
- Sr.^a Enfermeira Alexandra Pinto Santos

Diapositivo 3

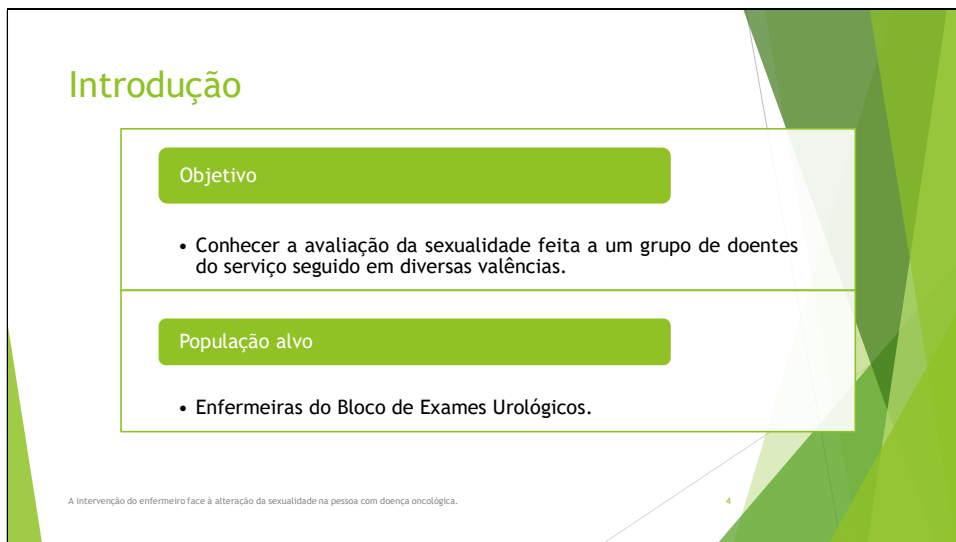


Sumário

- Introdução
- Metodologia e apresentação dos dados
- Introdução à sexualidade e à atividade sexual do ser humano
- As alterações da sexualidade no cancro
- Como deve o enfermeiro intervir
- Referências Bibliográficas

3

Diapositivo 4



Introdução

Objetivo

- Conhecer a avaliação da sexualidade feita a um grupo de doentes do serviço seguido em diversas valências.

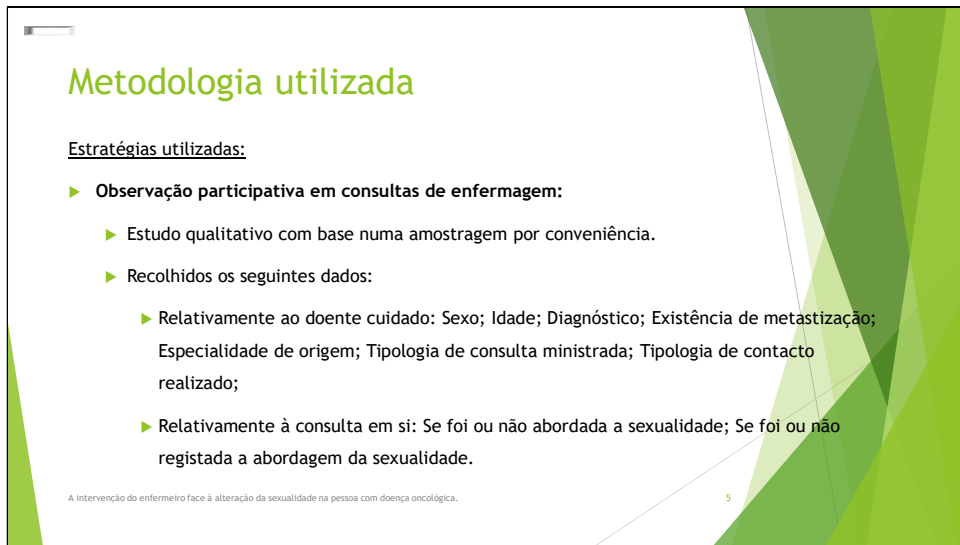
População alvo

- Enfermeiras do Bloco de Exames Urológicos.

A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica.

4

Diapositivo 5



Metodologia utilizada

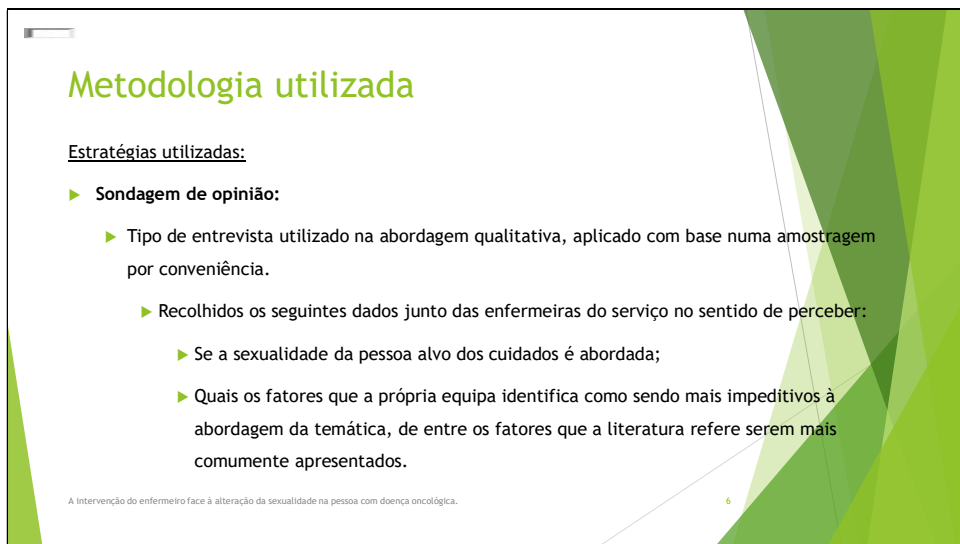
Estratégias utilizadas:

- ▶ **Observação participativa em consultas de enfermagem:**
 - ▶ Estudo qualitativo com base numa amostragem por conveniência.
 - ▶ Recolhidos os seguintes dados:
 - ▶ Relativamente ao doente cuidado: Sexo; Idade; Diagnóstico; Existência de metastização; Especialidade de origem; Tipologia de consulta ministrada; Tipologia de contacto realizado;
 - ▶ Relativamente à consulta em si: Se foi ou não abordada a sexualidade; Se foi ou não registada a abordagem da sexualidade.

A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica.

5

Diapositivo 6



Metodologia utilizada

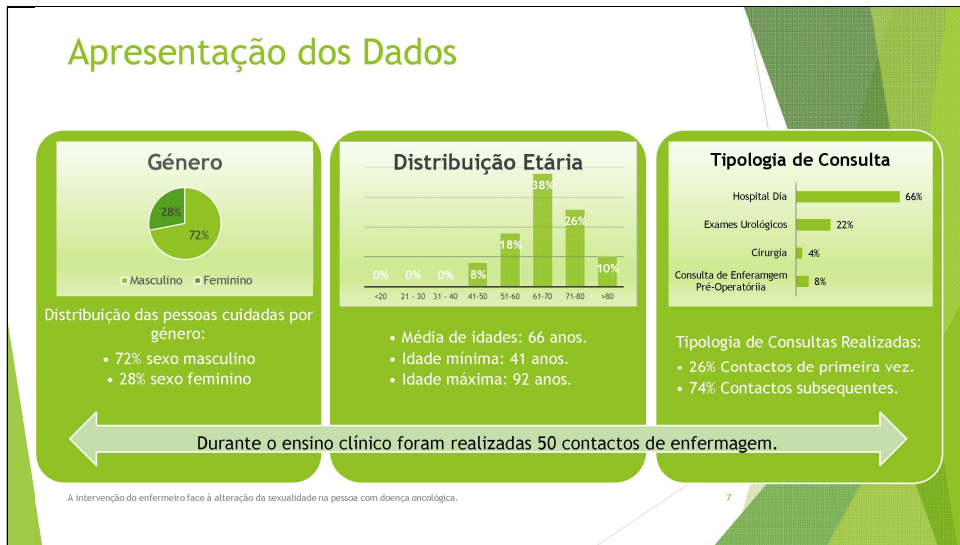
Estratégias utilizadas:

- ▶ **Sondagem de opinião:**
 - ▶ Tipo de entrevista utilizado na abordagem qualitativa, aplicado com base numa amostragem por conveniência.
 - ▶ Recolhidos os seguintes dados junto das enfermeiras do serviço no sentido de perceber:
 - ▶ Se a sexualidade da pessoa alvo dos cuidados é abordada;
 - ▶ Quais os fatores que a própria equipa identifica como sendo mais impeditivos à abordagem da temática, de entre os fatores que a literatura refere serem mais comumente apresentados.

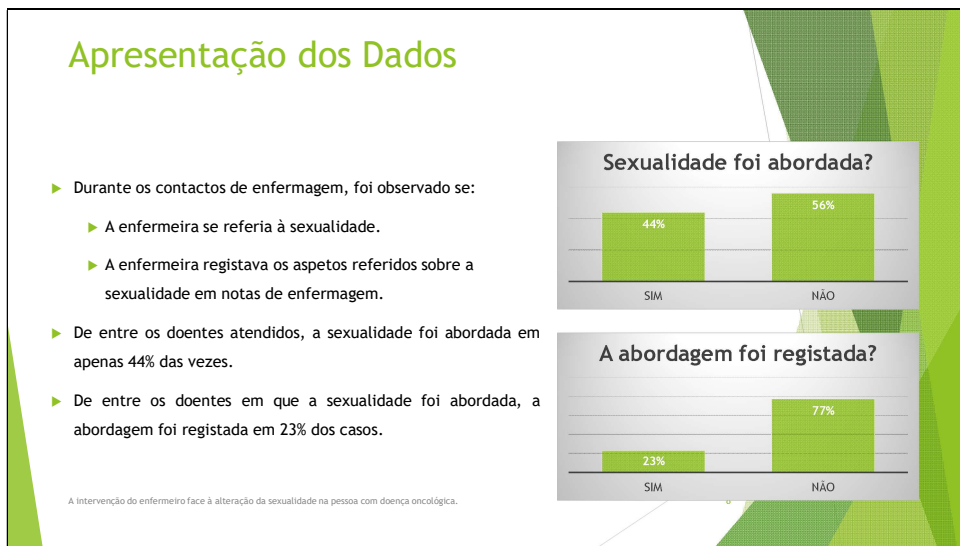
A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica.

6

Diapositivo 7



Diapositivo 8



Apresentação da Sondagem de Opinião

- ▶ Foi feita um questionário composto por 2 perguntas fechadas aos enfermeiros constituintes da equipa.
- ▶ Da aplicação do referido questionário, que obteve uma taxa de preenchimento de 100%, foi possível concluir os dados seguintes.

SONDAGEM DE OPINIÃO AOS ENFERMEIROS SOBRE A AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE FEITA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Insitido no 3o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica foi elaborado um projeto de intervenção sobre "A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade da pessoa com cancro oncológico" para o qual se fez a sua validação no procedimento de revisão de literatura e o objetivo de avaliar a sua intervenção na consulta de enfermagem quanto à avaliação da sexualidade que faz a pessoa com cancro a identificar as 3 principais dificuldades que tem com esta intervenção. Este trabalho tem como objetivo avaliar a intervenção e a confiabilidade dos dados obtidos com base no objetivo de escopo e ser publicado e publicado.

#1. Costuma avaliar a sexualidade da pessoa com cancro na consulta de enfermagem? Marcar apenas uma opção.

Sim

Não

#2. Das seguintes opções indique aquelas que considera serem mais impeditivas de que aborde a sexualidade junto da pessoa com doença oncológica na consulta de enfermagem.

(Ligar as opções de 1 a 3 por ordem de influência caso impeditivas)

Falta de tempo.

Falta de privacidade da local onde se encontra.

Falta de treino comunicacional.

Falta de conhecimento sobre a patologia.

Dificuldade na gestão das próprias emoções.

Falta de conhecimentos relativos à sexualidade.

Não se quer discutir no contexto clínico.

Não se quer discutir a sexualidade.

Não se quer discutir a sexualidade.

Não se quer discutir a sexualidade.

Não se quer discutir a sexualidade.

Anotar que os dados recolhidos sejam publicados no relatório de estágio? Marcar apenas uma opção.

Sim

Não

A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica.

Apresentação dos Dados Obtidos

- ▶ **#1: Costuma avaliar a sexualidade da pessoa com cancro na consulta de enfermagem?**
 - ▶ 100% dos inquiridos responderam abordar a sexualidade.
- ▶ Verifica-se uma discrepância de 56% entre os dados referidos pelo grupo (100%) e os dados observados ao longo do ensino clínico anteriormente apresentados (44%).

Costuma avaliar a sexualidade da pessoa com cancro na consulta de enfermagem?

Resposta	Porcentagem
Sim	0%
Não	100%

A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica.

Apresentação dos Dados Obtidos

► #2: Dos aspetos abaixo indicados escolha os 3 que considera serem mais impeditivos de que aborde a sexualidade junto da pessoa com doença oncológica na consulta de enfermagem:

- Falta de tempo.
- Falta de privacidade do local onde presto cuidados.
- Falta de treino comunicacional.
- Existem outras necessidades mais prioritárias.
- Dificuldade na gestão das próprias emoções.
- Falta de conhecimentos relativos à sexualidade.
- Medo que o doente se sinta ofendido.
- Incerteza face a quem deve iniciar a conversa.
- Outra. Especifique o motivo:

► Ordene de 1 a 3 por ordem de influência esses impeditivos

Fatores mais apontados na literatura como impeditivos à abordagem da sexualidade junto da pessoa com cancro.

A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica. 11

Apresentação dos Dados Obtidos

► #2: Dos aspetos abaixo indicados escolha os 3 que considera serem mais impeditivos de que aborde a sexualidade junto da pessoa com doença oncológica na consulta de enfermagem:


- A “falta de tempo” - 31%
- A “falta de privacidade do local onde presto cuidados” - 23%
- A “existem outras necessidades mais prioritárias” - 15%
- A “incerteza face a quem deve iniciar a conversa” - 15%
- O “medo que o doente se sinta ofendido” - 15%

Fator	Porcentagem
Falta de tempo	31%
Falta de privacidade do local onde presto cuidados	23%
Falta de treino comunicacional	0%
Existem outras necessidades mais prioritárias	15%
Dificuldade na gestão das próprias emoções	0%
Falta de conhecimentos relativos à sexualidade	0%
Medo que o doente se sinta ofendido	15%
Incerteza face a quem deve iniciar a conversa	15%
Outra, especifique o motivo	0%

A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica. 12

Análise dos Dados Obtidos

- ▶ Apesar de diversos estudos referirem que a pessoa com doença oncológica preferir que seja o enfermeiro a abordar a questão da sexualidade (Julien, Thom e Kline, 2010), a realidade é que muitas vezes o enfermeiro não aborda a questão.
- ▶ O papel do enfermeiro no âmbito da intervenção junto da pessoa com alteração ao nível da sexualidade passa essencialmente pela comunicação, sendo sua responsabilidade abordar o assunto da sexualidade (British Columbia Cancer Agency , 2014).



A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica.

13

O que é a sexualidade?

Fenómeno multidimensional que compreende aspetos relacionados com os **domínios físico, psicológico e social.**

Domínio físico compreende as estruturas e funções directamente envolvidas no ciclo de resposta sexual: a libído, a excitação o orgasmo e a libertação da tensão sexual.

Domínio psicológico compreende a percepção que a pessoa tem de si enquanto ser sexual, que é influenciada pela sua imagem corporal e auto-estima.

Domínio social compreende a intimidade emocional e a ligação estabelecida com o(a) parceiro através da actividade sexual.

(Tierney, 2008).

A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica.

14

O que é a sexualidade?



A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica.

Estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade, que carece de uma abordagem positiva face à sexualidade e intimidade da pessoa (OMS, 2009).

Saúde Sexual


- Não deve limitar-se aos ensinamentos acerca da contraceção e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.
- Deve constituir uma abordagem que fomente o enriquecimento da vida e das relações interpessoais (Oliveira, 2015).

Intervenção

15

Modelo de resposta sexual

- O conhecimento de como o corpo responde quando sexualmente estimulado, pode ajudar a melhorar o desempenho ou a corrigir uma resposta sexual inadequada.
- A resposta sexual segue uma sequência previsível de alterações fisiológicas, independentemente de qual a prática sexual que a desencadeia. (Oliveira, 2014).



Excitação

Resolução

Plateau

Orgasmo

A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica.

As alterações da sexualidade no cancro

O diagrama apresenta o ciclo sexual em quatro fases, cada uma num retângulo colorido: 'Excitação' (verde), 'Resolução' (vermelho), 'Plateau' (laranja) e 'Orgasmo' (laranja escuro). Pequenas setas azuis apontam para fora de cada fase, sugerindo um ciclo contínuo.

Alterações Relacionadas com o Diagnóstico:

- De acordo com Cardoso (2013), a diminuição do desejo após o diagnóstico é frequente, motivada tanto pelas atitudes sociais que tendem a dessexualizar os indivíduos como pelas alterações na autoestima e atratividade.
- A satisfação sexual após o diagnóstico tende a decrescer, por vezes significativamente, encontrando-se correlacionada com a disfunção do desejo e/ou disfunção de excitação (Cardoso, 2014), motivada pela presença de sintomas como a dor ou a astenia. (Silva, Ramos e Silva, 2014).

A Intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica.

17

As alterações da sexualidade no cancro

O diagrama apresenta o ciclo sexual em quatro fases, cada uma num retângulo colorido: 'Excitação' (verde), 'Resolução' (vermelho), 'Plateau' (laranja) e 'Orgasmo' (laranja escuro). Pequenas setas azuis apontam para fora de cada fase, sugerindo um ciclo contínuo.

Alterações Relacionadas com o Tratamento:

- A sexualidade é na maioria dos doentes mais atingida pelos tratamentos a que o doente é submetido do que propriamente pela doença em si (Flynn, 2010).
- As alterações podem surgir em qualquer altura, desde a fase do diagnóstico, ao período de *follow-up* (Flynn, 2010).

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia.

18

As alterações da sexualidade no cancro

O diagrama apresenta o ciclo sexual em quatro fases, cada uma em um retângulo colorido: Excitação (verde), Resolução (vermelho), Plateau (laranja) e Orgasmo (laranja escuro). Setas azuis indicam a progressão cíclica entre as fases.

Alterações relacionadas com a cirurgia:

- Qualquer cirurgia tem o potencial de afetar a sexualidade da pessoa doente ainda que não envolva diretamente os órgãos do sistema reprodutor.
- Naturalmente quando estes são diretamente intervencionados os efeitos sobre a sexualidade tendem a ser mais marcados (Mercadante e Vitrano, 2013).

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade da Pessoa Submetida a Tratamento de Radioterapia. 19

As alterações da sexualidade no cancro

O diagrama apresenta o ciclo sexual em quatro fases, cada uma em um retângulo colorido: Excitação (verde), Resolução (vermelho), Plateau (laranja) e Orgasmo (laranja escuro). Setas azuis indicam a progressão cíclica entre as fases.

Alterações relacionadas com a radioterapia:

- Estima-se que entre 40 a 100% das pessoas submetidas a tratamento acabem por experienciar alterações na sua sexualidade (Flynn, 2010).
- As alterações podem surgir em qualquer altura, desde a fase do diagnóstico, ao período de *follow-up* (Flynn, 2010).

A Intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica. 20

As alterações da sexualidade no cancro

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade.

Alterações Relacionadas com a Radioterapia:

- Quando ministrada na região pélvica pode causar:
 - Nos homens: diminuição da libido (Disfunção do desejo), diminuição da frequência e /ou qualidade das ereções (Disfunção da ereção); homospermia e outras alterações do esperma (disfunção do orgasmo).
 - Nas mulheres: diminuição da libido (Disfunção do desejo), a secura vaginal ou a elasticidade vaginal diminuída (disfunção da excitação) medo induzido pelo sangramento vaginal, a dispareunia, (dispareunia, vaginismo ou dor sexual não coital).
- Mesmo quando aplicada noutra região do corpo, a radioterapia pode causar alterações na função sexual (Mercadante e Vitrano, 2013).

21

As alterações da sexualidade no cancro

A Intervenção do Enfermeiro Face à Alteração da Sexualidade.

Alterações Relacionadas com a Quimioterapia:

- Diversos sintomas frequentemente reportados podem influenciar a sexualidade da pessoa (Mercadante e Vitrano, 2010).
- Nauseas, vômitos, astenia, neuropatia, xerostomia, alopecia, são alguns dos sintomas mais referidos pelos doentes e que podem condicionar o aparecimento de disfunções de desejo ou excitação tanto nos homens como nas mulheres.
- Nas primeiras 48 horas após a quimioterapia deveutilizado um método contraceptivo de barreira para evitar expôr a (o) parceira (o) (British Columbia Cancer Agency , 2014).

22

Modelo de Avaliação e intervenção sexual P-li-ss-it

► Ferramenta que permite simultaneamente abordar e intervir ao nível da sexualidade da pessoa doente.

Permissão Informação Limitada Sugestões Simples Terapia Intensiva

P “Muitas mulheres diagnosticadas com cancro sentem que a doença afetou a sua relação e a sua vida sexual. Podemos falar a esse respeito?”
“Frequentemente os nossos doentes que fazem este tratamento de radioterapia referem que a sexualidade ficou alterada. Até que ponto isto é verdade para si?”

A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica. 23

Como deve o enfermeiro intervir

Controlo de Sintomas
Conservação de Aptidões Físicas
Ambiente emocional e psicológico propício ao desejo

Intervenção

A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica. 24

Silva, Ramos e Silva, 2014

Diapositivo 25

Como deve o enfermeiro intervir

1. Conhecer os padrões de atividade sexual do doente prévios à doença.
2. Conhecer as expectativas do doente relativamente à sua sexualidade.
3. Fornecer informação pertinente
4. Fomentar a comunicação e transmitir uma perspetiva positiva ajuda a lidar com a ansiedade .
5. Encorajar o doente e parceiro a pensar a sexualidade além do padrão tradicional de interação genital.

A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica.

Silva, Ramos e Silva, 2014

Diapositivo 26

Referências Bibliográficas

- ▶ Annon, J. (1981). PLISSIT Therapy. In *Handbook of Innovative Psychotherapies*. (pp. 626-639). Nova Iorque.: Corsini RJ.
- ▶ Auriolos, E. (2011). The Impact of cancer on the Partner's Sexuality. *Cancer and Sexual Health*, 383-398.
- ▶ Baber, S., & Varela, V. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 3712-3719.
- ▶ Carr, S. (2015). Communication About Sexuality and Cancer. Em J. Mulhall, *Cancer and Sexual Health* (pp. 307-316). Humana Press.
- ▶ Incrocci, L. (2011). Talking about sex to oncologists and cancer to sexologists. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3251-3253.
- ▶ Katz, A. (2005). The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *Official Journal of The American Society of Clinical Oncology*, 23(1), 238-241.
- ▶ Macahdo, A. I. (2014). Disfunções Sexuais Femininas. Em N. M. Pereira, *Sexologia Médica* (pp. 375-386). Lidel.
- ▶ Magalhães, H., Félix, R., Costa, A. S., & Cordeiro, S. (2005). O Cancro e a Qualidade de Vida: A Quimioterapia e Outros Fármacos no Combate ao Cancro. *Ponticor - Realizações Gráficas*.
- ▶ Mercadante, S., Vitano, V., & Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 18(6), 659-665.
- ▶ Nelson, C., Gilley, J., & Roth, A. (2015). The Impact of a Cancer on Sexual Health. In J. Mulhall, *Cancer and Sexual Health* (pp. 407-414). Humana Press.
- ▶ WHO. (2002). *Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: WHO.
- ▶ World Health Organization. (2010). *Developing Sexual Health Programs: A Framework for Action*. Geneva: WHO.

A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade na pessoa com doença oncológica.

Diapositivo 27



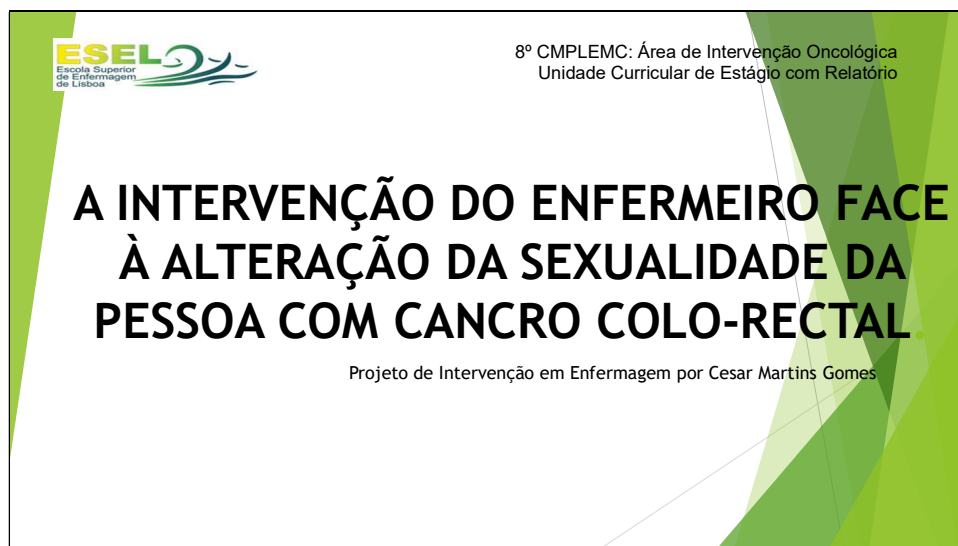
ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8º CMPLMC: Área de Intervenção Oncológica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

martinsgomes@outlook.pt

Projeto de Intervenção em Enfermagem por Cesar Martins Gomes

Diapositivo 28



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8º CMPLMC: Área de Intervenção Oncológica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO FACE
À ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE DA
PESSOA COM CANCRO COLO-RECTAL**

Projeto de Intervenção em Enfermagem por Cesar Martins Gomes

APÊNDICE IX: Versão inicial do guião para abordagem da sexualidade.

1 - DADOS PESSOAIS					
Nome		Idade:		Género	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Orientação Sexual		Estado Civil		Com quem vive?	
Religião		Crenças:			
Atitude	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Apática	<input type="checkbox"/> Agitada		
Discurso	<input type="checkbox"/> Adequada	<input type="checkbox"/> Dissimulado	<input type="checkbox"/> Aumentado		

2 – FATORES DE RISCO					
Fator			Registos	Observações	
Stress	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Antecedente		
Tabagismo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Antecedente		
Etilismo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Antecedente		
Dist. Alimentar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		IMC:	
Sedentarismo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Outro:					

3 – CONDIÇÕES PRÉ-EXISTENTES					
Fator Predisponente			Medicado?		Registos
Tensão Arterial	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipertenso	<input type="checkbox"/> Hipotenso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Colesterol	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Elevado		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Triglicéridos	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Elevado		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim	Tipo	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não		2 <input type="checkbox"/>		
Outro:				<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

4 – HISTÓRIA DE DOENÇA GERAL								
Doenças	Presente?		Cirurgia?		Qual?	Medicado?		Registos
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Endócrina	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Hepática	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Neurológica	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Urológica	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Outro:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	

5 – HISTÓRIA DE DOENÇA ONCOLÓGICA								
Diagnóstico					Estadiamento			
Tratamento	Realizado?		Sequelas?		Especifique	Adaptado/ resolvido?		Registos
Cirurgia	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Braquiterapia	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Radioterapia Externa	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Radiocirurgia	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Hormonoterapia	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Outro:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	

6 – MEDICAÇÃO HABITUAL								
Fármacos	Habitual?		Atualmente?		Qual?	Prescrito?		Registos
Ansiolíticos	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Anti-depressivos	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Anti-	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Benzodiazepinas	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Outros	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	

7 – HISTÓRIA DE VIDA SEXUAL									
Sexualmente ativo?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	O que é para si ser sexualmente ativo?						
Parceiro(a) habitual?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Quem?						
Relação com o parceiro(a)?	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Razoável	<input type="checkbox"/> Mantida	<input type="checkbox"/> Conflito	<input type="checkbox"/> Ruptura	OBS:			
Contraceção	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Qual?				OBS:		
Relações Sexuais									
Satisfatórias?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Poucas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Sempre	Com penetração?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	
Frequência?	<input type="checkbox"/> Inexistente	<input type="checkbox"/> Pontual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Diária	Frequência desejada?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
Características	Avaliação						Registo / Alterações		
Desejo	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Mantido	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Aumentado					
Excitação	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Mantida	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Aumentada					
Orgasmo / Sensação de Prazer	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Mantido	<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Aumentado					
Resolução	<input type="checkbox"/> Normal			<input type="checkbox"/> Alterada					

8 – ALTERAÇÃO DA SEXUALIDADE

Sintomatologia	Alterações Verificadas					Registos		
	<input type="checkbox"/> Desejo	<input type="checkbox"/> Excitação	<input type="checkbox"/> Orgasmo	<input type="checkbox"/> Resolução	<input type="checkbox"/> Outro			
Início	<input type="checkbox"/> Brusco	<input type="checkbox"/> Gradual	Surgimento	<input type="checkbox"/> <3 meses	<input type="checkbox"/> 3 – 6 meses	<input type="checkbox"/> 6 – 12 meses	<input type="checkbox"/> > 12 meses	
Presentes antes Diagnóstico Oncológico?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Agravados com o Diagnóstico?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Agravados com o Tratamento?	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N

9 – AVALIAÇÃO

Etiologia provável	<input type="checkbox"/> Orgânica	<input type="checkbox"/> Psicológica	<input type="checkbox"/> Mista
Exames pedidos			
Tratamento Proposto		Espectativa	Registos
Nenhum	<input type="checkbox"/>		
Gestão de expectativas	<input type="checkbox"/>		
Psicoterapia	<input type="checkbox"/>		
Terapêutica farmacológica	<input type="checkbox"/>		
Cirurgia	<input type="checkbox"/>		
Outros	<input type="checkbox"/>		

10 – INTERVENÇÃO E RESULTADOS OBTIDOS

--

APÊNDICE X: Versão intermédia do guião para abordagem da sexualidade.

1 - DADOS PESSOAIS					
Nome:			Idade:		
Orientação Sexual	<input type="checkbox"/> Heterossexual	<input type="checkbox"/> Bisexual	Estado Civil	Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
	<input type="checkbox"/> Homossexual	<input type="checkbox"/> Não responde		<input type="checkbox"/> Solteiro (a)	<input type="checkbox"/> Divorciado (a)
				<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Viúvo (a)

2 - HISTÓRIA DE DOENÇA ONCOLÓGICA				4 - HISTÓRIA DE VIDA SEXUAL		
Diagnósticos	Tumor do Cólon		<input type="checkbox"/>	Sexualmente ativo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	Tumor do Recto		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Masturbação
Treatamento	Realizado?	Sequelas?	Especifique:	O que é para si ser sexualmente ativo?	<input type="checkbox"/>	Relações com penetração
Cirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Relações sem penetração
Beaquerapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Satisfatórias?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Contraceção?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Radocirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		5 - ALTERAÇÕES DA SEXUALIDADE		
Hormonoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Alterações Verificadas	<input type="checkbox"/>	Desejo
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Excitação
Outros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Orgasmo
					<input type="checkbox"/>	Resolução
					<input type="checkbox"/>	Sensação Ausente
3 - FACTORES DE RISCO				Caracterização das alterações	<input type="checkbox"/>	Sensação Diminuída
<u>3A - Factores Comportamentais</u>		<u>3B - Factores Farmacológicos</u>			<input type="checkbox"/>	Sensação Aumentada
Factor	Presente?	Factor	Presente?	Início das Alterações	<input type="checkbox"/>	Bruco
Etilismo	<input type="checkbox"/>	Ansiolíticos	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Gradual
Tabagismo	<input type="checkbox"/>	Anti-depressivos	<input type="checkbox"/>	Surgimento das Alterações	<input type="checkbox"/>	<6 Meses
Stress	<input type="checkbox"/>	Anti-hipertensores	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Entre 6 a 12 Meses
Dist. Alimentar	<input type="checkbox"/>	Benzodiazepinas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	>12 Meses
Sedentarismo	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>			

GUIÃO DE ABORDAGEM

Alterações da NHF Comunicar / Sexualidade



5 – CARACTERIZAÇÃO DAS ALTERAÇÕES			6 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (NANDA 2015-2017)				
Presentes antes do diagnóstico oncológico?	<input type="checkbox"/>	Sim	Alteração de auto-imagem	<input type="checkbox"/>	Fadiga	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Não	Ansiedade	<input type="checkbox"/>	Integridade tecidual comprometida	<input type="checkbox"/>	
Agravados com o diagnóstico?	<input type="checkbox"/>	Sim	Comportamento de saúde propenso a risco	<input type="checkbox"/>	Isolamento social	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Não	Défice de conhecimentos	<input type="checkbox"/>	Náusea	<input type="checkbox"/>	
Agravados com o tratamento?	<input type="checkbox"/>	Sim	Desesperança	<input type="checkbox"/>	Negação ineficaz	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Não	Disfunção sexual	<input type="checkbox"/>	Obesidade	<input type="checkbox"/>	
Previamente tratadas?	<input type="checkbox"/>	Sim	Dor	<input type="checkbox"/>	Padrão de sexualidade ineficaz	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Não	Estilo de vida sedentário	<input type="checkbox"/>	Relacionamento ineficaz	<input type="checkbox"/>	
9 – INTERVENÇÃO							
A – Requisitos para a intervenção		B – Etiologia provável		C - Tratamento proposto			
Controlo de sintomas	<input type="checkbox"/>	Física	<input type="checkbox"/>	Encaminhar para Especialista	<input type="checkbox"/>	Gerir: Expectativas	<input type="checkbox"/>
Conservação de aptidões físicas	<input type="checkbox"/>	Psicogénica	<input type="checkbox"/>	Ensinar: Estratégias de coping	<input type="checkbox"/>	Mediar: Conflitos	<input type="checkbox"/>
Ambiente emocional e psicológico propício ao desejo	<input type="checkbox"/>	Mista	<input type="checkbox"/>	Informar: Efeitos adversos	<input type="checkbox"/>	Prestar: Apoio emocional	<input type="checkbox"/>

**APÊNDICE XI: Grelha de observação para o serviço de oncologia
médica e especialidades.**

Grelha de observação

Doente		Data	Ensino Clínico
			Oncologia médica e especialidades
<u>Perguntas</u>		<u>Respostas</u>	
1	Sexo	Masculino ()	Feminino ()
2	Idade		
3	Especialidade de Origem	Hematologia ()	
		Oncologia médica ()	
		Neurologia ()	
4	Diagnóstico		
4a	Metastizado?	Sim ()	Não ()
6	Doente consciente e orientado?	Sim ()	Não ()
7	Descontrolo sintomático de índole física?	Sim () Não ()	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Outro

8	Manutenção de ambiente emocional e psicológico propício à vivência da sexualidade?	<p>Sim ()</p> <p>Não ()</p>	<input type="checkbox"/> Alteração da auto-imagem <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Isolamento social <input type="checkbox"/> Negação ineficaz <input type="checkbox"/> Outro	
9	Sexualidade foi abordada?	Sim ()	Não ()	
10	Doente deu permissão?	Sim ()	Não ()	
11	Disfunção verificada?	Sim ()	Não ()	
12	Tipologia de disfunção?	Física ()	Psicológica ()	Relacional ()
12 ^a	Registo			

Autoriza que os dados recolhidos sejam publicados no relatório de estágio, sendo mantida o seu anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos?

() Sim

() Não

APÊNDICE XII: Algoritmo para a abordagem e intervenção da sexualidade por parte do enfermeiro generalista.

APÊNDICE IX: Sondagem de opinião efetuada junto dos srs. enfermeiros do serviço de oncologia médica e especialidades.

SONDAGEM DE OPINIÃO AOS ENFERMEIROS SOBRE A AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE FEITA À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA.

Inserido no 8o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica foi elaborado um projeto de intervenção sobre "A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade da pessoa com cancro colo-rectal" para o qual peço a sua colaboração no preenchimento deste breve questionário com o objetivo de conhecer a sua intervenção quanto à avaliação da sexualidade que faz e identificar as 3 principais dificuldades que tem nesta intervenção. Das respostas fornecidas será mantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, embora estes façam parte do relatório de estágio a ser produzido e publicado.

#1. Costuma avaliar a sexualidade da pessoa com cancro? *.

- Sim
- Não

#2. Dos aspetos abaixo indicados escolha os 3 que considera serem mais impeditivos de que aborde a sexualidade junto da pessoa com doença oncológica.

* Ordene de 1 a 3 por ordem de influência esses impeditivos Marcar tudo o que for aplicável.

- Falta de tempo.
- Falta de privacidade do local onde presto cuidados.
- Falta de treino comunicacional.
- Existem outras necessidades mais prioritárias.
- Dificuldade na gestão das próprias emoções.
- Falta de conhecimentos relativos à sexualidade.
- Medo que o doente se sinta ofendido.
- Incerteza face a quem deve iniciar a conversa.
- Outra. Especifique o motivo: _____

#3. Autoriza que os dados recolhidos sejam publicados no relatório de estágio, sendo mantida o seu anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos?

- Sim
- Não

APÊNDICE XIII: Plano de sessão e apresentação efetuada junto dos srs. enfermeiros do serviço de oncologia médica e especialidades.

- Objetivo Geral: formar a equipa capacitando-a para a abordagem da sexualidade junto da pessoa internada no serviço, especialmente junto dos doentes com CCR.

Etapa	Objectivos específicos	Conteúdos	Métodos	Tempo	Formador
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto e do percurso percorrido. - Apresentação dos conteúdos da sessão (sumário). 	<ul style="list-style-type: none"> - Formador: César Gomes - Tema: A intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade da pessoa com doença oncológica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Método expositivo com recurso a data-show. 	2 minutos.	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição Apresentação dos dados recolhidos. Sexualidade. Intervenção do enfermeiro face à alteração da sexualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Dados recolhidos durante as consultas de enfermagem observadas. Dados recolhidos através da aplicação dos questionários. Análise dos dados. Modelo de resposta sexual. Alterações / disfunções da sexualidade. Intervenção do enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo com recurso a data-show, <i>role-playing</i> e exibição de um vídeo. 	13 minutos.	Cesar Gomes.
Síntese	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecimento de dúvidas - Discussão do trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> - Dúvidas e questões dos formandos 	<ul style="list-style-type: none"> - Método Interrogativo 	5 minutos.	Cesar Gomes.

Diapositivo 1

ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8º CMPEMC: Área de Intervenção Oncológica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Projeto de Intervenção em Enfermagem por César Martins Gomes

Diapositivo 2

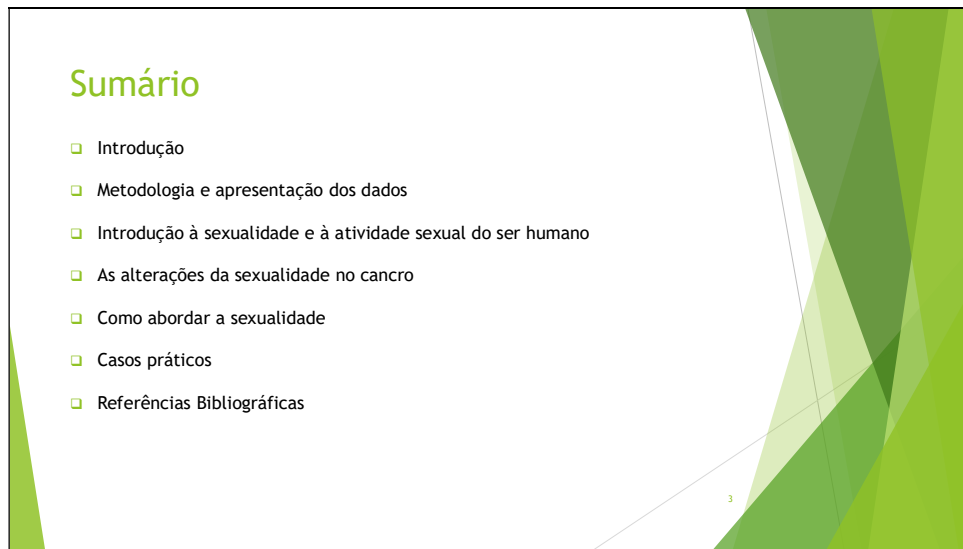
ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8º CMPEMC: Área de Intervenção Oncológica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Com a colaboração:

- Srs. Enfermeiros do Serviço
- Sr.^a Enfermeira Alexandra Pinto Santos

Diapositivo 3

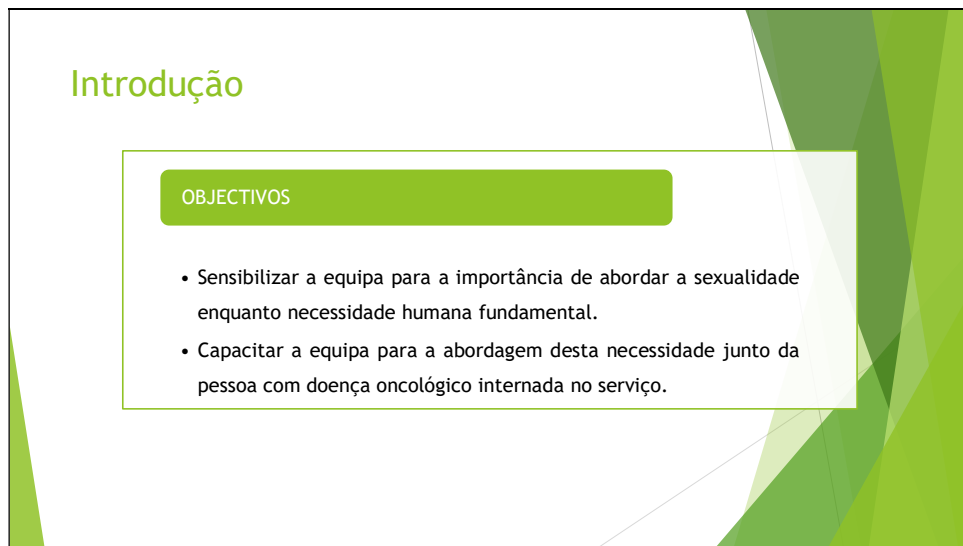


Sumário

- Introdução
- Metodologia e apresentação dos dados
- Introdução à sexualidade e à atividade sexual do ser humano
- As alterações da sexualidade no cancro
- Como abordar a sexualidade
- Casos práticos
- Referências Bibliográficas

3

Diapositivo 4



Introdução

OBJECTIVOS

- Sensibilizar a equipa para a importância de abordar a sexualidade enquanto necessidade humana fundamental.
- Capacitar a equipa para a abordagem desta necessidade junto da pessoa com doença oncológica internada no serviço.

Diapositivo 5

Metodologia utilizada

Recolhidos os seguintes dados junto dos enfermeiros do serviço através de sondagem de opinião:

- ▶ Se a sexualidade da pessoa com cancro é abordada;
- ▶ Quais os fatores que a própria equipa identifica como sendo mais impeditivos à abordagem da temática, de entre os fatores que a literatura refere.

Taxa de preenchimento de 97%.

SONDAGEM DE OPINIÃO AOS ENFERMEIROS SOBRE A AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE FEITA À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA.

Iniciado no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médica-Crónica na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica foi elaborado um protocolo de intervenção sobre "A intervenção de enfermagem face à alteração da sexualidade da pessoa com cancro sob o olhar" para o qual se fez a sua elaboração no presente documento desde breve questionário com o objetivo de conhecer a sua intervenção quanto à avaliação da sexualidade que faz e identificar as 3 principais dificuldades que tem nesta intervenção. Das respostas fornecidas foi selecionado o assunto e a confiabilidade dos dados, embora estes sejam parte do relatório de estágio a ser produzido e publicado.

1. Costuma avaliar a sexualidade da pessoa com cancro?

Sim

Não

***2. Dos aspetos abaixo indicados, escolha os 3 que considere serem mais impeditivos de que aborde a sexualidade junto da pessoa com doença oncológica.**

O valor de 1 a 3 por ordem de relevância com 1 sendo o mais relevante

Falta de tempo

Falta de privacidade do local onde presto cuidados

Falta de treino comunicacional

Existem outras necessidades mais prioritárias

Dificuldade na gestão das próprias emoções

Falta de conhecimentos relativos à sexualidade

Medo que o doente se sinta ofendido

Incerteza face a quem deve iniciar a conversa

Outra. Especifique o motivo: _____

3. Assina que os dados recolhidos sejam publicados no relatório de estágio, sendo assinada e com assinatura e a confiabilidade dos dados recolhidos?

Sim

Não

Diapositivo 6

Apresentação dos Dados

#1 Costuma avaliar a sexualidade da pessoa com doença oncológica?

Resposta	Porcentagem
Sim	97%
Não	3%


#2 Aspetos impeditivos da abordagem da sexualidade junto da pessoa com doença oncológica

Aspeto	Porcentagem
Outra. Especifique o motivo:	0%
Incerteza face a quem deve iniciar a conversa	18%
Medo que o doente se sinta ofendido	9%
Falta de conhecimentos relativos à sexualidade	9%
Dificuldade na gestão das próprias emoções	1%
Existem outras necessidades mais prioritárias	9%
Falta de treino comunicacional	16%
Falta de privacidade do local onde presto cuidados	23%
Falta de tempo	14%

Diapositivo 7

Análise dos Dados Obtidos

- ▶ Apesar de diversos estudos referirem que a pessoa com doença oncológica prefere que seja o enfermeiro a abordar a questão da sexualidade, a realidade é que muitas vezes o enfermeiro não aborda a sexualidade. (Julien, Thom e Kline, 2010).
- ▶ O papel do enfermeiro no âmbito da intervenção junto da pessoa com alteração ao nível da sexualidade passa essencialmente pela comunicação, sendo sua **responsabilidade abordar o assunto da sexualidade** (British Columbia Cancer Agency , 2014).



7

Diapositivo 8


O que é a sexualidade?

Domínio social compreende a intimidade emocional e a ligação estabelecida com o(a) parceiro através da atividade sexual.

Domínio psicológico compreende a percepção que a pessoa tem de si mesmo enquanto ser sexual e que é influenciada pela sua imagem corporal e auto-estima.

Domínio físico compreende as estruturas e funções diretamente envolvidas no ciclo de resposta sexual.

(Tierney, 2008).



8

Diapositivo 9

O que é a sexualidade?



**I AM NOT
WHAT
I APPEAR
TO BE**

Estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade, que carece de uma abordagem positiva face à sexualidade e intimidade da pessoa (OMS, 2009).

Saúde Sexual

Deve constituir uma abordagem que fomente o enriquecimento da vida e das relações interpessoais (Oliveira, 2015).

Intervenção

9

Diapositivo 10

As alterações da sexualidade no cancro

Alterações relacionadas com o diagnóstico

O impacto na sexualidade começa no dia em que a pessoa recebe o diagnóstico de cancro (Silva, Ramos e Silva, 2014).
Conviver com um diagnóstico de cancro é iniciar um processo de mudança de hábitos e reorganização de todas as vivências, na estrutura familiar, na natureza dos papéis e das relações (Cardoso, 2014).
As alterações podem surgir em qualquer altura, desde a fase do diagnóstico, ao período de *follow-up* (Flynn, 2010).

Alterações relacionadas com o tratamento

Cirurgia tem o potencial de afetar a sexualidade ainda que não envolva diretamente os órgãos do sistema reprodutor. Quando estes são diretamente intervencionados os efeitos sobre a sexualidade tendem a ser mais marcados (Mercadante e Vitrano, 2013).
Estima-se que entre 40 a 100% das pessoas submetidas a tratamento acabem por experienciar alterações na sua sexualidade (Flynn, 2010). As alterações podem surgir em qualquer altura, desde a fase do diagnóstico, ao período de *follow-up* (Flynn, 2010).
Nas primeiras 48 horas após a quimioterapia deve ser utilizado um método contraceutivo de barreira (British Columbia Cancer Agency, 2014).

10

Diapositivo 11

O que pretendemos na abordagem da sexualidade?

- ▶ Perceber o que é a sexualidade para cada pessoa.
- ▶ Conhecer a forma como a pessoa vivenciava a sexualidade antes da sua doença, percebendo também as suas expectativas actuais relativamente à temática da sexualidade.
- ▶ Fornecer informação pertinente, fomentando a comunicação.
- ▶ Encorajar a pessoa com doença oncológica e parceiro(a) a pensar a sexualidade além do padrão tradicional de interação genital.

11

Diapositivo 12

Estratégias para abordagem da sexualidade

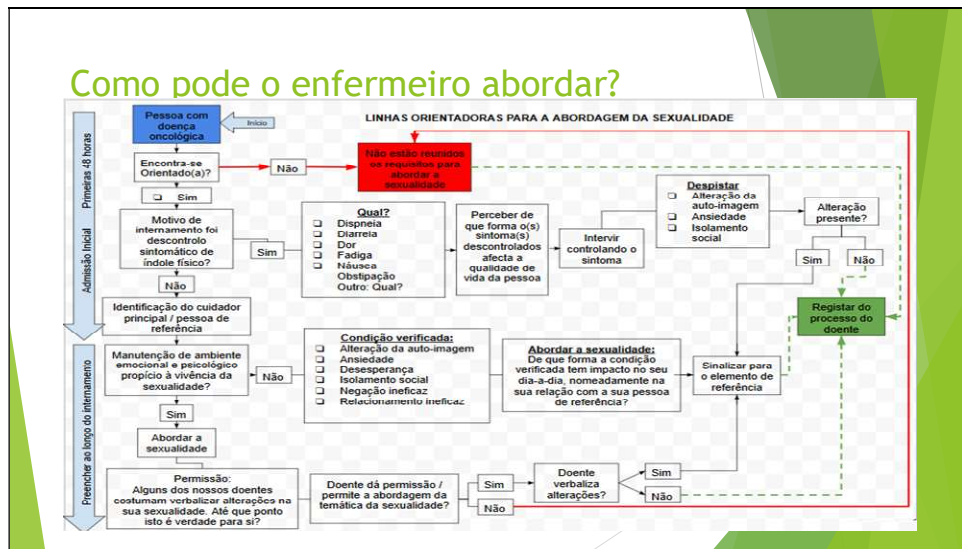
Permissão Informação Limitada Sugestões Simples Terapia Intensiva

Modelo de P-li-ss-it

Exemplos de questões:


- ❑ “Muitas mulheres diagnosticadas com cancro sentem que a doença afetou a sua relação e a sua vida sexual. Podemos falar a esse respeito?”
- ❑ “Frequentemente os nossos doentes que fazem este tratamento de radioterapia referem que a sexualidade ficou alterada. Até que ponto isto é verdade para si?”.

12



Caso 1: Sr. Filipe.

- ❑ 31 anos de idade. Diagnóstico de Linfoma, internado por febre há sete meses.
- ❑ Ainda não teve alta por não ter valores analíticos que o permitam, estando dependente de suporte transfusional frequente.
- ❑ De momento sob isolamento protetor, encontrando-se num quarto sozinho desde o momento da entrada no serviço por apresentar diversas intercorrências infecciosas.
- ❑ Recebe diariamente a visita da mãe e ocasionalmente do pai. A mãe apresenta-se distante na interação com o seu filho.
- ❑ Não recebeu qualquer visita de amigos ou amigas desde o momento da entrada.




Pergunta:
A relação que estabelecemos com os nossos amigos e pessoas significativas também faz parte da nossa sexualidade?

Diapositivo 15

Caso 2: D. Joaquina

- 59 anos de idade. Diagnóstico de tumor do pâncreas já metastizado.
- Internada por alterações hepáticas. Realizou diversos exames e tratamentos mas encontra-se em progressão de doença.
- Face ao prognóstico para a sua situação de doença, sendo expectável um agravamento do seu estado geral num curto espaço de tempo, a D. Joaquina aguarda vaga em Unidade de Cuidados Paliativos.
- De momento encontra-se internada num quarto com outra pessoa.
- Mantém-se independente na satisfação das suas necessidades humanas fundamentais.
- Recebe frequentemente visita do marido e de diversos familiares.




Pergunta:
A sexualidade é uma necessidade na vida da pessoa com doença oncológica em fase avançada de doença?

Diapositivo 16

Caso 3: D. Preciosa

- 71 anos de idade.
- Diagnóstico de tumor do reto já metastizado.
- Internada por sub-oclusão. Actualmente em progressão de doença. Aguarda vaga em Unidade de Cuidados Paliativos, tendo sido já referenciada.
- Encontra-se internada num quarto com outra pessoa. Necessita de ajuda total na satisfação das suas necessidades humanas básicas.
- Ao longo do internamento verificou-se um agravamento do estado de consciência, encontrando-se neste momento sonolenta mas despertável à estimulação externa.
- Recebe frequentemente visita do marido e de diversos familiares.



Pergunta:
Intervir junto da família através de apoio emocional pode ser considerado uma forma de intervir na sexualidade da D. Preciosa?

Diapositivo 17

Referências Bibliográficas

- ▶ Annon, J. (1981). PLISSIT Therapy. In *Handbook of Innovative Psychotherapies*. (pp. 626-639). Nova Iorque.: Corsini RJ.
- ▶ Auriolles, E. (2011). The Impact of cancer on the Partner's Sexuality. *Cancer and Sexual Health*, 383-398.
- ▶ Bober, S., & Varela, V. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 3712-3719.
- ▶ Carr, S. (2015). Communication About Sexuality and Cancer. Em J. Mulhall, *Cancer and Sexual Health* (pp. 307-316). Humana Press.
- ▶ Incrocci, L. (2011). Talking about sex to oncologists and cancer to sexologists. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(12), 3251-3253.
- ▶ Katz, A. (2005). The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *Official Journal of The American Society of Clinical Oncology*, 23(1), 238-241.
- ▶ Macahdo, A. I. (2014). Disfunções Sexuais Femininas. Em N. M. Pereira, *Sexologia Médica* (pp. 375-386). Lidel.
- ▶ Magalhães, H., Félix, R., Costa, A. S., & Cordeiro, S. (2005). *O Cancro e a Qualidade de Vida: A Quimioterapia e Outros Fármacos no Combate ao Cancro*. Ponticum® Realizações Gráficas.
- ▶ Mercadante, S., Vitrano, V., & Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 18(6), 659-665.
- ▶ Nelson, C., Gilley, J., & Roth, A. (2015). The Impact of a Cancer on Sexual Health. In J. Mulhall, *Cancer and Sexual Health* (pp. 407-414). Humana Press.
- ▶ WHO. (2002). *Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: WHO.
- ▶ World Health Organization. (2010). *Developing Sexual Health Programs: A Framework for Action*. Geneva: WHO.

17

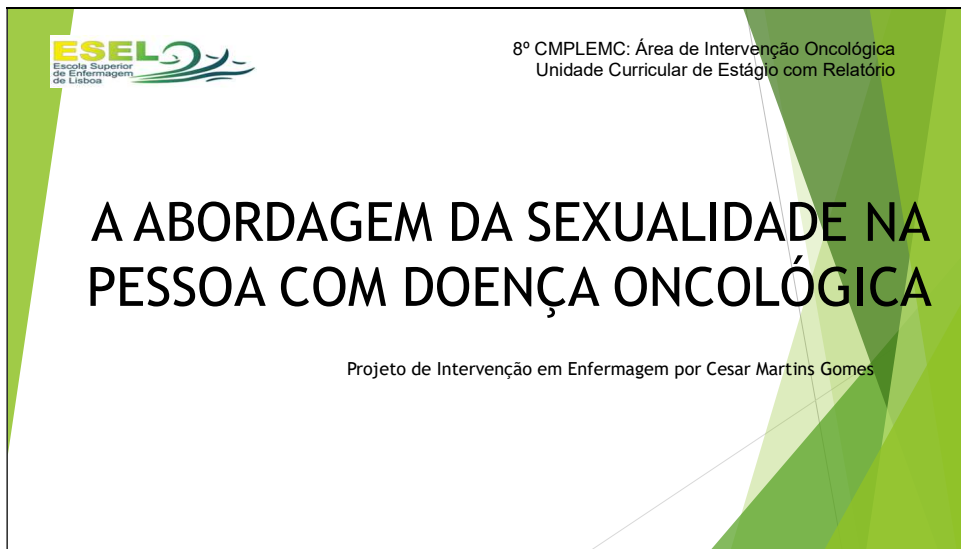
Diapositivo 18



8º CMPEMC: Área de Intervenção Oncológica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

martinsgomes@outlook.pt

Projeto de Intervenção em Enfermagem por Cesar Martins Gomes



ESELO
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

8º CMPEMC: Área de Intervenção Oncológica
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

A ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Projeto de Intervenção em Enfermagem por Cesar Martins Gomes

APÊNDICE XIV: Reflexão Crítica de situação I.

DESCRIÇÃO – O QUE ACONTECEU?

A presente atividade surge no decurso do estágio realizado no serviço de Radioterapia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, no decurso do projeto por mim realizado no âmbito da intervenção junto do doente com Cancro Colo retal com alteração da sexualidade.

De entre as inúmeras situações vivenciadas ao longo do tempo de estágio, tendo em conta as competências que me propus a desenvolver e os objetivos que tracei, resolvi trabalhar uma situação particular vivenciada em consulta de enfermagem, a situação da D. M. A. I., uma senhora com 41 anos de idade, diagnosticada com um tumor do reto, proposta para tratamento com quimioterapia e radioterapia com índole curativa com quimioterapia (5Fluorouracilo) e Radioterapia Externa (um total de 25 frações).

A D. M. era uma mulher diferenciada, com aspeto cuidado e no meu primeiro contato com a doente, esta tinha já iniciado tratamento de radioterapia, tendo já realizado um total de 5 frações. Tendo em conta o potencial de impacto dos tratamentos na sexualidade da doente e de acordo com a informação constante no processo da doente tinha sido realizada colheita de óvulos.

Aquando da realização da primeira consulta de enfermagem, a doente apresentou-se ansiosa, participativa, sem no entanto deixar de estar recetiva à intervenção realizada. Depois de explicar o intuito da realização da consulta, tentei perceber aquilo que a doente sabia sobre os efeitos secundários do tratamento, capacitando-a para a gestão dos mesmos. Neste sentido foi abordada a importância de reforçar a ingesta hídrica, tendo a doente sido instruída a adequar a alimentação ao seu transito intestinal. A manutenção da integridade cutânea foi outra das temáticas abordadas, tanto na perspetiva da vigilância da pele como na aplicação das cremes e pomadas prescritas diz respeito.

À medida que a consulta foi avançando, foi-se tornando evidente que a doente dispunha de imensa informação credível relativa ao seu processo de doença. A D. M. foi colocando diversas questões relacionadas com os tratamentos, desde o tipo de aparelho que estava a ser utilizado para lhe ministrar o tratamento de radioterapia, até à possibilidade de ocorrência de fibrose vaginal como efeito secundário do próprio tratamento. Face às perguntas que foram surgindo tentei responder adequadamente, tendo entretanto a temática da fertilidade surgido no decurso da conversa.

Ser mãe era parte integrante do projeto de vida da D. M., algo que depois do tratamento de radioterapia seria inviável, mesmo tendo sido realizada colheita de óvulos previamente. Face à pergunta da doente, demorei a responder e a minha tutora acabou por intervir esclarecendo a doente e terminando a consulta. No final a doente saiu mais serena, tendo ficado marcada vigilância daí a aproximadamente uma semana.

SENTIMENTOS – O QUE ESTOU A PENSAR E A SENTIR?

Tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre enfermeiro e pessoa alvo do cuidado (OE, 2011). A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (OE, 2011). Tanto o enfermeiro como pessoa alvo dos cuidados possuem quadros de valores e crenças individuais, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem (OE, 2011), assumindo-se assim a comunicação enquanto área fundamental para a intervenção, que eu escolhi trabalhar ao longo deste estágio.

O facto de a doente dispor de tanta informação credível, alguma dela que nem eu próprio dispunha na altura fez-me sentir inseguro e com medo de transmitir alguma informação que fosse interpretada pela doente de forma errada. Em ambos os aspetos, a presença da orientadora revelou-se benéfica.

Quando o aspeto da fertilidade foi abordado em consulta, senti-me perdido e sem saber o que dizer. Embora a reprodução esteja interligada com a temática que me encontro a trabalhar e por esse motivo eu tivesse noção do impacto da radioterapia na fertilidade da mulher, não me sentia preparado para dar resposta àquela situação em particular, uma vez que a mesma constituía um problema ético.

Para além de recear que qualquer resposta que eu desse pudesse quebrar a relação de confiança estabelecida, que no fundo é a base que permite a intervenção de enfermagem, tinha também medo de criar falsas expectativas na doente. Quando a minha tutora interveio junto da doente, senti-me mais tranquilo.

AValiação – O QUE FOI BOM E MAU NA EXPERIÊNCIA?

Relativamente à situação em particular, considero que a mesma foi bastante positiva no que diz respeito à minha aprendizagem. A verdadeira intenção da intervenção de enfermagem passa por ajudar o doente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2011), o que com a D. M. se revelou bastante facilitador uma vez que ela estava muito motivada e receptiva à intervenção.

O facto de ter encontrado uma doente tão comunicativa permitiu-me um elevado número de interações com a mesma, o que permitiu reformular as estratégias de comunicação utilizada de acordo com a resposta dada pela doente. Neste sentido concluo que esta experiência permitiu não apenas o desenvolvimento das minhas competências comunicacionais enquanto futuro enfermeiro especialista, mas também permitiu ultrapassar a insegurança sentida face à realização de uma das primeiras consultas de enfermagem.

Outro dos aspetos que considero positivo no decurso da análise foi o espaço físico em que a interação decorreu, uma sala de tratamentos no meio do serviço mas com a porta fechada e sem mais ninguém na sala além de mim, da orientadora e da própria doente. A meu ver, este ambiente calmo e de certa forma propício à partilha de informação de cariz mais ou menos íntimo foi facilitador ao longo de todo o processo.

Por outro lado, a doente compareceu sozinha na consulta, o que permitiu trabalhar áreas específicas da sexualidade como a fertilidade sem que a própria doente se sentisse constrangida. Importa salientar que foi dada à doente a liberdade de trazer o seu companheiro à consulta, se esta assim o desejasse, algo que acabou por acontecer na consulta seguinte.

ANÁLISE – QUE SENTIDO PODEMOS ENCONTRAR NA SITUAÇÃO?

A situação em questão diz respeito especificamente a uma situação do domínio ético da fertilidade. Em termos concretos, a D. M. era uma doente para quem a maternidade faria parte do projeto de vida e nesse sentido antes do início dos tratamentos fora realizada estimulação ovárica para a recolha de óvulos tendo em vista a sua fecundação no futuro.

Contudo existe um problema, o facto de se ter irradiado o útero vai tornar qualquer gravidez inviável. Embora exista óvulo para fecundar e implantar, as

alterações hormonais decorrentes da provável menopausa precoce motivada pela irradiação uterina tornam difícil o seguimento de uma gravidez.

De acordo com o princípio da não instrumentalização da pessoa humana aplicado às técnicas de reprodução medicamente-assistidas, a utilização das mesmas “deve excluir o recurso a mães de substituição, quer estas contribuam ou não com os seus ovócitos” (CNECV, 1993). Neste sentido e uma vez que a nível hormonal a mulher não está preparada para produzir uma gravidez, deparamo-nos com um problema do domínio ético.

CONCLUSÃO E PLANEAMENTO DA AÇÃO?

A dimensão ética é uma das componentes da ação do enfermeiro. Nesta situação a intervenção do enfermeiro deve passar pela gestão de expectativas, auxiliando a mulher na adaptação à nova realidade. Na intervenção descrita, para além de ter auxiliado na gestão de expectativas, foi mantido um canal de comunicação para com a doente e seu companheiro, que sem dúvida facilitará a intervenção no futuro junto do casal. Por este motivo considero que a atuação foi adequada.

Embora a situação em si não se enquadre na população que me encontro a estudar, considero que a mesma contribuiu para o desenvolvimento da minha capacidade de tomada de decisão e resolução de problemas, facilitando a minha intervenção futura em situações semelhantes.

A prática reflexiva assume-se como um importante meio de aquisição de conhecimento acerca dos saberes e das práticas, sendo encarada pela Ordem dos Enfermeiros como um dos requisitos para uma prática de cuidados de qualidade. Por este motivo considero que numa próxima situação, tão importante quanto a própria intervenção será reflectir acerca do cuidados prestado como forma de melhorá-lo, sempre que tal seja possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Auriolles, E. (2011). *The impact of cancer on the partner's sexuality*. **Cancer and Sexual Health**. New York: Springer. ISBN: 9781607619154. 383-398.
- Bober, S. L., & Varela, V. S. (2012). *Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention*. *Journal Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*. 30(30), 3712-3719.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1993). Relatório: Parecer sobre a procriação medicamente assistida. Lisboa: Assembleia da República.
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A. & Cordeiro, S. (2005). *O cancro e a qualidade de vida*. Sintra: Novartis.
- Hall, A. E., Boyes, A. W., Bowman, J., Walsh, R. A., James, E. L., & Girgis, A. (2012). Young adult cancer survivors' psychosocial well-being: a cross-sectional study assessing quality of life, unmet needs, and health behaviors. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 20(6), 1333-1341.
- Harrison, J. D., Young, J. M., Price, M. A., Butow, P. N., & Solomon, M. J. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 17(8), 1117-1128.
- Incrocci, L., & Jensen, P. T. (2013). Pelvic Radiotherapy and Sexual Function in Men and Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(suppl 1), 53–64.
- Jacobs, L. A., & Pucci, D. A. (2013). Adult survivors of childhood cancer: the medical and psychosocial late effects of cancer treatment and the impact on sexual and reproductive health. *The Journal of Sexual Medicine*, 10 Suppl 1120-126.
- Machado, A (2011). Disfunções Sexuais Femininas. **Sexologia Médica**. Lisboa: Lisboa: Lidel. ISBN: 9789727576074. 375-386.
- McKee, A., Schover, L. (2001). *Sexuality rehabilitation*. **Cancer supplement**. Vol. 92 (4): 1008–1012.
- Mercadante, S., Vitrano, V., & Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: A review. *Supportive Care in Cancer*, 18(6), 659–665.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

