

**Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**
Relatório de Estágio

**Intervenção de Enfermagem ao homem com doença
uro-oncológica submetido a cirurgia na transição para
uma vivência saudável da sexualidade**

Inês Cuco Guerreiro



**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica
Relatório de Estágio**

**Intervenção de Enfermagem ao homem com doença
uro-oncológica submetido a cirurgia na transição para
uma vivência saudável da sexualidade**

Inês Cuco Guerreiro

Orientador: Professora Doutora Patrícia Vinheiras Alves

**Lisboa
2021**

“O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder o entusiasmo.” (Winston Churchill)

SIGLAS

ESEL: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE: Ordem dos Enfermeiros

EONS: *European Oncology Nursing Society*

DGS: Direção-Geral de Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

APA: *American Psychological Association*

DE: Disfunção erétil

RESUMO

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção de Enfermagem Oncológica, foi delineado um projeto que versou sobre o tema Intervenção de Enfermagem ao homem com doença uro-oncológica submetido a cirurgia na transição para uma vivência saudável da sexualidade, definido a partir da observação da prática, da evidência científica e da auscultação dos enfermeiros de um serviço de cirurgia.

Este projeto implicou a realização de três estágios (Consulta de Urologia, mais especificamente Consulta de Oncosexologia; Internamento e Hospital de Dia de Urologia; e, por fim, Internamento Geral de Cirurgia) com a finalidade de desenvolver competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e a promoção da melhoria de cuidados no serviço de internamento de cirurgia. O percurso ancorou-se na teoria de enfermagem das transições de Afaf Meleis.

O presente relatório apresenta uma análise crítica com base na evidência científica das atividades desenvolvidas durante os três estágios, evidenciando os resultados obtidos e as competências de enfermeira especialista e de mestre que se desenvolveram. Durante este percurso foram prestados cuidados utilizando a evidência científica atualizada, a observação da prática, a revisão *scoping*, a reflexão, a construção de documentos de apoio à prática, a formação dos colegas e a divulgação do trabalho desenvolvido.

Conclui-se que contribui para a capacitação da equipa nos cuidados ao homem e/ou casal perante a necessidade de uma cirurgia uro-oncológica que pode acarretar sequelas que influenciam a vivência da sua sexualidade, através da sensibilização e formação à equipa de Enfermagem.

Palavras-chave: Homem com doença uro-oncológica, Intervenção de Enfermagem, Sexualidade.

ABSTRACT

Within the scope of the 10th Master's Degree Course in Nursing, in the area of specialization in Medical-Surgical Nursing, Oncology Nursing option, a project was designed on the topic of Nursing Intervention for men with uro-oncological disease undergoing surgery in the transition to a healthy experience of sexuality. It was defined from the observation of practice, scientific evidence and listening to nurses in a surgical ward.

This project entailed the completion of three internships (Urology Consultation, more specifically Oncosexology Consultation; Inpatient and Day Hospital of Urology; and, finally, General Inpatient Surgery), in order to develop the skills of a specialist nurse in Medical-Surgical Nursing and the promotion of improvement in care in the inpatient surgery service. The path developed was anchored in Afaf Meleis' transitions theory.

This report presents a critical analysis based on scientific evidence that support the activities carried out during the three internships, highlighting the results obtained and the skills of specialist and master that were developed. During this journey, nursing care was provided using up-to-date scientific evidence, observation of practice, *scoping* review, reflection, elaboration of documents to support practice, training of colleagues, dissemination of the work developed.

It is concluded that I contributed to the capacitation of the nursing team when caring for men and/or couples that need an uro-oncological surgery that can cause sequelae that influence the experience of their sexuality, through awareness and training of the nursing team.

Keywords: Man with uro-oncological disease, Nursing Intervention, Sexuality.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
1. ÁREA PROBLEMÁTICA.....	11
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
2.1. Homem com doença uro-oncológica.....	14
2.2. Intervenções de enfermagem no âmbito da sexualidade ao homem com doença uro-oncológica e/ou casal.....	17
2.3. Teoria das transições de Afaf Meleis	20
3. PERCURSO DESENVOLVIDO	23
3.1. Campo de estágio 1 – Consulta de Urologia do Hospital A.....	24
3.2. Campo de estágio 2 – Serviço de Internamento e Hospital de Dia de Urologia do Hospital B.....	33
3.3. Campo de estágio 3 – Serviço de Internamento de Cirurgia do Hospital C ..	39
4. AVALIAÇÃO	42
5. CONCLUSÕES.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

APÊNDICES1

Apêndice I – Análise SWOT do projeto de intervenção

Apêndice II – Reflexão I consulta de oncosexologia

Apêndice III – Reflexão II consulta de urologia

Apêndice IV– Guião de observação de consultas de oncosexologia

Apêndice V– Relatório congresso oncosexologia ipo lisboa

Apêndice VI – Reflexão III hospital de dia de urologia

Apêndice VII – Resumo poster 1^{as} jornadas de enfermagem avançada ESEL

Apêndice VIII - Poster desenvolvido para as 1^{as} jornadas pensar a enfermagem avançada no contexto atual dos cuidados de saúde, da ESEL

Apêndice IX – Questionário à equipa de enfermagem do serviço de internamento de cirurgia e sua análise

Apêndice X - Documento orientador para a equipa de enfermagem do serviço de internamento de cirurgia

Apêndice XI – Revisão *scoping* – Intervenção de enfermagem ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade

INTRODUÇÃO

O presente relatório intitulado “Intervenção de Enfermagem ao homem com doença uro-oncológica submetido a cirurgia na transição para uma vivência saudável da sexualidade” foi desenvolvido no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Opção de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este apresenta o percurso desenvolvido durante um estágio em três contextos distintos com a finalidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista da OE e da EONS e de Mestre, segundo o Decreto-Lei nº65/2018, de forma a promover a melhoria dos cuidados.

A temática deste percurso surge a partir da reflexão sobre a prática, da pesquisa bibliográfica e da auscultação dos colegas, mediante a realização de um questionário, no sentido de apurar as dificuldades sentidas pela equipa. Assim, identifiquei, neste meu contexto de trabalho, a necessidade de melhoria da intervenção de enfermagem na área da sexualidade junto deste grupo de clientes. Quando iniciei este percurso, encontrava-me a desempenhar funções como enfermeira num serviço de Internamento de Cirurgia desde 2015, sendo que tenho prestado cuidados a clientes em que parte foram homens com doença uro-oncológica submetidos a cirurgia.

Importa contextualizar a doença uro-oncológica em termos de epidemiologia. De acordo com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (2019), nos dados relativos à incidência referentes a 2010, o cancro da próstata é o que tem maior incidência, com uma taxa bruta de 120,3%. Ainda referente aos homens, o cancro da bexiga surge mais atrás, com uma taxa bruta de 27,9% e o do rim com uma taxa de 12,6% (DGS, 2019).

A doença uro-oncológica e os seus tratamentos têm impacto na vivência da sexualidade por parte do homem e/ou companheiro(a). Parto do conceito de sexualidade da Organização Mundial de Saúde (OMS), como um aspeto central do ser humano que, ao longo da vida, engloba sexo, identidade, género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução; a sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e influencia pensamentos, sentimentos, interações e, por isso, influencia a nossa saúde física e mental. A doença oncológica, do foro urológico, tem impacto na sexualidade desde o momento do diagnóstico, a

nível fisiológico, psicológico, interpessoal, social e cultural (Bober & Varela, 2012). A literatura aponta para a importância da intervenção de enfermagem nestas pessoas, pelo impacto da vivência da doença oncológica e pela necessidade de uma readaptação funcional e/ou psicossocial por parte do cliente, que se traduz num processo de transição (Carvalho & Cristão, 2012).

Percecionei esta problemática no meu local de trabalho e compreendi o seu valor e o sentido de haver uma intervenção de enfermagem na sexualidade dos clientes oncológicos submetidos a cirurgia, pelo que formulei a questão de investigação norteadora do percurso, que foi: Qual a intervenção de enfermagem especializada ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade? Assim, foi elaborado um projeto com o objetivo geral: Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área da Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente enfermagem oncológica, na abordagem do homem com doença do foro uro-oncológico, no âmbito da sua sexualidade, de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados. Foram realizados estágios em três contextos diferentes, nomeadamente, em Consulta de Urologia, Hospital de Dia de Urologia e Internamento de Urologia e, por fim, Internamento Geral de cirurgia.

Efetivamente, surge refletido um percurso de evolução, de desenvolvimento de níveis de conhecimento em enfermagem, no sentido em que, nesta temática, parto do nível de iniciada, que se caracteriza pelo facto de não ter experiência e o desempenho focar-se no cumprimento de regras e instruções, e pretendo atingir o nível de perita, em que existe uma larga experiência, compreende-se de maneira intuitiva cada situação e apreende-se o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos (Benner, 2001). Assim, espelha-se o percurso que eu, enquanto enfermeira de cuidados gerais, segui até me tornar especialista.

Os objetivos do relatório são: refletir criticamente sobre todo o percurso efetuado, mobilizando a evidência científica e os conhecimentos adquiridos durante o curso de Mestrado; descrever as estratégias a implementar de forma a melhorar a intervenção de enfermagem no âmbito da sexualidade; reconhecer o papel do enfermeiro especialista na prestação de cuidados ao homem com doença uro-oncológica e analisar as implicações do projeto desenvolvido para a prática de enfermagem.

O presente relatório, encontra-se estruturado em seis capítulos, tendo início na justificação da problemática, seguida do enquadramento teórico da temática em

estudo e uma abordagem ao referencial teórico de enfermagem em que sustento este percurso - teoria das transições de Afaf Meleis. No capítulo do percurso desenvolvido, apresento cada contexto de estágio e os objetivos delineados, a análise crítica das atividades desenvolvidas e o desenvolvimento de competências.

Em anexo, encontram-se documentos pertinentes à compreensão do presente trabalho.

Este relatório foi elaborado de acordo com o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2020) e redigido conforme o Novo Acordo Ortográfico da Língua portuguesa. Como modelo de referências bibliográficas e de citações foi utilizada a norma da Associação Americana de Psicologia 6ª edição (APA).

1. ÁREA PROBLEMÁTICA

O fenómeno de interesse prende-se com o diagnóstico de uma necessidade de formação da equipa com a qual desempenha funções, que se relaciona com o impacto da doença oncológica e tratamentos na sexualidade do homem com patologia do foro urológico e a intervenção de enfermagem neste âmbito. Fazendo referência à análise SWOT realizada (apêndice I), de facto, após observação da equipa, pude verificar que esta demonstra dificuldades em abordar o tema da sexualidade com o cliente e/ou companheiro(a) e não existe uma orientação para os ensinamentos a realizar. À semelhança da ameaça/constrangimento que identifiquei na análise SWOT (apêndice I), a literatura refere que a abordagem da sexualidade apresenta-se como tabu e, de certa forma, proibido. Isto contribui para reproduzir silêncios, inseguranças e constrangimentos, que podem implicar lacunas importantes nos cuidados de enfermagem (Sehnem, 2014). Na literatura reitera-se uma inserção da sexualidade nos cuidados de enfermagem, numa perspetiva holística. Para além das barreiras identificadas no artigo acima referido e que suportam teoricamente o que observei na minha equipa, outros autores destacam também o conhecimento limitado e a preparação inadequada dos profissionais (Santos, Bezerra & Freitas, 2017).

A literatura aponta barreiras que impedem que os enfermeiros de oncologia abordem e ajudem a satisfazer as necessidades dos clientes ao nível da sexualidade e que verifiquei no meu local de trabalho, através de conversas informais com os colegas. Em primeiro lugar, os enfermeiros, de um modo geral, não acreditam que os clientes têm expectativa que estes abordem as questões sexuais. Depois, há outro fator que se prende com a falta de preparação, ao nível de conhecimentos e competências de comunicação. Para além disto, existem constrangimentos ao nível do ambiente de trabalho e carga horária. Por último, os valores e as crenças dos profissionais têm efeito na forma como pensam o assunto e, portanto, o evitam (MacLeod & Hamilton, 2013). Os estudos apontam as dificuldades de comunicação sobre sexualidade na prática do enfermeiro em oncologia (Ferreira et al., 2015). Os autores realizaram um estudo no Brasil acerca das barreiras à abordagem da sexualidade nos cuidados de enfermagem que, embora fosse em clientes mulheres com cancro ginecológico e de mama, considero ter contribuições importantes para o presente projeto. Uma das barreiras identificadas nesse estudo relativamente à equipa de enfermagem que contribui para que não abordem o tema relaciona-se com o

modelo de saúde que se pratica, o biomédico. Os enfermeiros reproduzem os mesmos preceitos, o que resulta numa “prática de saúde tecnicista, normatizada e biologizante” (Ferreira et al., 2015, p.85). Por outro lado, a cultura organizacional do hospital contribui para que a abordagem da sexualidade seja negligenciada pela equipa de enfermagem. Para além disto, a dificuldade em estabelecer vínculo com o doente é decorrente da falta de tempo, pela rotatividade dos profissionais e pela política restritiva de contratação de enfermeiros, ainda que os elementos recém-integrados na equipa demonstrem motivação e dinâmica perante novas aprendizagens e novas abordagens aos clientes. Tal foi verificado na análise SWOT a que já me referi. Um outro aspeto que também concorre para a dificuldade na abordagem do tema por parte dos enfermeiros, tem a ver com questões culturais. Há desconforto e constrangimento por parte dos profissionais, mas também por parte dos clientes. As questões do género, apontadas anteriormente no presente trabalho também se constituem como condicionantes (Ferreira et al., 2015). Posto isto, é essencial sensibilizar a equipa no sentido de uma atenção integral à pessoa.

A literatura sublinha o papel do enfermeiro na melhoria da qualidade de vida e bem-estar destes clientes. A comunicação entre cliente e enfermeiro é um instrumento chave para promover a educação para a saúde, dirigida ao cliente e às/aos companheiras (os) (Gomes et al., 2019). De acordo com Novak, Sabino & Coelho (2015), o enfermeiro é suporte para enfrentar a doença, através da psicoterapia e psicoeducação, no sentido da autoperceção e aceitação corporal e da própria sexualidade. O enfermeiro é responsável no planeamento e implementação dos cuidados após a alta hospitalar (Mata et al., 2015). Carvalho & Cristão (2012) remetem-se ao enfermeiro como educador, desenvolvendo estratégias adaptativas para que o cliente lide com as morbilidades cirúrgicas no pós-operatório, a fim de haver uma reestruturação pessoal, considerando as capacidades e características da pessoa, providenciando informação e esclarecendo dúvidas, dando apoio emocional e demonstrando compreensão.

Um outro aspeto a sublinhar é o de que, no sistema informático do serviço onde trabalhava, em termos de registos de enfermagem, não existia qualquer documentação sobre este assunto, nem tão pouco espelhadas intervenções neste sentido.

Sendo competência comum do Enfermeiro Especialista (OE, 2010, p.10) “conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria da qualidade”, o presente

projeto de intervenção surge da necessidade de implementar estratégias de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados ao cliente e/ou casal no pós-operatório de uma cirurgia do foro urológico, no que toca à sexualidade.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo desenvolver-se-á em três subcapítulos. No primeiro, pretende-se explicitar o impacto da doença oncológica, do foro urológico, no homem, e as consequências que afetam o(a) companheiro(a) no que toca à sexualidade; no segundo, apresentar-se-á a intervenção de enfermagem, junto do cliente e/ou casal, facilitadoras do processo de transição para uma vivência saudável da sexualidade; e o último consiste na contextualização em termos de referencial teórico de enfermagem que sustentou o meu percurso.

2.1. Homem com doença uro-oncológica

As doenças uro-oncológicas englobam os tumores da bexiga, o tumor do rim, os tumores do testículo e o carcinoma da próstata. Os tratamentos dirigidos aos diferentes tumores uro-oncológicos podem ter impacto idêntico na sexualidade do homem e, da pesquisa efetuada, a evidência refere mais frequentemente a vivência do homem com cancro da próstata e da bexiga, pelo que serão os que abordarei.

O tumor da bexiga é o quarto tumor mais frequente no homem, responsável por 6% de todas as neoplasias, em Portugal. A sua incidência aumenta com a idade, sendo que a idade média de aparecimento é por volta dos 70. O carcinoma da próstata é a segunda causa de morte nos homens, sendo o cancro mais frequente nos mesmos a partir dos 50 anos. A incidência é de 82 casos por 100 000 habitantes e a mortalidade é de 33 casos por 100 000 habitantes (Associação Portuguesa de Urologia, 2010).

O diagnóstico de cancro da próstata pode despertar no homem sentimentos de exclusão e de distanciamento social (Porto et al., 2016). É frequente o medo da rejeição e receio do estigma, os pensamentos machistas e fantasia da perda da virilidade. A necessidade, por parte do homem, de ser fonte de sustento contribui para a constituição da identidade masculina e é garantia de autoridade na família. Perante a impossibilidade de trabalhar, ainda que temporariamente, faz com que se sinta incapaz e não produtivo (Carvalho & Barbieri-Figueiredo, 2013). A identidade masculina surge atingida e fragilizada pelo facto de existir uma cultura viril atribuída ao homem (Novak, Sabino & Coelho, 2015). O homem experiencia sentimentos de insegurança, perda de identidade e alteração profunda da imagem corporal (Carvalho & Barbieri-Figueiredo, 2013). Associada a esta perda de identidade masculina, ocorre

a depressão, que é o principal problema psicológico mais apresentado (Seemann, et al., 2018).

Apesar de o cancro da próstata ser o mais frequente, também as outras doenças uro-oncológicas têm, muitas vezes, impacto na sexualidade do homem. O impacto da doença oncológica na sexualidade ocorre assim que o cliente recebe o diagnóstico. Desde o seu início que é propício o desenvolvimento de disfunções sexuais fruto da doença ou do tratamento. O conviver com o diagnóstico de cancro marca o início de um processo de mudança, de transição, de crise, que exige adaptação, reorganização da estrutura familiar, os papéis e as relações. Numa primeira fase, perante o diagnóstico, há sentimentos de negação, tristeza, ansiedade e depressão (Barros & Figueiredo, 2014). Importa referir-me ao conceito de sexualidade que se constitui como um aspeto central do ser humano que engloba sexo, identidade, género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução; é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos; e é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais (OMS, 2002). Da pesquisa realizada, a evidência encontrada remete essencialmente para o homem prostatectomizado, embora os tratamentos dirigidos aos outros tumores urológicos reflitam alterações sexuais idênticas.

A prostatectomia radical é o procedimento cirúrgico mais frequentemente utilizado para tratamento do cancro da próstata localizado. A disfunção sexual ocorre em cerca de 68% dos casos de prostatectomia radical (Eduardo, Napoleão & Carvalho, 2016). Carvalho & Barbieri-Figueiredo (2013) apontam mesmo que 84,8% dos homens submetidos à cirurgia indicada apresentam algum grau de disfunção erétil (DE). A DE não é exclusiva deste grupo de clientes, sendo que pode ocorrer na sequência de tratamentos a outras neoplasias urológicas. A DE define-se pela incapacidade persistente ou recorrente em conseguir e/ou manter uma ereção suficiente para permitir uma atividade sexual satisfatória, desde há pelo menos 3 meses (Barros & Figueiredo, 2014). Mesmo quando existe preservação da função sexual nos clientes operados, uma das alterações que pode ocorrer é a ejaculação retrógrada, definida como o refluxo de sémen para a bexiga durante a ejaculação, que decorre da disfunção do esfíncter interno ou colo da bexiga (Vianna & Napoleão, 2009). Após a cirurgia, o homem pode ter problemas relacionados com o desejo

sexual e ejaculação alterada. Pode ter também dificuldade em obter ou manter uma ereção devido às lesões dos feixes nervosos causadas pela cirurgia ou ao edema pós-cirúrgico que leva à compressão desses mesmos feixes (Gomes et al., 2019). A DE piora a qualidade de vida, a autoestima e o relacionamento do casal, o que contribui para consequências negativas a nível psicológico e que, naturalmente, concorrem para a depressão e para dificuldades na interação social (Gomes et al. 2019). Por causa da inabilidade de funcionar sexualmente, a auto-estima do indivíduo fica seriamente comprometida, o que leva ao aparecimento de tensões emocionais e conjugais (Naccarato & Perchton, 2004). A performance sexual é vista como símbolo de expressão de masculinidade, considerando-se “mortos” sexualmente, e, portanto, incapazes de exercer a sua masculinidade. De facto, a incapacidade de manter uma ereção afeta a sua sensação de masculinidade (Alexis & Worsley, 2018).

Os(as) companheiros(as) têm um papel fundamental, porque, no suporte ao homem, sofrem com a DE, suprimindo os seus desejos sexuais. Este stress e esta angústia que afetam os(as) companheiros (as) têm efeito na saúde emocional do parceiro mas, em contrapartida, a boa comunicação entre o casal em relação à intimidade e à sexualidade está relacionada com uma melhor qualidade de vida relatada pelo homem. Após a cirurgia, os casais conseguem manter uma relação estável por meio de compreensão e apoio dos (as) parceiros (as). Um relacionamento maduro e acolhedor pode acarretar uma melhor conformidade quanto às dificuldades sexuais após a cirurgia.

A atividade sexual, se já não estava a acontecer com frequência antes da cirurgia, pouco é influenciada pelo aparecimento da DE. Baseando-me nos autores, compreende-se que o abandono da vida sexual devido ao avançar da idade relaciona-se com a conceção de que a DE é um processo fisiológico natural e inevitável na decorrência do tempo (Azevedo et al., 2018). A idade, o tempo de relacionamento, o apoio das(os) companheiras(os) e da família, bem como a capacidade de diálogo e compreensão, são fatores que podem potenciar ou minimizar os impactos da DE na autoeficácia dos homens, que tem implicações para o convívio e rotina diária do casal e família (Azevedo et al., 2018).

As causas da DE em clientes com cancro de bexiga são multifatoriais, como a idade avançada, o tabaco ou a doença crónica (hipertensão, diabetes mellitus, doença pulmonar, depressão, ansiedade) (Dunn, 2015). Especificamente de entre os clientes submetidos a cistectomia radical, cerca de 80% têm diminuição da atividade sexual,

podem ter ainda diminuição ou ausência de desejo sexual, DE, anaejaculação e alterações ou ausência de orgasmo. 44% têm deterioração da relação conjugal. O distress psicológico é comum nos clientes com cancro de bexiga, no perioperatório. Este grupo de clientes sofre com as mesmas consequências a nível da sua sexualidade que os prostatectomizados referidos anteriormente, uma vez que, normalmente a próstata também é intervencionada neste procedimento e, portanto, ocorre frequentemente lesões de feixes nervosos, lesões arteriais e do músculo liso (Azevedo et al., 2018). Os que são submetidos a cistectomia e, portanto, a derivação urinária, sofrem outras consequências decorrentes da alteração da autoimagem. A reação e resposta do(a) parceiro(a) ao estoma pode também contribuir para limitar a intimidade e o interesse na atividade sexual e conseqüentemente uma vida sexual disfuncional (Modh, MMulhall & Gilbert, 2014).

Dado o impacto que os tratamentos da doença uro-oncológica têm na sexualidade do homem e, sendo o enfermeiro o profissional que o acompanha e ajuda a concretizar a transição, faz sentido no subcapítulo seguinte equacionar as intervenções de enfermagem que facilitem este processo.

2.2. Intervenções de enfermagem no âmbito da sexualidade ao homem com doença uro-oncológica e/ou casal

A intervenção de enfermagem ao homem passa pela educação e a ajuda à adesão a novas terapêuticas, novos padrões de relações sexuais, a fim de facilitar o seu retorno ao bem-estar (Carvalho & Cristão, 2012). A comunicação é um instrumento chave nesta educação (Gomes et al, 2019), sendo que existem barreiras que se prendem com o facto de a sexualidade ainda ser um tema tabu, por haver uma formação inadequada ou inexistente, por existência de constrangimentos, receio de ofender e falta de recursos para dar suporte (Julien, Thom & Kline, 2010).

No que toca à reabilitação da sexualidade masculina destaca-se o apoio psicológico para o ajuste de expectativas, a recuperação do interesse pela sexualidade e o reaprender de uma nova forma de viver a sexualidade onde a imaginação e a criatividade do casal são peças fundamentais (Barros & Figueiredo, 2014). O termo “sexualidade” engloba vários significados, podendo ser entendido como uma necessidade basal, não sendo apenas sinónimo de coito, mas parece ter relação com a energia que causa contacto e intimidade, sendo expressa na forma de

sentir e nos movimentos. O profissional deve conhecer o significado de sexualidade vivida pelo cliente e estimulá-la ao ponto de que este possa suprir as suas necessidades sentindo-se mais vivo (Souza et al., 2019). Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na ajuda à adaptação da pessoa às mudanças, fornecendo informações acerca das características da perda da função erétil, reforçando que há outros fatores relacionados com a DE para além do procedimento cirúrgico, como a idade avançada. A literatura reforça que os clientes, muitas vezes, esperam que sejam os profissionais de saúde a iniciar a conversa e que perguntem sobre os seus problemas em relação à atividade sexual. Os homens querem discutir a sua vida sexual e as suas preocupações com alguém. Os enfermeiros são pivôs no encorajamento ao homem para que expresse as suas preocupações, aliviando os medos e as ansiedades que podem sentir após os tratamentos. O referido profissional deve estar alerta para a angústia emocional e desenvolver uma abordagem holística, centrada na pessoa (Alexis & Worsley, 2018). Os profissionais de saúde, em específico o enfermeiro, precisa de ter conhecimentos técnico-científicos e habilidades no relacionamento interpessoal. Todas as intervenções precisam de ser integrativas e resolutivas (Souza et al., 2019). O enfermeiro, deve promover uma interação e relação de confiança com o cliente para que ele consiga expressar os seus sentimentos, o que permitirá o apuramento de potenciais desafios e definição de estratégias para aumento da autoeficácia (Azevedo et al., 2018). É importante que os profissionais sejam claros e concisos sobre as consequências do tratamento e que deem suporte contínuo aos sobreviventes. Ao comunicarem os efeitos adversos do tratamento, preparam os clientes para as mudanças que podem afetar a sua masculinidade. Se não o fizerem, o período de transição pode complicar-se (Alexis & Worsley, 2018). Maior quantidade de informação e maior comunicação desde o início e durante a recuperação, com transparência, permite uma melhor adaptação (Alexis & Worsley, 2018).

A recuperação da DE após a prostatectomia é lenta, depende do grau de reversibilidade das lesões dos feixes nervosos, lesões arteriais e do músculo liso. As terapias com inibidores de fosfodiesterase, injeções intracavernosas e dispositivos de ereção a vácuo podem recuperar parcialmente a capacidade de ereção (Azevedo et al., 2018). O uso de injeções intracavernosas três vezes por semana durante doze semanas ajuda a recuperar as ereções espontâneas. Os inibidores da fosfodiesterase melhoram e aceleram a recuperação da DE após prostatectomia radical. O uso de

bomba de vácuo o mais cedo possível, após a cirurgia, facilita o retorno à atividade sexual, satisfação sexual e potencialmente as ereções espontâneas suficientes para a penetração vaginal (Kilminster, et al., 2011). A DE associada à cistectomia, à semelhança de outras cirurgias pélvicas, pode ser gerida também com inibidores de fosfodiesterase, injeções intracavernosas ou dispositivos de vácuo (Modh, Mulhall & Gilbert, 2014).

As(os) companheiras(os) não devem ser colocadas(os) à parte, pois igualmente experimentam sentimentos de ansiedade e medo. Frequentemente tentam manter o equilíbrio entre os sentimentos negativos e o apoio e encorajamento aos seus companheiros. A fim de obter sucesso na reabilitação, é importante o casal ter capacidade de enfrentamento perante as dificuldades (Azevedo et al., 2018). O aparecimento de uma doença crónica como o cancro pode ocasionar alterações no relacionamento entre o homem e parceira(o) e, neste contexto, a comunicação entre o casal tem um papel expressivo, revelando-se fortalecedora da relação (Souza et al., 2019). De uma forma geral, sabe-se que a compreensão e o sentimento de cumplicidade são valores significativos para a recuperação e enfrentamento de pessoas com cancro às adversidades da doença e do tratamento. É importante destacar que o apoio dos entes queridos e de pessoas próximas pode promover uma melhor recuperação destes clientes e um sentimento de valorização compatível com as necessidades daqueles que percorrem um caminho doloroso (Souza et al., 2019). Ao enfermeiro cabe estar à disposição para ouvir as suas ansiedades, esclarecer dúvidas, expor o tema, envolver a(o) parceira(o), encorajar uma atitude mais humana que englobe aspetos da sexualidade no dia-a-dia dos indivíduos, visto a sexualidade ser uma área essencial da qualidade de vida de qualquer pessoa (Souza et al., 2019).

Vassão, F., Barbosa, L., Moraes, G., Domenico, E. (2018) identificaram dois tipos de estratégias na abordagem da sexualidade, as educativo-assistenciais e as destinadas à formação dos profissionais. As primeiras dirigem-se ao cliente e/ou companheiro(a) no sentido de melhorar a comunicação, minimizar o sofrimento e melhorar o funcionamento da relação. Isto implica compreender a sexualidade e a sua avaliação da qualidade de vida, através de questões amplas, encorajando o cliente a formular perguntas e a explorar preocupações e a escuta ativa, evitando suposições. Relativamente à formação dos profissionais, os autores apontam exemplos como workshops, discussões de grupo, *role play* e material escrito.

Como já foi abordado, a cirurgia uro-oncológica provoca mudanças na vida e na sexualidade do homem o que requer um processo de transição que seja facilitado pelo enfermeiro. Fez-me então sentido ancorar este percurso de formação e de intervenção na teoria das transições de Afaf Meleis, que abordarei no subcapítulo seguinte.

2.3. Teoria das transições de Afaf Meleis

A Teoria das transições de Afaf Meleis é uma teoria de médio alcance que nos permite compreender de que modo o cliente se adapta ao diagnóstico de cancro, aos tratamentos e às sequelas, que podem afetar a imagem corporal, a auto-estima e, por conseguinte, também a qualidade de vida. Como abordado nos subcapítulos anteriores, a evidência aponta as alterações da função sexual e urinária como tendo efeitos negativos na qualidade de vida do cliente prostatectomizado. A teoria é fundamental para entender o processo por que um homem passa quando é portador de carcinoma urológico e a intervenção do enfermeiro especialista na facilitação do processo de transição. A transição é, portanto, um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade. O cliente encontra-se a antecipar, a atravessar ou a completar um processo de transição, que implica uma mudança do estado de saúde, da identidade, do papel social, das relações, das expectativas ou de competências, pelo que tem de incorporar novos conhecimentos. A passagem de um estado para outro implica disrupção e a resposta da pessoa perante essa disrupção, o que envolve adaptação ao acontecimento. Assim, a transição implica uma redefinição do eu num contexto social, mediante apreensão de novos conhecimentos e competências que conduzem a alterações de comportamento, justificando então a intervenção dos enfermeiros (Meleis, 2007). Por exemplo, um doente que é diagnosticado com um carcinoma da bexiga que será submetido a tratamentos, incluindo cirurgia, que implica a formação de uma urostomia. Este passará por um processo de aprendizagem com a ajuda do enfermeiro, mediante uma relação terapêutica, no sentido de se adaptar à nova condição com as implicações que naturalmente traz para a vivência da sua sexualidade. O enfermeiro constitui-se como agente facilitador das pessoas e/ou famílias que experienciam estas transições, intervindo nas mudanças e exigências que as mesmas implicam.

O grupo-alvo de clientes do meu projeto incluem-se na transição do tipo saúde/doença, que é caracterizada por uma mudança súbita de papéis resultante da alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença, seja ela aguda ou crónica (Meleis, 2007).

As condições da transição referem-se à interpretação da experiência da transição, nomeadamente o que pode facilitar e o que dificulta, como condições pessoais, económicas, da comunidade e da sociedade. Por exemplo, o facto de o cliente ter uma boa relação conjugal ou uma boa rede de amigos/rede social de apoio pode ser um aspeto positivo e facilitador. O diagnóstico e os efeitos dos tratamentos acarretam ameaças na perceção de si próprios enquanto homens, pelo sentimento de perda de virilidade, quase como se se considerassem “menos homens”. Existe aqui, igualmente, o risco de isolamento social, sendo que se deve monitorizar eventuais sinais de depressão. Por outro lado, no caso dos clientes ostomizados, o receio que a urostomia seja descoberta pelos outros ou que possa verter. Do ponto de vista socio-económico, um emprego estável e um estatuto profissional é importante para estes clientes, principalmente pelo facto de serem homens e a isso estar ligado muitas vezes a crença da obrigação de serem provedores de sustento para a família. É importante ainda considerar as crenças espirituais ou religiosas como fator facilitador.

Importa explorar então os padrões de resposta destes clientes ao processo de transição. Para isso, existem indicadores de processo, que avaliam como a transição está a decorrer, permitem identificar fatores de risco e orientar o cliente; e de resultado, que indicam a forma como o homem integrou a transição na vivência da doença e na mudança com vista à estabilidade (Meleis et al., 2000). Por exemplo, como indicadores de processo podemos ter o empenho no plano de ensino para o autocuidado, no caso de um cliente ostomizado. Como indicador de resultado, teríamos, para o mesmo exemplo, a observação do domínio de novas competências no autocuidado.

A preparação e o conhecimento são facilitadores da transição (Meleis et al., 2000). Da minha experiência de estágio em hospital de dia, por exemplo, verificou-se a importância das consultas de enfermagem antes do início da terapêutica hormonal nos clientes com carcinoma da próstata ou da consulta de enfermagem pré-operatória, porque permite antecipar os acontecimentos, esclarecer e preparar o cliente e/ou casal.

Da minha pesquisa, salienta-se a existência de uma diferença entre a vivência da doença para a pessoa e a representação da doença para o profissional. Este foca-se no processo de doença ao nível dos dados clínicos e para a pessoa o mais importante é saber de que forma a sua vida diária irá ser afetada. A teoria das transições permite encurtar estas duas perceções e que o enfermeiro se foque no cliente como pessoa e não como objeto de cuidados. Por exemplo, a intervenção ao nível de reabilitação é necessariamente diferente perante um cliente com cerca de 50 anos que até então mantinha uma vida sexual ativa de um outro mais velho que, por outras razões, já não tinha relações sexuais.

Em conclusão, considero que a teoria das transições contribui para sustentar o processo de transição saúde-doença (mudança de papel que resulta da alteração do estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica) pelo qual um homem atravessa desde que é diagnosticado com uma neoplasia do foro urológico até ao retorno do seu quotidiano adaptado às sequelas que resultam da doença e tratamentos.

3. PERCURSO DESENVOLVIDO

Neste percurso foi utilizada a metodologia de projeto, tendo efetuado estágio em três contextos distintos. Estes locais foram selecionados a fim de desenvolver as competências propostas, numa prática baseada na evidência científica.

Tendo em conta os objetivos do projeto, fez-me sentido selecionar dois locais de estágio que abarcassem outros contextos e abordagens aos clientes oncológicos no âmbito da urologia, diferentes da experiência profissional que tinha, no sentido de enriquecer o meu percurso. Assim, de 23 de setembro a 31 de outubro de 2019, pude conhecer e experienciar a realidade de uma Consulta de Enfermagem, mais especificamente, onde tinha conhecimento que existia consulta de Oncosexologia. Nesta consulta, acompanham-se clientes oncológicos e/ou família com foco na abordagem das disfunções sexuais que resultam da doença e dos tratamentos.

De 4 de novembro a 13 de dezembro de 2019, estagiei no Serviço de Urologia, que englobava Serviço de Internamento e Hospital de Dia. Esta minha escolha recaiu na intenção de interagir com homens em período pré e pós-operatório; observação e participação em consultas de enfermagem dirigidas essencialmente aos homens com urostomia, aos que realizavam quimioterapia intravesical e os que necessitavam de administração de antiandrogénios injetáveis e orais, com devidos ensinamentos.

Por fim, de 16 de dezembro a 7 de fevereiro estagiei no meu local de trabalho – Internamento geral de cirurgia, a fim de implementar o projeto.

Os estágios realizados permitiram equacionar as intervenções de enfermagem ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade, delineando alterações na prática de enfermagem e estratégias para a promoção da melhoria de cuidados da equipa no local onde trabalhava. Foram desenvolvidas competências clínicas, prestando cuidados ao homem com doença uro-oncológica e companheira(o), utilizando estratégias de comunicação importantes para o estabelecimento de uma relação terapêutica com o homem e companheira(o) para abordar a temática da sexualidade, de forma a facilitar a transição. Foi mobilizada a evidência científica na prática durante a realização das consultas de enfermagem e nas interações estabelecidas. No sentido da reflexão crítica, essencial à prática de enfermagem avançada, utilizou-se o ciclo de *Gibbs* para reflexão individual escrita e

realizou-se análise e discussão de casos clínicos com o orientador, em contexto de estágio, pesquisa bibliográfica e construção de revisão *scoping*.

É de realçar que em todos os contextos de estágio foi assegurado o respeito pelos aspetos éticos – nomeadamente, o dever de sigilo (artigo 106º do Código Deontológico do enfermeiro); respeito pela intimidade (artigo 107º); assegurar consentimento informado, privacidade e confidencialidade dos dados recolhidos.

Cada subcapítulo que se segue reporta-se ao percurso desenvolvido em cada contexto de estágio onde apresentarei os objetivos específicos, as atividades realizadas e análise crítica sobre as mesmas com base na evidência científica e os resultados obtidos, assim como as competências desenvolvidas.

3.1. Campo de estágio 1 – Consulta de Urologia do Hospital A

Como objetivos específicos para este local de estágio, defini: Integrar-me na equipa multidisciplinar da consulta de urologia; identificar no doente oncológico risco ou evidência de alterações na vivência da sua sexualidade e identificar intervenções de enfermagem promotoras da sua adaptação.

O serviço de consultas externas dispõe de 105 gabinetes de consulta, sendo 20 destinados à consulta de enfermagem. Especificamente a consulta de urologia desenvolve-se em 6 gabinetes de consulta, sendo 2 de enfermagem. No total, a equipa é constituída por 27 enfermeiros, incluindo enfermeiro-chefe e enfermeira coordenadora. Em concreto, a consulta multidisciplinar de oncosexualidade foi criada em 2014, constituída por 2 médicos e 1 enfermeiro, e funciona todas as quintas-feiras de manhã. Os clientes referenciados para a consulta estão em tratamento ou *follow-up* no hospital, em risco ou com evidência de desenvolver problemas sexuais secundários a doença oncológica ou seus tratamentos ou, por último, com problemática prévia à doença oncológica. A consulta de oncosexualidade masculina destina-se a doentes com patologia oncológica com disfunção sexual associado ao diagnóstico ou ao tratamento (ativo ou *follow-up*).

De forma a dar resposta ao primeiro objetivo que defini “Integrar-me na equipa multidisciplinar”, fez-me sentido divulgar o meu projeto junto da equipa de enfermagem, realizar uma visita guiada às instalações a par da observação da dinâmica e funcionamento do serviço.

Identificar no cliente oncológico risco ou evidência de alterações na vivência da sua sexualidade e identificar intervenções de enfermagem promotoras da sua

adaptação foi possível pela observação e realização de consultas, que abordarei de seguida.

Nas consultas de oncosexologia de enfermagem é fortalecida a relação empática, são validados, demonstrados e reforçados ensinamentos e estratégias importantes para a otimização da intimidade sexual dos clientes e/ou casais. Continuamente é avaliada a satisfação do cliente em termos de objetivos e expectativas. Encontra-se sempre presente a necessidade de estratégias de redefinição da vivência da sexualidade. Ainda que a doença oncológica de base dos doentes que recorriam a esta consulta não fosse sempre do foro urológico, foi muito importante, por um lado, observar a expressão das suas questões e do seu estado emocional e, por outro, identificar intervenções da equipa no percurso do trabalho desenvolvido na reestruturação pessoal do cliente, no sentido da adaptação à sua nova condição, potenciando uma transição saudável. Para me auxiliar nesta identificação de estratégias de comunicação e contribuindo para atingir os objetivos “identificar no doente oncológico risco ou evidência de alterações na vivência da sua sexualidade e identificar intervenções de enfermagem promotoras da sua adaptação”, realizei uma revisão *scoping* (apêndice XI) que me permitiu mapear a intervenção de enfermagem em três categorias, como educar o cliente, comunicação eficaz e registos individualizados. Assim, possibilitou-me organizar o pensamento e criar um guião sobre as intervenções de enfermagem ao doente com disfunção sexual pós-prostatectomia radical (apêndice IV). Foi construído no sentido de sistematizar a evidência existente, orientar a observação e utilizar essa evidência no contexto da prática de enfermagem, com vista a retirar contributos para futura implementação do projeto em causa. O guião em causa contempla uma primeira parte com a identificação da pessoa e uma segunda parte com a listagem das intervenções de enfermagem. Inicialmente, foi elaborado com base na literatura e com a sua utilização ao longo das consultas foi sendo aferido com base na evidência da prática.

Observei e realizei consultas de enfermagem aos homens com neoplasia da próstata a realizar hormonoterapia, o que me permitiu dar resposta ao segundo objetivo “Identificar no doente oncológico risco ou evidência de alterações na vivência da sua sexualidade”, compreendendo o impacto da terapêutica na sua vivência da sexualidade e formas de intervir neste grupo de clientes. Nas consultas de enfermagem de primeira vez é realizada uma avaliação inicial do doente, interagindo também com o(a) companheiro(a) se existir. De seguida, é explicado o tratamento em

si, em que consiste e que efeitos secundários poderão ocorrer, bem como estratégias para os contornar. No caso de ser hormonoterapia injetável, procede-se depois à sua administração. Nas consultas subsequentes, para a continuação do tratamento, e através do preenchimento dos guiões, valida-se como o cliente se sente, se tem alguma questão ou preocupação relativamente ao tratamento. É importante questionar a reação do(a) parceiro(a) e, se possível e se fizer sentido, incluí-lo(a) nas consultas.

De forma geral, e após a minha abordagem inicial ao nível das sequelas do tratamento, a maioria destes clientes apontavam os afrontamentos, as insónias, a fadiga, o ganho de peso e a disfunção sexual. Os afrontamentos são dos sintomas que mais verbalizavam. Para os afrontamentos, existe evidência de que exercícios de relaxamento ajudam (Elliott et al. 2010) e isso foi mencionado nas consultas. Foi importante o reforço da importância da atividade física, pois tem benefícios na manutenção da força muscular e óssea, contribuindo para melhorar a fadiga, a labilidade emocional e motivar a função sexual (Bober & Varela, 2012).

Depois, abordando a parte sexual, a maioria referia não ter vontade (lívido) e, portanto, não haver intimidade sexual. Há evidência que estes sintomas diminuem a qualidade de vida (Elliott et al., 2010). Estas sequelas podem afetar a autoimagem, a identidade e a experiência de masculinidade (Bober & Varela, 2012). Estes mesmos autores apontam que os clientes precisam de sentir que os seus problemas sexuais são comuns e valorizados. O fato de ter abordado estes aspetos a par com as outras funções orgânicas, como o sono, a dor ou a fadiga, permite normalizar o tema da sexualidade e assim providenciar um cuidado genuíno centrado na pessoa (Bober & Varela, 2012). Para além disto, é importante o uso das palavras sem receios. Pude perceber que, quando o fiz, o cliente também o fez, o que contribuiu para o seu à vontade para falar sobre o assunto comigo. Para além disto, e partindo da evidência científica apurada, preocupei-me em questionar como estavam os seus relacionamentos, se os tivessem, e as reações dos(as) companheiros(as) às consequências causadas pela hormonoterapia. A evidência aponta a importância de questionar a forma como o tratamento tem impacto na intimidade do casal, de forma a intervir-se adequadamente. Das consultas que realizei, pude apurar que, por um lado, há casais que mantêm algum tipo de intimidade, ainda que não seja do foro sexual, e isso torna-se como que um substituto da vida sexual anterior; outros, não tendo intimidade sexual, não têm, de todo, intimidade emocional ou toque. Pude

apreender que os casais que, anteriormente à doença e ao tratamento, mantinham um bom relacionamento, adaptam-se e continuam, na medida do possível, a manter intimidade, de uma outra forma; os que não tinham um bom relacionamento e não tinham qualquer tipo de intimidade, sofrem menos com as consequências dos tratamentos. Há outros ainda que já não tinham intimidade sexual fruto do avançar da idade e/ou por outras comorbilidades e que se conformam. De facto, reconheço que tinha o preconceito que estes clientes em hormonoterapia, tendo uma líbido reduzida, não se preocupariam com a DE, o que percebi, através da leitura da evidência científica e com a experiência em contexto de estágio que desenvolvi, que estava incorreto. Escutei homens, em consulta, que continuavam a ter interesse nos tratamentos para a perda do desejo e para a DE. Os homens sofrem com o facto de não terem desejo sexual e preocupam-se com o que o(a) companheiro(a) vão pensar ou reagir. A literatura refere que essa perda de desejo tem efeito na sua masculinidade e na qualidade das relações íntimas (Elliott et al., 2010).

A evidência mostra que o stress e as estratégias de coping das companheiras afetam a adaptação do homem e a sua qualidade de vida e, como tal, constituem-se como fatores inibidores da transição, de acordo com Meleis.

A falta de intimidade na relação pode ser mais destrutiva do que o fato de não haver relações sexuais. É importante antecipar os efeitos da terapêutica e discuti-los, incluindo os(as) companheiros(as) (Elliott et al., 2010). A literatura diz que estes clientes podem realizar terapêutica oral (inibidores da fosfodiesterase 5) e injeções intracavernosas, no entanto, a falta de líbido é mais difícil de tratar. Para além disso, sabe-se que a terapêutica oral tem pouco efeito quando há níveis baixos de testosterona. Ainda que, recomendando, por exemplo, as injeções intracavernosas e tendo sucesso, no sentido em que o homem tem ereção, isso não determina que haja desejo sexual. Há como que uma desconexão entre a parte emocional – do desejo - da ereção, o que pode ser perturbador. É importante antecipar isto e gerir expetativas de forma a diminuir fatores inibidores, como o stress, e a facilitar a transição. A propósito disto, relembro uma consulta de seguimento com um senhor que estava a tomar um inibidor da fosfodiesterase 5, cerca de 30 minutos antes do relacionamento sexual, interação sobre a qual realizei uma reflexão (apêndice II) por ter sido um importante momento de aprendizagem, conforme refiro abaixo. Foi questionado sobre o relacionamento com a esposa, sendo que verbalizou ter boa comunicação com esta, referindo, na globalidade, satisfatória, mesmo a nível de intimidade sexual, uma vez

que estavam a investir mais nos preliminares. No entanto, considerava que tinha perdido espontaneidade, na medida em que estava condicionado pelo fato de ter de fazer terapêutica antes da relação e, portanto, ter necessariamente que haver algum planeamento. Perante isto, a minha abordagem foi o aconselhamento a experimentar o cumprimento de terapêutica oral semanalmente. Efetivamente, há uma adaptação constante das terapêuticas medicamentosas com a realidade emocional e sexual do casal.

Um estudo qualitativo de 2016 que aborda a sexualidade no homem após a realização de tratamentos para a neoplasia da próstata, destaca precisamente, tal como o Sr. J., mediante a utilização dos fármacos para o tratamento da disfunção erétil, a falta de controlo que sentiam relativamente à sua vida sexual, pelo fato de não haver espontaneidade nas relações sexuais. E isto parece contribuir para que se sintam menos homens (Laursen, 2016). Perante esta consulta, refleti acerca de uma redefinição que tem de ocorrer necessariamente. Isto é, para este casal, continua a ser importante preservar a intimidade sexual entre ambos, mas a forma como se expressam e que atingem satisfação neste campo terá de ser outra. No fundo, há que tentar melhorar tendo como ponto de partida os aspetos positivos da sua relação conjugal e os aspetos a nível físico, com as novas limitações que enfrentam. Os homens não deixam de ser seres sexuais porque não conseguem ter ereção, sendo que a sexualidade continua a ser uma dimensão importante na sua vida, mas requer uma redefinição e adaptação (Bokhour et al., 2001). Perante isto, torna-se óbvio que o Sr. J. se encontrava numa transição, que se iniciou no diagnóstico e que culminará na reestruturação pessoal, com novos padrões de relações sexuais e o retorno ao bem-estar (Carvalho & Barbieri-Figueiredo, 2013). Assim, quais serão as especificidades da intervenção de enfermagem neste âmbito? Apoiando-me na teórica de enfermagem Afaf Meleis, o enfermeiro assume um papel de educador e de ajuda. Não posso deixar de referir que senti algum embaraço e insegurança na abordagem deste assunto com o cliente. Esta experiência contribuiu para que efetuasse pesquisa sobre as especificidades e as estratégias na abordagem do tema da sexualidade.

Mediante esta experiência, pude entender melhor a complexidade de todo o processo que o cliente ou casal atravessa. Percebi que a sexualidade deve ser entendida como um todo e a intervenção não atender apenas à parte curativa. Pude corroborar na prática a teoria que aponta que existe uma associação entre pior satisfação sexual e o fraco reajuste conjugal, em casais que apresentam pior

qualidade de comunicação. Estes dados reforçam a necessidade de intervenção psicossocial que facilitem a comunicação entre o casal e que respondam às suas necessidades de reabilitação sexual (Chung & Brock, 2013).

É de realçar a consideração que houve pelas especificidades do cliente/casal, respeitando a sua individualidade. Como apontam Appoloni, Napoleão & Carvalho (2016), é necessário a compreensão das circunstâncias pessoais de cada pessoa, no sentido de propor soluções e tratamentos específicos para cada caso. Para além disso, e conforme sublinham os mesmos autores, utilizaram-se questões abertas e incentivou-se à partilha de preocupações e sentimentos a respeito da sexualidade e da função sexual; fez-se ensino sobre a importância de manter a intimidade do casal apesar da DE, de manter comportamentos que estimulem a sexualidade e o desejo e sobre outras alternativas no tratamento da DE.

É necessário o enfermeiro estar à disposição para ouvir as ansiedades do doente, esclarecer dúvidas, envolver a parceira(o), perceber que fatores debilitam emocionalmente e outros que promovam a adaptação à nova condição de vida (Mercadante et al., 2010), como o apoio da esposa, no caso do Sr. J. Como referi anteriormente, esta experiência também teve de positivo o facto de ter permitido a oportunidade de explorar especificidades e estratégias na abordagem do tema da sexualidade.

Os contributos fundamentais para o meu desenvolvimento profissional assentam na importância a comunicação por parte do enfermeiro, a fim de facilitar o período de transição que o doente atravessa. De acordo com Vassão, F., Barbosa, L., Moraes, G., Domenico, E. (2018), na abordagem da sexualidade no cliente oncológico, há dois tipos de estratégias: as educativo-assistenciais (dirigidas ao doente e parceiro(a)) e as destinadas ao profissional, nomeadamente ao nível do aprimoramento de competências. De facto, a literatura aponta que os profissionais de saúde devem ter preparação para conseguirem incluir o tema da sexualidade na sua avaliação e intervenção clínica, criando situações de abertura para o diálogo (Vassão et al., 2018).

Tive oportunidade de ir ao Congresso de Oncosexologia, tendo realizado um relatório (apêndice V) com os aspetos principais do mesmo para o meu percurso do qual destaco algumas contribuições transmitidas pelos painéis, nomeadamente, a ideia de que a pessoa perde o seu papel de saudável e, com isso, outras perdas sucessivas decorrem e afetam a identidade da pessoa doente, sendo que a

sexualidade faz parte desta. Isto, desde logo, modifica a forma como a pessoa se sente e a forma como os outros olham para ela, como o(a) companheiro(a), o que inevitavelmente contribui para alterações na intimidade. A par disto, não há um conhecimento claro, por parte dos clientes, das consequências da doença e dos tratamentos na sexualidade e claro que isto também terá repercussões na conjugalidade.

Para a maioria dos homens, o facto de não existir ereção significa não haver intimidade sexual. Isto leva-nos ao conceito de satisfação sexual, que é diferente para homens e mulheres. Daí ser importante gerir expectativas no pós-operatório. O diagnóstico da DE é realizado aplicando o Índice Internacional da Função Erétil (IIEF-5), que avalia a confiança, a performance e a satisfação.

Ficou claro que a evidência científica aponta que os clientes não abordam este assunto e têm expectativa que o profissional de saúde o faça. Para tal, é essencial que este tenha formação adequada e que se tenha em consideração outros fatores para a interação, como o ambiente, a adequação da linguagem, a verbalização dos termos sem rodeios, numa conversa desinibida, sem constrangimentos, revelando uma curiosidade genuína. Estes aspetos integrados na minha participação num workshop de treino de comunicação em oncosexologia constituíram-se como uma mais-valia no desenvolvimento de competências práticas na área da comunicação, com exemplos concretos da prática clínica. Segue-se um exemplo prático desta aprendizagem em contexto de consulta de enfermagem (apêndice III).

Antes da administração da hormonoterapia, começo por validar os efeitos secundários que o Sr. tem ou não sentido. Este refere que sofre bastante com os afrontamentos, nomeadamente durante a noite. No que diz respeito ao cansaço, confirma que tem sentido algum, mas que continua a realizar caminhadas diárias na companhia da sua esposa. A fim de abordar a sexualidade, questionei, sem receio: “E a parte da intimidade?”. O Sr. M. diz-me: “Vá, vou dizer-lhe, Terrível... Nada... Não tenho vontade nenhuma...” (sic). Seguidamente, perguntei qual tinha sido a reação da esposa. Referiu-me ser compreensiva. O casal parecia também relacionar estas alterações a nível sexual com a idade avançada, como se fosse, em parte, reforçar uma consequência natural da velhice. Reforcei ensinamentos sobre o efeito do bloqueio hormonal que estava a ser submetido e os efeitos adversos que o caracteriza, nomeadamente, afirmei o impacto na ereção. Fiz reforço positivo no sentido de continuar as caminhadas, por um lado, como estratégia para gerir e contrariar a fadiga,

e, por outro, como uma atividade em parceria com a esposa. Aproveitei este argumento para reforçar a importância de manterem o namoro, o romantismo, o toque e o carinho, como forma de manterem a intimidade e terem satisfação a nível conjugal.

Senti algum receio em abordar a sexualidade com o Sr. M., pelo constrangimento que o assunto naturalmente implica. A literatura aponta como obstáculo a abordagem deste tema precisamente o facto de ser considerado ainda tabu. Ainda assim, senti que a preparação que fiz antes do meu contato com o Sr. M., a nível de leitura de literatura de apoio e consulta do processo clínico do doente, me ajudou a ter uma intervenção mais eficaz junto deste. Durante a consulta, fiz uma abordagem correta ao nível das sequelas decorrentes do tratamento, psicológicas e fisiológicas. Da minha avaliação durante a minha interação com o Sr. M., não identifiquei risco a estes níveis, apesar da sua preocupação com o facto de não ter libido e, portanto, de não ter ereção. Avaliando o seu discurso, o seu humor e a sua expressão, entendi que gere e lida com a situação de forma eficaz. Segundo Bober & Varela (2012), os sobreviventes precisam de sentir que os seus problemas sexuais são comuns e são valorizados. Como referi anteriormente, ao reconhecer este aspeto como qualquer outra função orgânica, legítima e normaliza a sua preocupação.

Apoiei-me num modelo de intervenção integrativo bio-psico-social como meio para entender e explorar os problemas a nível sexual relacionados com o cancro. Uma forma de introduzir o tema pode ser fazendo um comentário generalizado, como “A maioria dos doentes a realizar este tratamento sentem/experienciam alterações na função sexual...” ou “Pode falar-me do impacto que o cancro teve na sua sexualidade ou intimidade?”. No final da interação, pode dizer-se: “Há mais algum aspecto da sexualidade ou intimidade que considere ser importante falar?” (Bober & Varela, 2012, p.3716). Estas frases-tipo são uma ajuda para uma próxima intervenção. Preocupe-me em questionar a reação da esposa e como estava o seu relacionamento face às alterações provocadas pela hormonoterapia. A evidência aponta que alguns casais referem que, havendo intimidade, ainda que não seja do foro sexual, torna-se um substituto à vida sexual anterior; outros referem que a falta de atividade sexual se relaciona com a falta de intimidade emocional e física. É importante questionar a forma como os tratamentos têm impacto na intimidade do casal, sob pena de não se intervir adequadamente. Julgo que poderia ter sido benéfico chamar a esposa para a consulta, com autorização prévia do cliente, no sentido de a incluir, como aponta a literatura. Esta foi mais uma experiência que contribuiu para treinar competências

comunicacionais dirigidas ao cliente oncológico, concretamente no âmbito da sexualidade.

O congresso constituiu-se então como uma oportunidade para refletir e discutir a importância de incluir a dimensão da sexualidade nos cuidados de enfermagem, especificamente, junto dos clientes oncológicos. Em jeito de conclusão, destacou-se a importância de o enfermeiro fazer a identificação de problemas efetivos ou potenciais a este nível, em qualquer contexto de cuidados, e a forma como pode ajudar na prevenção, tratamento e/ou reabilitação.

No meu entender, a minha participação no congresso teve uma contribuição muito óbvia para o meu olhar enquanto especialista. Mais concretamente, e devido ao tema do meu projeto de intervenção, na abordagem das questões ligadas à sexualidade do doente submetido a cirurgia uro-oncológica destaco a importância de expandir a abordagem a este grupo de clientes, nomeadamente no que toca ao impacto do diagnóstico e da vivência da doença oncológica (incluindo o tratamento cirúrgico) na sua sexualidade.

Partindo do documento da OE relativo às competências comuns do Enfermeiro Especialista, através das minhas aprendizagens no local de estágio, desenvolvi as seguintes competências: “Garante um ambiente terapêutico e seguro”; “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”; “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2018).

No que toca às competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica: “Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”; Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores (...); “Estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo dos seus cuidados”; “Demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto”; e “Concebe planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação a processos de transição saúde/doença (...)” (OE, 2018).

3.2. Campo de estágio 2 – Serviço de Internamento e Hospital de Dia de Urologia do Hospital B

O objetivo geral para este local de estágio foi desenvolver competências na área da disfunção sexual, junto do doente submetido a prostatectomia e/ou companheira(o). O objetivo específico era o de identificar intervenções de enfermagem no âmbito da disfunção sexual. Para desenvolver os meus objetivos, essencialmente observei a prática dos enfermeiros nos momentos de educação para a saúde e colaborei com a equipa na abordagem do tema da disfunção sexual, em contexto de internamento e consulta de enfermagem de urologia; e visita à consulta de enfermagem de Andrologia.

Inicialmente, foi importante dar a conhecer o meu projeto durante uma reunião com a equipa de enfermagem, tendo sido bem recebido, uma vez que não se abordava a temática da sexualidade em contexto de consulta e internamento de urologia. Posteriormente realizei uma visita guiada às instalações, com observação da dinâmica e funcionamento do serviço, e em simultâneo procedi à leitura de documentos oficiais.

A equipa multidisciplinar é constituída por quatro médicos, dezanove enfermeiras (seis delas especialistas, três em enfermagem de reabilitação, duas em saúde mental e psiquiátrica e uma em enfermagem comunitária e ainda uma enfermeira pós-graduada em sexologia clínica), dez assistentes operacionais e duas assistentes técnicas. O internamento é constituído por dezoito camas, que inclui cinco quartos triplos e três individuais. As intervenções cirúrgicas que se realizam são a cirurgia benigna e oncológica reno-ureteral aberta, retrógrada e percutânea; cirurgia benigna e oncológica da bexiga e próstata, aberta e endoscópica; cirurgia genital masculina e uroginecológica e cirurgia protésica do aparelho uro-genital. No hospital de dia ocorrem consultas de enfermagem aos clientes com urostomia e/ou portadores de derivações urinárias, acompanhamento de outros sob hormonoterapia e administração de terapêuticas intravesicais. Os clientes recorrem ao Hospital de dia após a alta do internamento, após realização de algum exame do foro urológico ou através da consulta externa de urologia, pela equipa médica. Os clientes são acolhidos numa consulta de primeira vez, onde são realizados os ensinamentos adaptados a cada situação, agendados os tratamentos, esclarecidas dúvidas e receios e dado o apoio necessário a cada situação.

Estabeleci em conjunto com a Enfermeira orientadora, mediante os objetivos do meu projeto e os contributos que poderia trazer à equipa de enfermagem, que o estágio se desenvolveria em ambos os contextos de hospital de dia e internamento.

A experiência de estágio em hospital de dia contribuiu para desenvolver os objetivos: identificar no doente oncológico risco ou evidência de alterações na vivência da sua sexualidade e identificar intervenções de enfermagem promotoras da sua adaptação. Mediante a minha observação inicial, efetivamente constatei que a sexualidade não era abordada junto dos clientes e/ou companheiras. A esmagadora maioria eram clientes que se encontravam a realizar tratamento de hormonoterapia, por diagnóstico de carcinoma da próstata, outros eram submetidos a quimioterapia intra vesical por carcinoma urológico e outros eram acompanhados pela equipa de enfermagem por apresentarem uma ostomia de eliminação urinária.

Relativamente aos clientes com ostomia de eliminação urinária, constatei que estes e/ou casais não têm atividade sexual, pelas modificações profundas e mutiladoras que acontecem ao nível da sexualidade do cliente. Através da minha participação na realização de uma consulta pré-operatória, abordei este assunto. De facto, conforme a literatura avança, o enfermeiro assume um papel de educador nesta nova fase de adaptação (Silva, Faustino & Oliveira 2013). Havendo uma antecipação relativamente às implicações na imagem corporal, estado sexual e estilo de vida, permite preparação, o que pode contribuir para a diminuição do período e intensidade do luto. Primeiro, foi importante transmitir informações, como o facto de a intimidade ser mais do que apenas o sexo, a importância do dormir junto da esposa, a possibilidade de se explorar posições confortáveis para as relações sexuais, o risco de disfunção sexual e/ou ejaculatória e de dispareunia (Silva, Faustino & Oliveira 2013). Seguidamente, é importante permitir que o cliente elabore questões e expresse os seus medos e ansiedades. Em jeito de exemplo, tive oportunidade de colaborar numa consulta de enfermagem a um cliente operado há pouco mais de 3 meses, que vinha acompanhado pela esposa (apêndice VI). Quando questionei diretamente o casal acerca da sexualidade, o cliente baixou o olhar. Referiu não ter vontade de ter atividade sexual. Clarifiquei que sexualidade não se limita na existência ou não de atividade sexual. Os dois partilharam as suas preocupações e os seus pensamentos e a equipa mostrou-se disponível. Neste caso, verifiquei que a vergonha e a rejeição do seu próprio corpo implicava uma baixa autoestima e que o casal tendia a afastar-se, o que inibia a atividade sexual (Barreto & Valença, 2013). O doente expressou

igualmente o medo do dispositivo poder descolar e sujar-se. Aqui foi importante transmitir que existem posições que previnem que isso aconteça ou o esvaziamento do saco antes. Foi pertinente compreender que o casal tinha aparentemente uma relação sólida, uma boa ligação emocional, o que ajudava no processo de aceitação da nova realidade. Sabe-se que a qualidade do relacionamento afetivo antes da cirurgia irá influenciar diretamente o retomar das relações sexuais (Barreto & Valença, 2013). Nos doentes ostomizados, a sexualidade tem um significado mais abrangente do que os órgãos sexuais ou a atividade sexual em si, assim, o ato sexual assume uma dimensão maior do que o prazer físico e o equilíbrio conjugal e sexual é obtido com atitudes de amor, carinho, diálogo e respeito (Barreto & Valença, 2013). Foi importante transmitir isto ao casal. O comportamento do cliente entretanto ao longo das consultas parecia compatível com uma fase depressiva, o que estava a contribuir para naturalmente evitar a reabilitação sexual. Apercebemo-nos, em equipa, que o doente poderia beneficiar de intervenção ao nível da psicologia. A literatura avança que, no primeiro ano, é comum a “depressão e a raiva” (Silva, Faustino & Oliveira, 2013). Naquele momento, o doente estava focado na doença, referia sentir ainda dores e, portanto, acordou-se que não seria o melhor momento para explorar mais a questão da atividade sexual. No entanto, reforçou-se a importância de manterem a comunicação entre o casal, a honestidade entre si relativamente a preocupações que tivessem; o companheirismo; a amizade; as manifestações de carinho através do beijo e do toque. Entretanto, a esposa falou-nos da possibilidade de, mais tarde, recorrer à terapêutica oral para a DE, porque tinha lido sobre esse assunto. O casal foi esclarecido nesse sentido, e que, quando se sentissem preparados, a equipa estaria disponível para ajudar no sentido do melhor desempenho. O doente foi incentivado a sair de casa ou a realizar atividades de lazer, a retomar aos poucos as suas atividades diárias, proporcionando algum apoio psicológico.

Relativamente ao que aconteceu, foi, de certa forma, marcante para o meu percurso de aprendizagem, porque, por um lado, senti-me mais à vontade e confiante na abordagem do tema da sexualidade (pelo treino de comunicação que tinha realizado no primeiro campo de estágio), mas, por outro, senti a complexidade da situação com que me deparei e tive dificuldades em reagir a isso e, por conseguinte, atuar. Em primeiro lugar, recordo-me de pensar, em retrospectiva, que o casal parecia ter uma relação do género mãe-filho. Então, como poderia eu abordar e “trabalhar” a interação sexual entre os dois quando o casal interage desta forma? Portanto, senti

necessidade de refletir e pesquisar sobre isto. De facto, a literatura refere isso mesmo: o “processo é acompanhado de uma redefinição de prioridades e papéis em que sobressai a necessidade de cuidar em que o sentimento de protecção impera sobre o prazer. Este novo paradigma relacional – “novo nós” – acaba por ser destrutivo para o erotismo de uma relação” (Barros & Figueiredo, 2014, p.330). Recordo-me de pensar que será natural, em alguma fase da vida de um qualquer casal, em que um se assume o cuidador do outro temporariamente, por motivo de doença e vulnerabilidade, tal e qual como uma mãe em relação ao filho ou um filho em relação a um pai ou um avô. O mais difícil é manter um equilíbrio e ultrapassar essa fase de forma a que a relação volte a ser ou se mantenha amorosa de alguma forma, com as adaptações que forçosamente a doença e os tratamentos implicam. Talvez pela intensidade, a dureza e a durabilidade que a doença oncológica tem poderá dificultar o processo. Enquanto enfermeira especialista, considero ser importante estar sensível, atenta e reconhecer estes aspetos.

Esta experiência e reflexão permitiu-me desenvolver competências na abordagem da sexualidade especificamente no cliente com ostomia e no impacto que tem no casal. É uma situação complexa cuja intervenção de enfermagem não se esgota numa consulta apenas. O casal precisa de tempo também para se reajustar psicológica e fisicamente após a cirurgia ou outro tratamento.

Analisando a situação à luz da teoria de Afaf Meleis., claramente o Sr. L. se encontra numa transição situacional, pois há uma modificação de papéis e de saúde/doença, uma vez que há uma mudança da condição de saudável para doente. A questão de o doente não ser autónomo no autocuidado relativamente à ostomia parece-me ser um fator condicionante na transição, juntamente com as expectativas, o nível de conhecimento e o bem-estar físico e emocional. Isto influencia negativamente a sua sexualidade. Exige então uma intervenção de enfermagem nesse sentido, sendo que, antes de mais, há que melhorar a autoimagem do Sr. L., através da aceitação, como já referi anteriormente. A esposa do Sr. L. claramente assumiu o cuidado, que não é para já algo negativo, no entanto, se prolongado no tempo, pode inibir esse processo de transição para o autocuidado, pois não sendo autónomo, o doente torna-se inseguro e dependente. Há que gradualmente ir repartindo esse cuidado ao Sr. L., promovendo a sua independência, o que contribui para promover a sua autoestima e parte da sua nova identidade (Mota et al., 2015).

Isso é muito importante para a reconstrução da sua sexualidade, como apontei anteriormente.

Para o meu desenvolvimento profissional, e tendo como base as competências da EONS, a situação contribuiu para avaliar o impacto da doença oncológica no bem-estar da pessoa; criar um ambiente que permite a partilha de preocupações e intervir fundamentada em evidência científica; e o estabelecimento de uma relação terapêutica, selecionando estratégias de comunicação mais adequadas e eficazes. Voltaria a interagir com este casal numa próxima consulta de enfermagem, no sentido de avaliar a minha intervenção anterior, monitorizar resultados e, em parceria, continuar a ajudar na capacitação do cliente e na adaptação ao processo de transição.

No que concerne às consultas de enfermagem ao cliente com neoplasia vesical, sob quimioterapia intravesical, colaborei na sua realização, abordando o tema da sexualidade. Foi importante a realização de ensinamentos sobre consequências ao nível do foro sexual, nomeadamente, alterações da libido ou deterioração do relacionamento e, se existirem relações sexuais, a recomendação da utilização do preservativo.

No que diz respeito aos clientes sob hormonoterapia, a abordagem e a intervenção de enfermagem foi muito semelhante ao estágio anterior, pelo que me permitiu continuar o treino de competências e a sua consolidação.

Referindo-me agora ao contexto de internamento, foram prestados cuidados aos clientes submetidos a prostatectomia radical no pré e pós-operatório, realizando entrevistas aos doentes internados, incluindo o tema da sexualidade. Relativamente ao pré-operatório, e suportando-me na evidência científica consultada, a minha intervenção consistiu em antecipar os efeitos da cirurgia, nomeadamente fornecer informações e preparar os clientes, permitindo que fizessem questões. Assim, contribuir para a diminuição da ansiedade e facilitar o processo de transição em que se encontram. Os doentes foram esclarecidos relativamente ao que esperar no pós-operatório, nomeadamente o penso cirúrgico, a presença ou não de dreno, de algália, a realização do primeiro levante e o reinício da dieta. Depois abordei as sequelas ao nível da incontinência urinária, que também tem um grande impacto na sexualidade, e ao nível da disfunção erétil. Posto isto, questionei relativamente à existência ou não de um relacionamento afetivo, enfatizei a importância do diálogo com os(as) companheiros(as) sobre a disfunção sexual. Foi importante gerir expectativas em relação a terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas existentes e a reabilitação possível. A falta de conhecimentos sobre como será a recuperação pode

ser desencadeador de ansiedade ou depressão, pelo que é importante o apoio psicológico para lidar com os sintomas e na adaptação à nova vida (Mata et al., 2015). Aos clientes prostatectomizados foram realizadas intervenções de enfermagem a fim de ajudar na reestruturação pessoal e do casal e na vivência com a DE. Para tal, foi importante a continuação do acompanhamento psicológico e o esclarecimento de dúvidas sobre o pós-operatório. Mostrei-me disponível para a escuta ativa, identificando necessidades, estimulando a partilha de preocupações relativamente à função erétil. Houve também uma preocupação em relação ao ambiente para discussão destes assuntos, nomeadamente a promoção de uma atmosfera descontraída e confortável, mantendo um diálogo respeitoso, conforme a literatura recomenda. Relativamente aos ensinamentos realizados em concreto no âmbito da DE, foi abordado, primeiro, as causas, duração, tratamento e consequências; outras formas alternativas de manter a intimidade sexual ou mesmo a atividade sexual, através da expressão do carinho; estimulação do reinício da atividade sexual de forma gradual; estimulação de mudanças do comportamento sexual que estimulem o desejo, como encontros sexuais, as fantasias ou o uso do toque e da comunicação entre o casal; reforço da importância de manter intimidade apesar da DE. Durante as minhas interações com o cliente e/ou o casal mantive uma comunicação clara e direta, respeitosa e livre de julgamentos, que foi preponderante para o estabelecimento de uma aliança terapêutica. Estes aspetos já haviam sido por mim treinados no local de estágio anterior e em contexto de congresso de oncosexualidade, pelo que foram contributos fundamentais para a consolidação das minhas competências ao nível da comunicação e de intervenção em sexualidade.

Com alguns casais houve maior dificuldade, da minha parte, em dialogar sobre este assunto, principalmente com as mulheres. Muitas delas, fruto da sua idade avançada, herança cultural ou pela natureza da relação com os companheiros, excluem-se destas questões, como se o que envolve a sexualidade estivesse centrado no elemento masculino do casal. Para além disso, foi interessante observar que têm atitudes diferentes face ao tema, na presença ou na ausência do marido. Perante estes, muitas têm um comportamento submisso que naturalmente tem implicações na vivência da sexualidade. Efetivamente, mediante o tipo de relação que o casal tem, isso determina a passagem por uma crise como esta e a sua readaptação. Por isto, é necessário que o enfermeiro tenha uma visão do ser humano como um

todo individualizado, com uma história de vida, inserido num contexto, com um conjunto de crenças e valores de uma determinada cultura (Garcia & Lisboa, 2012).

Durante este período de estágio, fui partilhando com a equipa de enfermagem e foi também possível que observassem as minhas intervenções e os resultados que obtive. Entre consultas/interações com os doentes e/ou casais, foram benéficas a reflexão com a restante equipa e a partilha de evidência científica, que foi suportando a minha abordagem, e isso contribuiu para sensibilizar para a temática.

Tive a oportunidade de participar nas 1^{as} Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde na ESEL, através da realização e apresentação de um poster sobre o meu tema de projeto (apêndices VII e VIII), nomeadamente a divulgação do guião que referi anteriormente. A sua utilização neste contexto de estágio foi importante no sentido de auxiliar as minhas observações durante as consultas e sistematização em termos de colheita de dados e planeamento de estratégias de intervenções. A construção e apresentação do poster foram uma aprendizagem porque implicou, em primeiro lugar, sintetização e depois a exposição, o que permitiu desenvolver competências de Mestre, publicadas em Diário da República, como ser “(...) capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes (...) de uma forma clara e sem ambiguidades” e desenvolver “(...) atividade reconhecida de formação e de investigação ou de desenvolvimento de natureza profissional de alto nível, por si ou através da sua participação ou colaboração, ou dos seus docentes e investigadores, em instituições científicas externas, com publicações ou produção científica relevantes” (Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de Agosto).

3.3. Campo de estágio 3 – Serviço de Internamento de Cirurgia do Hospital C

O terceiro estágio decorreu no Internamento Geral de Cirurgia onde desenvolvia a minha atividade profissional. Neste serviço prestam-se cuidados pré e pós-operatórios, incluindo todas as especialidades, excetuando a cirurgia cardíaca. Especificamente, os clientes oncológicos intervencionados pela equipa de urologia são submetidos a cirurgia a tumores da bexiga, o tumor do rim, os tumores do testículo e o carcinoma da próstata. O serviço divide-se em duas alas A e B, com 17 e 18 camas

respetivamente, sendo que dispõe de quartos individuais e duplos. A equipa de enfermagem é composta por 27 enfermeiros, incluindo enfermeira-chefe e sub-chefe.

Como objetivos específicos, para este local de estágio, defini: envolver a equipa de enfermagem na implementação do projeto; e contribuir para a capacitação da equipa na abordagem do tema da sexualidade. No sentido de envolver a equipa, realizei um questionário e sua análise (apêndice IX) para compreender a necessidade que os enfermeiros sentem em termos de formação e quais as dificuldades na abordagem do tema. Este foi enviado, via email, a um total de vinte e sete enfermeiros, tendo sido devolvidos vinte e quatro questionários preenchidos. Perante os resultados, foi unânime entre os enfermeiros a importância de fazer formação (95,8%) e 80% deles apontou a primeira abordagem como principal dificuldade.

Para capacitar a equipa fiz formação aos colegas nos momentos de passagem de turno sobre a abordagem da sexualidade no homem com doença uro-oncológica submetido a cirurgia. Em primeiro lugar, referi-me a uma síntese teórica do tema, seguidamente apresentei as intervenções de enfermagem, tendo reservado tempo, no final, para esclarecimento de dúvidas e debate. O feedback por parte da equipa foi bastante positivo, sendo que verbalizaram terem adquirido novos conhecimentos e estratégias de abordagem dos clientes e/ou casal. No sentido de ficar um registo escrito para consulta por parte da equipa, foi elaborado um guia orientador (apêndice X), com contributos da pesquisa bibliográfica, revisão *scoping* e do guião construído no primeiro local de estágio, contendo uma síntese que daria suporte à prestação de cuidados. Ficou em formato digital numa pasta partilhada de acesso para toda a equipa de enfermagem e a sua existência foi divulgada à chefia do serviço e em todas as sessões de formação.

O treino da comunicação desenvolvido nos dois locais de estágio anteriores constituiu-se como uma mais-valia no sentido de melhorar a abordagem da sexualidade na prestação de cuidados aos clientes e/ou casal no meu local de trabalho. Isto evidenciou-se no à-vontade para início de diálogo sobre o tema, escolhendo os momentos mais apropriados, sendo que verifiquei receptividade por parte dos casais. No pré-operatório, relembro um cliente, o Sr. L., que ia ser submetido a prostatectomia radical, que se encontrava sozinho no quarto, e que se apresentava com sinais de tristeza, ansiedade e aparentemente derrotismo. Durante a avaliação inicial e realização de ensinamentos na preparação para ida ao bloco operatório, pude explorar um pouco estas emoções no sentido de dar esperança relativamente à

reabilitação sexual. Foi importante escutar, desmistificar ideias erradas, transmitindo as informações corretas, e antecipar situações e gerir expectativas. No período pós-operatório demonstrei segurança e à-vontade para retomar o tema, desta vez na presença da esposa. Esta revelou embaraço para falar abertamente, mas mostrou-se atenta ao diálogo que se estabeleceu entre mim e o cliente.

No decorrer do estágio, a par das atividades que fui concretizando, constitui-me como um elemento de referência para a equipa, colaborando com a mesma de forma a ajudá-la na prestação de cuidados, esclarecendo dúvidas e, por vezes, acompanhando-os até junto do cliente. Na minha ausência, o documento orientador em formato digital permitia-lhes esclarecer questões que surgissem.

De acordo com a OE (2018), durante este estágio, desenvolvi competências de enfermeira especialista, nomeadamente, “Estabelece relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família/cuidador alvo (...)”; “Demonstra competências específicas em técnicas de comunicação que lhe permite adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto”; “Reconhece as necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a pessoa, família/cuidadores que vivenciam processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”; “Avalia o impacto que a situação decorrente do processo patológico agudo ou crónico e dos processos médico-cirúrgico complexos, tem na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e/ou família/cuidadores alvo dos seus cuidados especializados”; “Apoia a pessoa e família/cuidador no processo de transição e adaptação saúde -doença perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”; e “Intervém no planeamento e implementação da formação e treino da equipa interdisciplinar”.

Para além destas, neste último local de estágio, desenvolvi as seguintes competências de mestre, publicadas em Diário da República: “Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares”; “Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas (...)”; e ser capaz de “comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas (...)” (Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de Março).

4. AVALIAÇÃO

Neste capítulo, analiso reflexivamente o percurso efetuado e de que forma, durante o meu crescimento profissional, foram desenvolvidas as competências necessárias para a obtenção do título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da Enfermagem Oncológica. Foram selecionadas as competências comuns do enfermeiro especialista da OE (2018) e ainda as definidas pela EONS (2013) e as de Mestre segundo o artigo 15º do decreto-lei nº65/2018.

Segundo o Artigo 4.º do Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista, os domínios das competências comuns são divididos em quatro: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente ao primeiro domínio, o da responsabilidade profissional, ética e legal, ao longo dos estágios realizados e das aprendizagens que fui efetuando, prestei cuidados ao doente oncológico e/ou companheiro(a), pautando sempre por uma prática profissional e ética, com respeito pelo código deontológico da profissão.

No que toca ao domínio da melhoria contínua da qualidade, procedi à conceção de um projeto de melhoria dos cuidados de enfermagem, desempenhando um papel de agente de mudança dentro da equipa. A fim de desenvolver este domínio de competências, foi realizado e aplicado um questionário para identificar as necessidades da equipa de enfermagem, de forma a ser desenvolvido um documento contendo linhas orientadoras para a prática, com base na evidência científica disponível, que ficará disponível para consulta. Neste seguimento, foram feitas sessões de formação de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Tendo contribuído para a aquisição de novos conhecimentos sobre a temática e para a estruturação da sua abordagem, verificou-se uma melhoria na intervenção da equipa junto do doente uro-oncológico, no âmbito da sexualidade.

No domínio da gestão dos cuidados, considero que desenvolvi um papel importante na gestão dos cuidados prestados pela equipa, de forma a garantir a segurança e a qualidade destes, promovendo a articulação entre os vários elementos para alcançar os objetivos propostos (OE, 2010). Ao nível da organização hospitalar, defini objetivos a atingir e otimizei a resposta da equipa de enfermagem ao doente

oncológico e/ou companheiro(a) no âmbito da vivência da sexualidade, em contexto de internamento. Foi igualmente importante a gestão dos recursos existentes.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tive a oportunidade de desenvolver o meu autoconhecimento e assertividade enquanto pessoa e enfermeira. A realização da revisão *scoping*, recorrendo às bases de dados científicas, permitiu suportar teoricamente a prática de cuidados em contexto de estágio, as reflexões críticas e a elaboração do presente relatório final. No meu local de trabalho, considero que fui capaz de atuar como agente dinamizador e gestor na incorporação de novo conhecimento na prática clínica. A realização das sessões formativas destinadas à equipa permitiu promover a formação contínua e a atualização de conhecimentos, que, neste caso, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Relativamente às competências definidas pela EONS, é definido que os Enfermeiros Especialistas em Oncologia têm um papel fundamental na prestação de cuidados de excelência, tendo a capacidade de identificar o impacto do cancro no bem-estar físico, psicológico, emocional, espiritual e social das pessoas e suas famílias, implementando intervenções de enfermagem baseadas na evidência, de forma a avaliar, prevenir e gerir as consequências que a doença oncológica acarreta no dia-a-dia das pessoas, adaptado a sua ação à fase de doença em que se encontram, desenvolvendo um plano de cuidados individualizado (EONS, 2018).

Segue-se a avaliação de pontos fortes e fracos no desenvolvimento do projeto, elementos que constam da análise SWOT. Como fraquezas, identifiquei as dificuldades em abordar o tema da sexualidade por parte da equipa e do cliente e/ou companheiro(a), sendo que a inexistência de orientação para os ensinos e a política restritiva de contratação de enfermeiros contribuem para acentuar essas dificuldades. Relativamente aos pontos fortes/vantagens, evidencio o apoio que tive por parte da chefia, a motivação e dinâmica que a equipa demonstrou, nomeadamente por parte dos elementos novos, e a existência de folhetos informativos. Como principal ameaça identifiquei a sexualidade como tabu. A oportunidade que salientei centra-se na melhoria dos cuidados de enfermagem aos doentes com doença uro-oncológica submetidos a cirurgia e a realização de um documento de apoio à equipa no sentido de orientar a realização dos ensinos.

Relativamente à realização dos estágios, saliento a forma como fui recebida e integrada nos serviços e nas equipas com as quais contactei, o que naturalmente contribuiu para uma adaptação mais facilitada e assim o meu crescimento enquanto enfermeira especialista. Foram-me facilitadas muitas oportunidades de aprendizagem que contribuíram para que desenvolvesse as competências necessárias à obtenção do título de especialista. Saliento a oportunidade de elaboração e apresentação de poster nas 1^{as} Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde. Evidencio também a realização e implementação de documento com linhas orientadoras para a abordagem da sexualidade juntos dos clientes uro-oncológicos que ficou disponível para a equipa em pasta partilhada no sistema informático. Assim, pude tornar-me um elemento de referência para a equipa, esclarecendo dúvidas e auxiliando nos cuidados.

No âmbito do tema aprofundado, conforme referi na introdução, considerava-me inicialmente no nível de iniciada por não ter experiência e o meu desempenho ser focado no cumprimento de regras e instruções (Benner, 2001). Julgo ter atingido o nível de perita, uma vez que existe grande experiência, compreendo de maneira intuitiva as situações e apreende-se o problema sem se perder num espetro de soluções e de diagnósticos (Benner, 2001).

5. CONCLUSÕES

O presente relatório espelha o percurso que desenvolvi no tornar-me enfermeira especialista, sendo fruto de um forte investimento pessoal.

No serviço de Internamento Geral onde trabalhava eram muitas as situações de prestação de cuidados a homens com doença uro-oncológica que suscitavam dúvidas e dificuldades na abordagem da sexualidade. Tendo como ponto de partida a análise SWOT que realizei, foi possível modificar as fraquezas da equipa de enfermagem, nomeadamente ao ajudar a facilitar a abordagem da sexualidade, através de enriquecimento a nível teórico e orientando para os ensinamentos ao doente e/ou companheira. O facto de o sexo e o que o envolve ainda se constituir como um tabu na nossa sociedade e, por conseguinte, nos enfermeiros, não ajuda nesta abordagem, mas considero que ter discutido esses assuntos em equipa foi significativo para desmistificar alguns aspetos e considerar estratégias facilitadoras da comunicação. Ao prestar cuidados de enfermagem aos homens e/ou casais integrando a vertente da sexualidade nos diferentes contextos de estágio, analisei e refleti sobre a minha prática, desenvolvendo competências de Especialista. A minha observação e avaliação da pessoa contempla uma multiplicidade de vertentes, sendo mais criteriosas e aprofundadas, o que permite uma intervenção mais incisiva, justificada com evidência científica. De facto, o meu olhar modificou-se, como enfermeira especialista, no sentido de uma Enfermagem Avançada. Julgo que atingi os objetivos a que me propus e que o projeto desenvolvido foi uma mais-valia, sendo que contribui para a melhoria das práticas da equipa no âmbito da sexualidade.

O homem com doença uro-oncológica submetido a cirurgia sofre alterações a vários níveis que vão influenciar o seu regresso à vida quotidiana. Perante isto, o enfermeiro deve ter uma intervenção sistematizada de forma a abranger as diferentes mudanças que vão acontecer na vida do homem e/ou companheiro/a para que o seu impacto seja minimizado e a adaptação mais facilitada.

Perspetivando o futuro, como especialista, será importante manter um espírito crítico de aprendizagem contínua e simultaneamente enriquecer a equipa da qual faço parte; continuar a desenvolver competências numa prática de excelência no cuidado ao homem com doença uro-oncológica e família.

Em retrospectiva, considero que houve um desenvolvimento e, portanto, um crescendo ao nível de competências decorrente dos dois primeiros estágios com contributos importantes para este último.

Primeiramente, na consulta de urologia/oncosexologia pude treinar competências de comunicação em sexualidade com o cliente e/ou casal e em workshop no congresso de oncosexologia; sistematizar intervenções de enfermagem através da construção de um guião que fui utilizando para aferir a minha atuação. Tal foi fundamental para me ajudar a intervir mais eficazmente junto dos clientes no meu local de trabalho e auxiliou na construção do guia orientador.

No segundo local de estágio, sublinho a participação nas Jornadas de Enfermagem Avançada como forma de treino de comunicação com outros profissionais e melhoria da minha assertividade e à-vontade, em contexto de divulgação de resultados de pesquisa bibliográfica, que me deu alicerces para a realização das sessões de formação à equipa.

A revisão *scoping* foi fundamental enquanto fonte de evidência científica para realização das formações à equipa e à elaboração do guia orientador que ficou disponível em formato digital para consulta por parte da equipa.

As reflexões críticas efetuadas permitiram-me explorar as minhas intervenções, escrutinar as minhas emoções e o meu pensamento perante situações em que tive algum tipo dificuldade e equacionar melhorias. Assim, permitiu-me ganhar experiência e maturidade na abordagem da sexualidade.

Considero ainda importante salientar as lacunas na investigação na área da sexualidade do homem com doença uro-oncológica sujeito a cirurgia, visto a evidência existente estar muito direcionada apenas para os homens prostatectomizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexis, O. & Worsley, A. (2018). A meta-synthesis of qualitative studies exploring men's sense of masculinity postprostate cancer treatment. *Cancer Nursing*. 41(4). 298-310.

American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: APA.

Appoloni, A., Napoleão, A. & Carvalho, E. (2016). Intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical: revisão integrativa. *Enfermeria Global*.42. 440-455.

Associação portuguesa de urologia. Disponível em: https://www.apurologia.pt/publico/cancro_da_prostata.htm. Acedido em: 20/01/20.

Azevedo, C., Mata, L., Braga, P., Chavez, G., Lopes, M. & Penha, C. (2018). A percepção de homens e companheiras acerca da disfunção erétil pós-prostatectomia radical. *Texto Contexto Enferm*. 27(1). 1-10.

Barreto, A. & Valença, M. (2013). A sexualidade do paciente ostomizado: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*. 4935-43.

Barros, F. & Figueiredo, F. (2014). *Manual de Medicina Sexual* (10ª Edição). Lisboa: HSJ.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bober, S. & Varela, V. (2012). Sexuality in Adult Cancer Survivors: challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*. 30(30). 3712-3719.

Bokhour, B., Clark, J., Inui, T., Silliman, R. & Talcott, J. (2001). Sexuality after treatment for early prostate cancer. *Journal of General Internal Medicine*. 649-655. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2001.00832.x>.

Carvalho, J. & Barbieri-Figueiredo, M. (2013). *A cirurgia como evento crítico na transição do homem portador de carcinoma da próstata*. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.26/10227>.

Carvalho, J. & Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(7). 103-112.

Chung, E. & Brock, G. (2013). Sexual Rehabilitation and Cancer Survivorship: A State of Art Review of Current Literature and Management Strategies in Male Sexual Dysfunction Among Prostate Cancer Survivors. *The journal of sexual medicine*.102-111. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.03005.x>.

Decreto-lei nº65/2018 de 16 de agosto. Diário da República N°157 – I série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

DGS. (2019). Plano Nacional para as Doenças Oncológicas – Desafios e estratégias. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Dunn, M. (2015). Bladder Cancer: A Focus on Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 19(1). 68-73.

Eduardo, A., Napoleão, A. & Carvalho, E. (2016). Intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical: revisão integrativa. *Enfermería Global*. 440-455. DOI: 10.6018/eglobal.15.2.230811.

Elliott, S., Jarosek, S., Wilt, T. & Virnig, B. (2010). Reduction in physician reimbursement and use of hormone therapy in prostate cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 1826–1834. DOI: 10.1093/jnci/djq417.

European Oncology Nursing Society (2013). EONS Cancer Nursing Curriculum 2013 (4th ed.). EONS. Acedido a 30.10.2019. Disponível em <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>

Ferreira, S., Gozzo, T., Panobianco, M., Santos, M. & Almeida, A. (2015). Barreiras na inclusão da sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário: perspectiva das profissionais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 23(1). 82-89.

Garcia, O & Lisboa, L. (2012). Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. *Texto Contexto Enferm*. 21(3). 708-16.

Godinho, N. (2020). *Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações Norma APA*. Lisboa: ESEL.

- Gomes, C., Eduardo, A., Mosteiro-Diaz, M., Pérez-Paniagua, J. & Napoleão, A. (2019). Intervenções de enfermagem para incontinência urinária e disfunção sexual após prostatectomia radical. *Acta Paulista de Enfermagem*. 32(1). 106-112.
- Julien, J., Thom, B. & Kline, N. (2010). Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum*. 37(3). 186-190.
- Kilminster, S., Muller, S., Menon, M., Joseph, J., Ralph, D. & Patel, H. (2011). Predicting erectile function outcome in men after radical prostatectomy for prostate cancer. *Bju international*. 422-426. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2011.10757.
- Laursen, B. (2016). Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. *Scandinavian journal of caring sciences*.120-127. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12328>.
- Macleod, D. & Hamilton, J. (2013). Sex talk and cancer: Who is asking? *Canadian Oncology Nursing Journal*.197-201. DOI: 10.5737/1181912x233197201.
- Mata, L., Carvalho, E., Gomes, C., Silva, A. & Pereira, M. (2015). Autoeficácia e morbidade psicológica no pós-operatório de prostatectomia radical. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23(5). 806-813.
- Meleis A. I., Sawyer L., Im E., Messias D. & Schumacher K. (2000). Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1). 12-28.
- Meleis, A. I. (2007). Theoretical nursing: development and progress. 4^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mercadante, S., Vitrano, V. & Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Supportive Care in Cancer*. 659–665. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0814-0>.
- Modh, R., MMulhall, J. & Gilbert, S. (2014). Sexual dysfunction following cystectomy and urinary diversion. *Nat Rev Urol*.11(8). 445-43.
- Mota, M., Gomes, G., Petuco, V., Heck, R., Barros, E. & Gomes, V. (2015). Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. *Revista da escola de enfermagem da USP*. 49(1). 82-88.

Naccarato, A. & Perchton, L. (2004). *Estudo do impacto da disfunção erétil na qualidade de vida de pacientes pós prostatectomia radical*. In Convenção Brasil Latino América, congresso brasileiro e encontro paranaense de psicoterapias corporais. Brasil.

Novak, J.; Sabino, A. & Coelho, G. (2015). Efeitos psicossociais da prostatectomia radical em pacientes com câncer de próstata. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 22(3). 15-20.

O.M.S. (2002). *Growing in Confidence: Programming for Adolescent health and Development – Lessons from eight countries*. Department of Child and Adolescent Health and Development

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.

Porto, S., Carvalho, G., Fernandes, M. & Ferreira, C. (2016). Vivências de homens frente ao diagnóstico de câncer de próstata. *Ciência e Saúde*.9(2). 83-89.

Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior; Decreto-Lei n.º 74/2006; Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24.

Santos, S., Bezerra, L. & Freitas, F. (2017). A inserção da sexualidade na prática de enfermagem: revisão integrativa. In A inserção da sexualidade na prática de enfermagem: revisão integrativa., II congresso brasileiro de ciências da saúde. Conbracis, Campina Grande.

Seemann, T., Pozzobom, F., Vieira, M., Boing, L., machado, Z. & Guimarães, A. (2018). Influência de sintomas depressivos na qualidade de vida em homens diagnosticados com câncer de próstata. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*. 21(1). 72-81.

Sehnm, G., Pedro, E., Budó, M. & Ressel, L. (2014). A construção da sexualidade de estudantes de enfermagem e suas percepções acerca da temática. *Cienc. Enferm*. 20(1). 111-121.

Silva, A., Faustino, A. & Oliveira, P. (2013). Sexualidade do paciente com ostomia intestinal: revisão de literatura. *Revista de Enfermagem*. 7(1). 879-87.

Souza, I., Tenório, H., Junior, E., Lima, I., Santos, R. & Viana, L. (2019). Sexualidade para o homem em tratamento oncológico. *Revista eletrônica acervo saúde*. 11(4). 1-9.

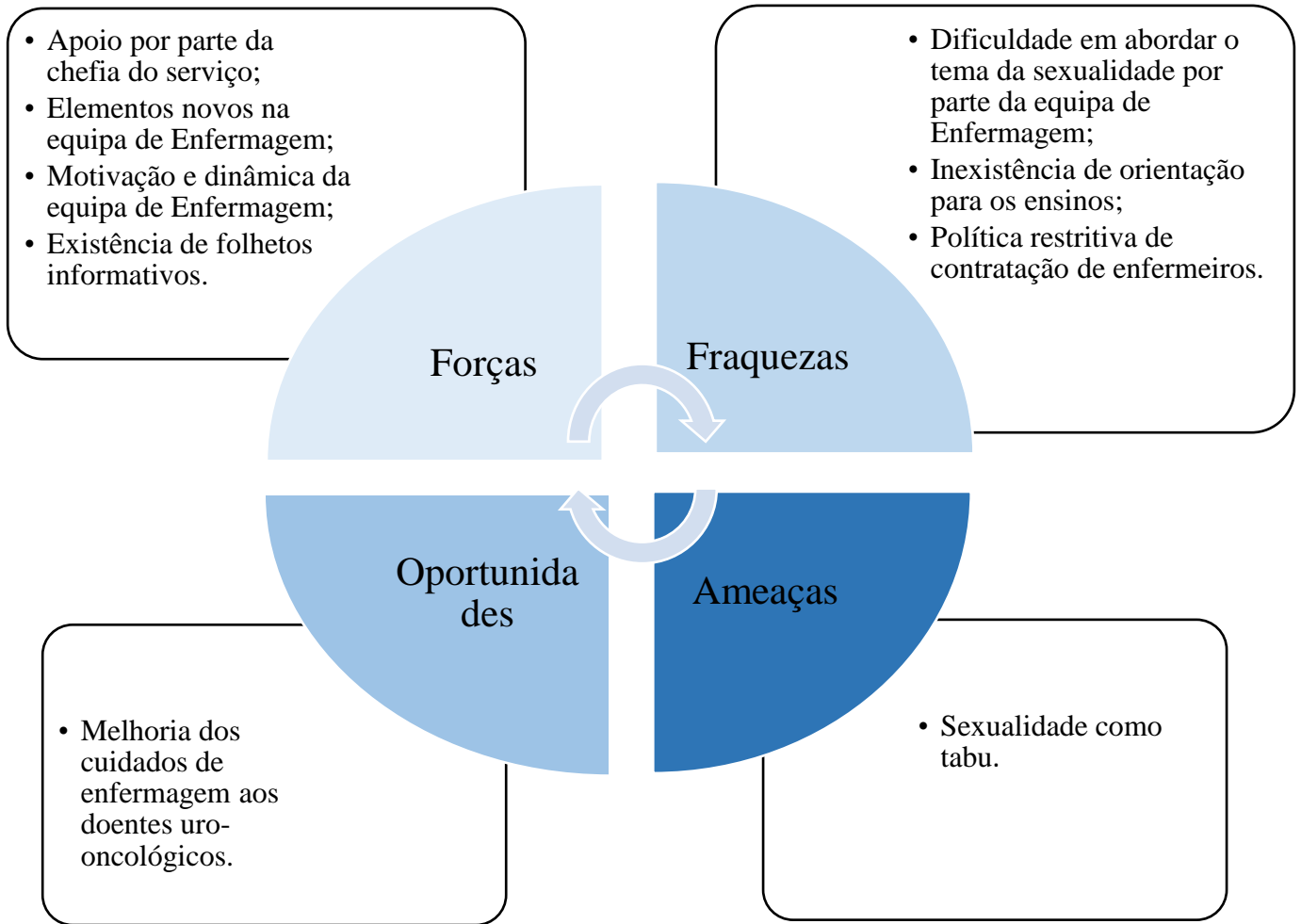
Vassão, F., Barbosa, L., Moraes, G. & Domenico, E. (2018). Abordagem da sexualidade no cuidado ao paciente oncológico: barreiras e estratégias. *Acta Paul Enferm*. 31(5). 564-571.

Vianna, M. & Napoleão, A. (2009). Reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados. *Cienc Cuid Saúde*. 8(2). 269-73.

APÊNDICES

**Apêndice I – Análise SWOT do projeto de
intervenção**

Ambiente interno



Ambiente externo

**Apêndice II – Reflexão I consulta de
oncosexologia**

O que aconteceu?

Ao Sr. J., de 66 anos, foi diagnosticada uma neoplasia do reto em 2018, tendo sido submetido a uma ressecção anterior do reto, sendo que ficou com colostomia definitiva e realizou também quimioterapia e radioterapia. Compareceu à consulta de seguimento de oncosexologia sozinho. Sabemos que na última consulta veio acompanhado da esposa. Sabemos também, sucintamente, pelos registos de enfermagem, que têm uma relação estável, com comunicação efetiva, companheirismo e compreensão. A existência da colostomia não se constitui como um obstáculo à intimidade entre o casal. No entanto, o Sr. J. não conseguia uma ereção tal que permitisse a penetração e foi-lhe dada prescrição de um inibidor da fosfodiesterase tipo 5 para toma cerca de 20 minutos antes da relação sexual.

A nossa preocupação, nesta consulta, centrava-se em validar como a relação conjugal se encontrava e como teria sido a experiência com a introdução da toma do fármaco prescrito. De início demos tempo e incentivámos para que o doente expressasse as suas emoções e preocupações. Referiu que continuam a ocorrer momentos de intimidade entre o casal, passando também por momentos agradáveis a dois, como passeios ou ver televisão juntos no sofá, e revelou haver cumplicidade e empenho na melhoria da satisfação sexual, dentro do possível, nesta fase da vida. Revelou ainda com algum embaraço, que conseguem obter prazer no ato sexual. Tinha conseguido alguma melhoria da ereção, mas o que claramente o incomodava era a perda da espontaneidade que o fármaco tinha provocado, isto é, teria de haver algum tipo de planeamento das relações sexuais, porque tinha de tomar o medicamento 20 minutos antes. A partir daqui, alterou-se o fármaco e a toma, que passou a ser diária. Explicámos a hipótese de o casal considerar as injeções nos corpos cavernosos, que sugerimos que poderia ser incluída na fase dos preliminares, sem assim comprometer a espontaneidade, já que as injeções têm efeito também no momento da administração.

Para este doente, e apoiando-me na literatura, o ato sexual deixou de ser o único sentido da sexualidade e que este abrange aspetos singulares dos sentimentos e das sensações que envolvem o prazer (Teixeira et al., 2012, citados por Souza et al., 2019). Para o Sr. J., a sexualidade é uma necessidade, mas não é sinónimo de coito, sendo que foi reforçado pela equipa que se expressa também na forma de sentir, nos movimentos, na energia, no contato, na intimidade, na partilha no casal. Foi valorizado, junto do doente, a importância do apoio e da atitude da sua esposa perante este assunto.

Um estudo qualitativo de 2016 que aborda a sexualidade no homem após a realização de tratamentos para a neoplasia da próstata, destaca precisamente, tal como o Sr. J., mediante a utilização dos fármacos para o tratamento da disfunção erétil, a falta de controlo que sentiam relativamente à sua vida sexual, pelo fato de não haver espontaneidade nas relações sexuais. E isto parece contribuir para que se sintam menos homens (Laurson, 2016).

O que estou a pensar e a sentir?

Perante esta consulta, refleti acerca de uma redefinição que tem de ocorrer necessariamente. Isto é, para este casal, continua a ser importante preservar a intimidade sexual entre ambos, mas a forma como se expressam e que atingem satisfação neste campo terá de ser outra. No fundo, há que tentar melhorar tendo como ponto de partida os aspetos positivos da sua relação conjugal e os aspetos a nível físico, com as novas limitações que enfrentam. Os homens não deixam de ser seres sexuais porque não conseguem ter ereção, sendo que a sexualidade continua a ser uma dimensão importante na sua vida, mas requer uma redefinição e adaptação (Bokhour et al., 2001).

Perante isto, torna-se óbvio que o Sr. J. se encontra numa transição, que se iniciou no diagnóstico e que culminará na reestruturação pessoal, com novos padrões de relações sexuais e o retorno ao bem-estar (Carvalho e Barbieri-Figueiredo, 2013). Assim, quais serão as especificidades da intervenção de enfermagem neste âmbito? Apoiando-me na teórica de enfermagem Afaf Meleis, o enfermeiro assume um papel de educador e de ajuda.

Não posso deixar de referir que senti algum embaraço e insegurança na abordagem deste assunto com um doente. Esta experiência contribuiu para que efetuasse pesquisa sobre as especificidades e as estratégias na abordagem do tema da sexualidade.

O que foi bom e mau nesta experiência?

Mediante esta experiência, pude entender melhor a complexidade de todo o processo que o doente ou casal atravessa. Percebi que a sexualidade deve ser entendida como um todo e a intervenção não atender apenas à parte curativa. Pude corroborar na prática a teoria que aponta que existe uma associação entre pior

satisfação sexual e o fraco reajuste conjugal, em casais que apresentam pior qualidade de comunicação. Estes dados reforçam a necessidade de intervenção psicossocial que facilitem a comunicação entre o casal e que respondam às suas necessidades de reabilitação sexual (Chung e Brock, 2013).

É de realçar a consideração que houve pelas especificidades do doente/casal, respeitando a sua individualidade, como apontam Appoloni, Napoleão e Carvalho (2016): a compreensão do contexto pessoal de cada pessoa para propor soluções e tratamentos específicos. Para além disso, e conforme sublinham os mesmos autores, utilizaram-se questões abertas e incentivou-se à partilha de preocupações e sentimentos a respeito da sexualidade e da função sexual; fez-se ensino sobre a importância de manter a intimidade do casal apesar da disfunção erétil, de manter comportamentos que estimulem a sexualidade e o desejo e sobre outras alternativas no tratamento da disfunção erétil.

É necessário o enfermeiro estar à disposição para ouvir as ansiedades do doente, esclarecer dúvidas, envolver a parceira(o), perceber que fatores debilitam emocionalmente e outros que promovam a adaptação à nova condição de vida (Mercadante et al., 2010), como o apoio da esposa, no caso do Sr. J.

Como referi anteriormente, esta experiência também teve de positivo o fato de ter permitido a oportunidade de explorar especificidades e estratégias na abordagem do tema da sexualidade.

Que sentido posso encontrar para o que se passou? Que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

Os contributos fundamentais para o meu desenvolvimento profissional assentam na importância a comunicação por parte do enfermeiro, a fim de facilitar o período de transição que o doente atravessa. De acordo com Vassão, Barbosa, Moraes & Domenico (2018), na abordagem da sexualidade no doente oncológico, há dois tipos de estratégias: as educativo-assistenciais (dirigidas ao doente e parceiro(a)) e as destinadas ao profissional, nomeadamente ao nível do aprimoramento de competências. De fato, a literatura aponta que os profissionais de saúde devem ter preparação para conseguirem incluir o tema da sexualidade na sua avaliação e intervenção clínica, criando situações de abertura para o diálogo (Vassão, F., Barbosa, L., Moraes, G. & Domenico, E., 2018).

Referências bibliográficas:

Appoloni, A., Napoleão, A. & Carvalho, E. (2016). Intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical: revisão integrativa. *Enfermeria Global*.42. 440-455.

Bokhour, B., Clark, J., Inui, T., Silliman, R. & Talcott, J. (2001). Sexuality after treatment for early prostate cancer. *Journal of General Internal Medicine*. 649-655. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2001.00832.x>.

Carvalho, J. & Barbieri-Figueiredo, M. (2013). *A cirurgia como evento crítico na transição do homem portador de carcinoma da próstata*. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.26/10227>.

Chung, E. & Brock, G. (2013). Sexual Rehabilitation and Cancer Survivorship: A State of Art Review of Current Literature and Management Strategies in Male Sexual Dysfunction Among Prostate Cancer Survivors. *The journal of sexual medicine*.102-111. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.03005.x>.

Laursen, B. (2016). Sexuality in men after prostate cancer surgery: a qualitative interview study. *Scandinavian journal of caring sciences*.120-127. DOI: <https://doi.org/10.1111/scs.12328>.

Mercadante, S., Vitrano, V. & Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Supportive Care in Cancer*. 659–665. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0814-0>.

Souza, I., Tenório, H., Junior, E., Lima, I., Santos, R. & Viana, L. (2019). Sexualidade para o homem em tratamento oncológico. *Revista eletrônica acervo saúde*. 11(4). 1-9.

Vassão, F., Barbosa, L., Moraes, G., Domenico, E. (2018). Abordagem da sexualidade no cuidado ao paciente oncológico: barreiras e estratégias. *Acta Paul Enferm*. 31(5). 564-571.

Apêndice III – Reflexão II consulta de urologia

O que aconteceu?

A situação que seguidamente apresentarei diz respeito a um contacto que tive com um doente, o Sr. M., de 70 anos, que recorre à consulta de enfermagem para administração de Triptorelina, intra-muscular, na sequência de um adenocarcinoma da próstata. Percebo, através da consulta de informação clínica, que já tinha sido submetido a radioterapia externa. Entra no gabinete sozinho, pois a esposa fica lá fora a aguardar.

Em primeiro lugar, apresento-me. Antes da administração e durante a preparação da injeção, começo por validar os efeitos secundários que o Sr. tem ou não sentido. Refere que sofre bastante com os afrontamentos, nomeadamente durante a noite. No que diz respeito ao cansaço, confirma que tem sentido algum, mas que continua a realizar caminhadas diárias na companhia da sua esposa. A fim de abordar a sexualidade, questionei, sem receio: “E a parte da intimidade?”. O Sr. M. diz-me: “Vá, vou dizer-lhe, Terrível... Nada... Não tenho vontade nenhuma...” (sic). Seguidamente, perguntei se era casado e qual tinha sido a reação da esposa. Referiu-me ser compreensiva. O casal parece também relacionar estas alterações a nível sexual com a idade avançada, como se fosse, em parte, reforçar uma consequência natural da velhice. Reforcei ensinamentos sobre o efeito do bloqueio hormonal que estava a ser submetido e os efeitos adversos que o caracteriza, nomeadamente, afirmei o impacto na ereção. Fiz reforço positivo no sentido de continuar as caminhadas, por um lado, como estratégia para gerir e contrariar a fadiga, e, por outro, como uma atividade em parceria com a esposa. Aproveitei este argumento para reforçar a importância de manterem o namoro, o romantismo, o toque e o carinho, como forma de manterem a intimidade e terem satisfação a nível conjugal.

O que estou a pensar e a sentir?

Senti algum receio em abordar a sexualidade com o Sr. M., pelo constrangimento que o assunto naturalmente implica. A literatura aponta como obstáculo a abordagem deste tema precisamente o facto de ser considerado ainda tabu. Ainda assim, senti que a preparação que fiz antes do meu contacto com o Sr. M., a nível de leitura de literatura de apoio e consulta do processo clínico do doente, me ajudou a ter uma intervenção mais eficaz junto deste.

O que foi bom/mau nesta experiência?

Durante a consulta, fiz uma abordagem correta ao nível das sequelas decorrentes do tratamento, psicológicas e fisiológicas. Efetivamente, os sintomas incluem fadiga, ganho de peso, perda de massa muscular, afrontamentos, ginecomastia, disfunção sexual, depressão, labilidade emocional e alterações na função cognitiva. Há evidência que estes sintomas diminuem a qualidade de vida (Elliott et al., 2010). Sabemos que há o risco de estas sequelas fisiológicas poderem afetar a auto-imagem, a identidade e a experiência de masculinidade (Bober & Varela, 2012). Da minha avaliação durante a minha interação com o Sr. M., não

identifiquei risco a estes níveis, apesar da sua preocupação com o facto de não ter libido e, portanto, de não ter ereção. Avaliando o seu discurso, o seu humor e a sua expressão, entendi que gere e lida com a situação de forma eficaz. Segundo Bober & Varela (2012), os sobreviventes precisam de sentir que os seus problemas sexuais são comuns e são valorizados. Simplesmente, ao reconhecer este aspeto tal como as outras funções orgânicas, como o sono, a dor ou a fadiga, dá-se um passo no sentido de providenciar um cuidado genuíno centrado na pessoa. Foi precisamente a forma como intervimos, questionando e explorando esse assunto como outro qualquer, legitimando e normalizando a sua preocupação. Esta experiência contribuiu para treinar competências comunicacionais dirigidas ao doente oncológico, mais concretamente no âmbito da sexualidade.

O que fiz/não fiz e o que poderia ter feito?

O facto de ter reforçado a importância do exercício físico foi importante, pois tem benefícios na manutenção da força muscular e óssea, o que contribui para reduzir a fadiga, melhorar a labilidade emocional e motivar a função sexual (Bober & Varela, 2012).

Apoiei-me num modelo de intervenção integrativo bio-psico-social como meio para entender e explorar os problemas a nível sexual relacionados com o cancro. De acordo com Bober & Varela (2012), no que toca aos problemas sexuais relacionados com o cancro, existem questões biológicas (alterações hormonais, dor ou fadiga), interpessoais (relacionamento, medo da intimidade ou falta de comunicação), psicológicas (emoções, motivação) e sociais/culturais (crenças religiosas, valores culturais ou normas sociais). Neste contexto, avançam estratégias para avaliar a disfunção sexual relacionada com a doença e/ou tratamentos, nomeadamente validar e normalizar a experiência da disfunção e ajudar a planear os próximos passos. Uma forma de introduzir o tema, pode ser fazendo um comentário generalizado, como “A maioria dos doentes a realizar este tratamento sentem/experienciam alterações na função sexual...” ou “Pode falar-me do impacto que o cancro teve na sua sexualidade ou intimidade?”. No final da interação, pode dizer-se: “Há mais algum aspecto da sexualidade ou intimidade que considere ser importante falar?” (Bober & Varela, 2012). Estas frases-tipo são uma ajuda para uma próxima intervenção da minha parte.

Preocupei-me em questionar a reação da esposa e como estava o seu relacionamento face às alterações provocadas pela hormonoterapia. A evidência aponta que alguns casais referem que, havendo intimidade, ainda que não seja do foro sexual, torna-se um substituto à vida sexual anterior; outros referem que a falta de atividade sexual se relaciona com a falta de intimidade emocional e física. É importante questionar a forma como os tratamentos têm impacto na intimidade do casal, sob pena de não se intervir adequadamente. Presume-se erradamente que os doentes em hormonoterapia que têm libido reduzida não se preocupam com a disfunção erétil. Estes doentes podem, mesmo castrados, ter interesse nos tratamentos

para a perda do desejo, como a terapia cognitivo-comportamental ou alternativas não hormonais. A literatura refere que esta perda de desejo tem efeito no seu sentimento de masculinidade, qualidade das relações íntimas e qualidade de vida (Elliott et al., 2010). A ocorrência de disfunção sexual relacionada com o tratamento tem naturalmente implicações importantes para as parceiras. Após uma pesquisa, a literatura aponta que os homens a realizar bloqueio hormonal também podem ser tratados com terapêutica oral e injeções intracavernosas, no entanto, a falta de libido é mais difícil de tratar (Bober & Varela, 2012). Sabe-se que os inibidores da fosfodiesterase 5 têm pouco efeito quando há níveis baixos de testosterona. O tratamento para a perda de desejo em homens em hormonoterapia requer terapia profissional. Algumas técnicas implicam invocar fantasias sexuais como potencial para provocar desejo. O foco em aspetos positivos e as técnicas de *mindfulness* podem ajudar. Os doentes devem ser informados dos tratamentos que têm como objetivo manter ereções, o que previne a perda de volume do pênis. Para além disso, também devem ser informados da importância da excitação sexual física e mental para otimizar os efeitos da terapêutica oral (Elliott et al., 2010). Teria sido importante explorar um pouco mais o relacionamento do casal e questionar se pretendiam tentar algum tipo de terapêutica. A evidência mostra que stress e estratégias de *coping* das companheiras afetam a adaptação do doente e a sua qualidade de vida. A investigação sugere que a falta de intimidade na relação pode ser mais destrutiva do que o facto de não haver relações sexuais. Durante a hormonoterapia, a experiência sexual exige mais esforço e determinação do que antes do tratamento. Os doentes e parceiras podem facilmente sentir-se desencorajados com o contato sexual, pelo que os técnicos devem discutir e antecipar os efeitos e as companheiras devem ser incluídas, pois podem ser afetadas com esses mesmos efeitos (Elliott et al., 2010). Julgo que poderia ter chamado a esposa para a consulta, com autorização prévia do doente, no sentido de a incluir, como aponta a literatura.

Face ao desconforto manifestado pelo Sr. M. no que toca aos afrontamentos, principalmente durante a noite, não permitindo que descansasse, poderia ter explorado formas de lidar ou geri-los. A literatura avança que existem tratamentos, mas que apresentam outros efeitos secundários, pelo que as técnicas de relaxamento, como a respiração profunda, podem ser eficazes (Elliott et al., 2010).

Referências bibliográficas:

Elliott, S., Jarosek, S., Wilt, T. & Virnig, B. (2010). Reduction in physician reimbursement and use of hormone therapy in prostate cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 1826–1834. DOI: 10.1093/jnci/djq417.

Bober, S. & Varela, V. (2012). Sexuality in Adult Cancer Survivors: challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*. 30(30): 3712-3719.

Apêndice IV– Guião de observação de consultas de oncosexologia

Data	
Consulta	Primeira <input type="checkbox"/> Seguimento <input type="checkbox"/>
Idade	
Antecedentes pessoais relevantes	
Diagnóstico e tratamento realizado	
Relação estável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Situação profissional	Ativa <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/>

Intervenções de Enfermagem	Sim	Não	N/A
Utilização de comunicação clara e direta			
Utilização de questões abertas			
Estabelecimento de aliança terapêutica			
Promoção de ambiente de apoio, mantendo atmosfera confortável, respeitosa e livre de julgamentos			
Promoção de partilha de preocupações e sentimentos a respeito da sexualidade e função erétil			
Envolvimento dos(as) companheiros(as)			
Ensino sobre importância de manter a intimidade do casal diante da disfunção erétil			
Ensino sobre o desenvolvimento de disfunção erétil após prostatectomia radical e esclarecimento de dúvidas			
Ensino sobre mudanças no comportamento sexual que estimulem a sexualidade e o desejo (encontros sexuais, promoção de sentimentos de paixão, amor, brincadeiras, fantasias)			
Ensino sobre formas alternativas de na atividade sexual para obtenção de prazer (com ou sem ereção, uso do toque para atingir orgasmo)			
Proporcionar materiais educativos sobre função sexual			
Compreender as circunstâncias pessoais e adequar soluções/tratamento			
Ensino sobre opções no tratamento da disfunção erétil			
Ensino sobre uso correto de medicação prescrita e efeitos colaterais			
Encaminhamento para outros profissionais de saúde			

Referências bibliográficas: Alexis, O. & Worsley, A. (2018). A meta-synthesis of qualitative studies exploring men's sense of masculinity postprostate cancer treatment. *Cancer Nursing*, 41(4): 298-310; Associação para o planeamento da família. Disponível em: <https://www.apf.pt/sexualidade>. Acedido em: 15/10/2019.; Barros, F. & Figueiredo, F. (2014). Manual de Medicina Sexual (10ª Edição). Lisboa: HSJ.; Bober, S. & Varela, V. (2012). Sexuality in Adult Cancer Survivors: challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*, 30(30): 3712-3719; Carvalho, J. & Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7):103-112; Novak, J.; Sabino, A. & Coelho, G. (2015). Efeitos psicossociais da prostatectomia radical em pacientes com câncer de próstata. 22(3): 15-20; Porto, S., Carvalho, G., Fernandes, M. & Ferreira, C. (2016). Vivências de homens frente ao diagnóstico de câncer de próstata. *Ciência e Saúde*, 9(2): 83-89; Vassão, F., Barbosa, L., Moraes, G., Domenico, E. (2018). Abordagem da sexualidade no cuidado ao paciente oncológico: barreiras e estratégias. *Acta Paul Enferm*, 31(5): 564-571.

Apêndice V– Relatório congresso oncosexologia ipo lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-Cirúrgica - Vertente Enfermagem
Oncológica
UC Estágio com Relatório

Relatório do Congresso Oncosexologia em Portugal 2019, no Instituto Português de
Oncologia (IPO) de Lisboa

O congresso decorreu nos dias 3 e 4 de outubro, no IPO de Lisboa, tendo sido organizado pela Clínica de Oncosexologia do Instituto.

A minha ida ao congresso teve como principais objetivos, em primeiro lugar, aprofundar conhecimentos teóricos acerca da forma como o doente oncológico, mais concretamente o doente com neoplasia da próstata, vive a sua sexualidade e de que forma a mesma pode ser afetada; compreender quais as intervenções de enfermagem, no contexto de uma equipa multidisciplinar, neste âmbito; e compreender melhor o funcionamento da consulta de oncosexologia.

Seguidamente farei um pequeno resumo das ideias essenciais transmitidas pelos painéis. A oncosexologia tem como finalidade a prevenção e o tratamento de problemas ou disfunções sexuais decorrentes da doença e/ou dos tratamentos e implica perícia na área da comunicação. Ficou explícito que a doença oncológica afeta sempre a sexualidade do ponto de vista psicológico, dos sintomas ou dos tratamentos, sendo que a prevalência global de disfunção sexual é de cerca de 70%, entre perda de desejo, disfunção erétil e dor. Numa primeira abordagem, foi entendido, por mim, a clara diferenciação entre os conceitos de sexualidade e sexo, sendo o primeiro mais abrangente e com grande importância para todos nós enquanto seres humanos. De facto, a doença oncológica afeta a vivência da sexualidade logo desde o diagnóstico, pois altera inevitavelmente o olhar do outro sobre o doente e isto tem impacto num casal. Na fase do diagnóstico, ocorre uma perda do papel de saudável e, com isso, outras perdas sucessivas que afetam a identidade do doente, sendo que a sexualidade faz parte desta. Isto pode ser relevante nomeadamente no facto de o doente deixar de se sentir homem. A maioria dos doentes não sabe quais serão as consequências da doença e dos tratamentos na sua sexualidade e como preveni-las.

Claramente que isto terá repercussão na conjugalidade. O que se sabe, da prática e da investigação, é que raramente o doente aborda espontaneamente o assunto com o profissional, pelo que deve ser este a questionar. Para tal, é primordial que o profissional faça formação na área. A fim de abordar o assunto, existem alguns aspetos importantes a ter em consideração, nomeadamente o ambiente. É importante adequar a linguagem, criar um clima de intimidade e protetor para que a pessoa sinta que se pode expor. O profissional deve verbalizar os termos sem rodeios, numa conversa desinibida, sem constrangimentos, revelando curiosidade genuína.

Também foi abordado o Ciclo de Resposta Sexual de Basson (2005). Tem vindo a ocorrer, ao longo do tempo, uma revolução do modelo de resposta sexual para um modelo biopsicossocial, pela mudança do foco da genitália (não excluindo) para outros aspetos, também objetos de atração entre as pessoas. Concluiu-se que o bem-estar sexual é multidimensional.

O trauma cirúrgico e os fatores psicossociais contribuem para a disfunção sexual. No caso dos homens, para a maioria, o facto de não existir ereção significa não haver intimidade sexual. Isto leva-nos ao conceito de satisfação sexual, que é diferente para homens e mulheres. É importante gerir expectativas no pós-operatório.

No âmbito da abordagem dos problemas sexuais no homem com cancro, foi referida a etiologia da disfunção erétil, que pode ser vascular, neurogénica, anatómica, hormonal, devido a fármacos e psicogénica. O diagnóstico é realizado através da utilização do Índice Internacional da Função Erétil (IIEF-5), que avalia a confiança, a performance e a satisfação. Seguidamente, abordaram-se sucintamente os fármacos designados inibidores da fosfodiesterase tipo 5 (PDE5) no tratamento da disfunção erétil, bem como as bombas de vácuo e as injeções nos corpos cavernosos.

Particpei no workshop de treino de comunicação em oncosexologia, muito importante no desenvolvimento de competências práticas na área da comunicação, com exemplos concretos da prática clínica.

Apêndice VI – Reflexão III hospital de dia de urologia

O que aconteceu?

A reflexão parte da minha primeira vez a abordar o tema da sexualidade com um doente em contexto de consulta de enfermagem de ostomias. O Sr. L., de 73 anos, vem acompanhado da esposa. Submetido a cistectomia radical em outubro deste ano. Enquanto a enfermeira C. inicia a interação com o casal, eu estava preocupada com a forma como iria introduzir o tema da sexualidade. Pretendia que fosse algo que surgisse naturalmente, de certa forma integrado na consulta. Senti necessidade de, em vez de estar do outro lado da secretária, aproximar-me do doente e da esposa, sentando-me mais na lateral. Aproveitei um pequeno silêncio oportuno e questionei, a sorrir, “Então e namoram?”. Ficaram os dois um pouco estupefactos com a minha intervenção, sendo que o Sr. L. responde perguntando: “Nós o quê?”. Ao que eu respondo: “Têm intimidade sexual?”. O Sr. L. diz que não, olhando para baixo. A esposa responde, a rir, que não, porque “aquilo já não dá nada...”. Ao que o Sr. L. afirma: “Não tenho vontade...”. Eu questiono: “Mas não tem vontade ou não tem desejo...?”, ao que responde: “Não tenho vontade...tenho dores...”, com um olhar triste. A esposa afirma que o cirurgião lhes explicou os efeitos da cirurgia ao nível da disfunção erétil e que mencionou, na altura, uma medicação que poderia ajudar. Perante isto, o Sr. L. mostrou, pelo seu não-verbal, muito renitente. Explicou depois que ainda terá de se submeter a tratamentos de quimioterapia, pelo que me pareceu estar muito focado na doença e nos tratamentos.

Quando o doente se deitou na marquesa para observarmos o estoma e a forma como os cuidados estavam a ser realizados, observei a dinâmica do casal. A esposa do Sr. L. assumia-se, com orgulho, como sua cuidadora, sabendo detalhadamente como cuidar do marido e esclarecendo dúvidas connosco sobre o que aplicaria numa pequena ferida que ele tinha no abdómen. O Sr. L. limitava-se a levantar a camisola, numa atitude passiva relativamente ao assunto que dizia respeito ao seu corpo. A esposa orgulhava-se de ter tratado do marido quando este, sem intenção, uma vez, se molhou por ter adaptado mal o saco de urostomia...

No decorrer da experiência e da minha interação com o casal, mantive determinadas condições que caracterizam a intervenção de enfermagem ao nível da sexualidade, nomeadamente a comunicação clara, utilizando questões abertas, promovendo um ambiente de apoio, mantendo uma atmosfera confortável, respeitosa e livre de julgamentos e promovendo a partilha de preocupações e sentimentos.

A minha intervenção foi essencialmente reforçar a importância da relação entre ambos, ao nível da amizade, do companheirismo, da comunicação e de demonstrarem afeto um pelo outro, pelo toque, o beijo, o caminhar de mão dada, no fundo os aspetos que os unem ou que sempre uniram, mas que, nesta fase, poderão estar mais esquecidos e provocar algum distanciamento entre o casal. Referi que, um dia, depois da “tempestade” amainar, se tiverem vontade de se voltar a relacionar intimamente, é importante que comuniquem com honestidade um com o outro acerca dos medos e das inseguranças, no sentido de estarem em sintonia e não existir mal-entendidos. Para além disso, foi transmitido que a equipa estará disponível para ajudar.

Na situação apresentada, destacou-se o olhar triste do doente, desviando o mesmo para baixo quando falava, sendo que, no geral, avaliei, juntamente com o seu comportamento, um humor deprimido e senti necessidade de continuar a monitorizar essa questão e a interação entre o casal através de consultas subsequentes.

Pensamentos e sentimentos - O que estou a pensar e a sentir?

Relativamente ao que aconteceu, foi, de certa forma, marcante para o meu percurso de aprendizagem, porque, por um lado, senti-me mais à vontade e confiante na abordagem do tema da sexualidade (pelo treino de comunicação que tenho realizado ao longo do período de estágio), mas, por outro, senti a complexidade da situação com que me deparei e tive dificuldades em reagir a isso.

Em primeiro lugar, recordo-me de pensar, em retrospectiva, que o casal parecia ter uma relação do género mãe-filho. Então, como poderia eu abordar e “trabalhar” a interação sexual entre os dois quando o casal interage desta forma? Portanto, senti necessidade de refletir e pesquisar sobre isto. De facto, a literatura refere isso mesmo: “ocorre uma redefinição de papéis em que a necessidade de cuidar sobrepõe-se ao prazer, o que pode ser destrutivo para o erotismo da relação” (Barros & Figueiredo, 2014). Recordo-me de pensar que será natural, em alguma fase da vida de um qualquer casal, em que um se assume o cuidador do outro temporariamente, por motivo de doença e vulnerabilidade, tal e qual como uma mãe em relação ao filho ou um filho em relação a um pai ou um avô. O mais difícil é manter um equilíbrio e ultrapassar essa fase de forma a que a relação volte a ser ou se mantenha amorosa de alguma forma, com as adaptações que forçosamente a doença e os tratamentos implicam. Talvez pela intensidade, a dureza e a durabilidade que a doença oncológica tem poderá dificultar o processo. Enquanto enfermeira especialista, considero ser importante estar sensível, atenta e reconhecer estes aspetos. Ainda a este propósito,

os autores apontam que, nos homens, frequentemente, os tratamentos levam à perda de desejo, como referiu o Sr L. Sabe-se que isto pode ter efeitos negativos, como a sensação de perda de masculinidade, comprometendo seriamente a auto-estima, o que tem implicações na vida conjugal e que pode provocar distanciamento entre o casal. De facto, o doente apresentou sinais de baixa auto-estima, compreensível tendo em conta a situação em que se encontra, o que foi, por mim, normalizado. Ainda assim, a esposa do Sr. L. mantém-se muito próxima e cúmplice dele e parece ser uma aliada na recuperação do marido.

O que foi bom e mau nesta experiência?

Na situação por mim experienciada, foi importante explorar preocupações do doente e esposa, reação ao estoma e ao processo de doença e tratamentos, preocupações por causa do saco (como o descolar) (Silva, Faustino e Oliveira, 2013). Nas subseqüentes consultas, será importante continuar a educação para a aceitação e autopercepção do corpo e da própria sexualidade (Novak, Sabino & Coelho, 2015); continuar a fortalecer as bases afetivas do relacionamento, incentivando a reciprocidade no processo de readaptação (Vera et al., 2017). Nesta situação, e no sentido dessa readaptação, foi importante explicar a substituição da relação sexual convencional por gestos de carinho, companheirismo e amor, isto é, desmistificar que há diferença entre relação sexual propriamente dita e os momentos de intimidade entre o casal.

Relativamente ao que foi menos positivo ou que poderia ter feito melhor, seria importante perceber qual é a sua função sexual basal, ou seja, como era a sua vida sexual antes da doença, para adequar a intervenção, as expectativas e os resultados esperados. Sabe-se que o facto de o doente ter idade avançada, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II ambas medicadas, são comorbilidades que influenciam a função sexual (Dunn, 2015). Se houver dificuldades na atividade sexual ou não havia de todo antes da situação de doença, obviamente não se consegue que o casal tenha uma vida sexual que não tinha antes. O mesmo se passa relativamente ao relacionamento afetivo, uma vez que se era de má qualidade provavelmente não irá melhorar na doença e o contrário também acontece. Quanto melhor for a relação antes da cirurgia, mais facilmente o casal se adapta, fortalece o relacionamento e mais rapidamente retoma a atividade sexual. Existem ainda algumas estratégias no sentido da adaptação às alterações devidas à cirurgia, como a mudança de posição sexual para uma mais confortável (Barreto & Valença, 2013). Na situação descrita, julgo que

foi correto não ter explorado essa questão, pela atitude evidenciada pelo Sr. L. Eventualmente, no futuro, quando estiver menos focado na doença e mais receptivo a voltar às suas rotinas, tenha vontade e esteja disponível para a intimidade sexual.

No contexto do que julgo ter sido o início de uma reabilitação da sua sexualidade, destacou-se o apoio psicológico para o ajuste de expectativas, recuperação eventual no futuro do interesse pela sexualidade e reaprender uma nova forma de a viver (Barros & Figueiredo, 2014).

Efetivamente, o Sr. L. poderá necessitar de um apoio a nível de psicologia para o ajudar a lidar melhor com a doença e as alterações que a mesma tem vindo a trazer à sua vida ao longo do tratamento. Alexis & Worsley (2018) alertam para a angústia emocional que o doente pode sentir. Vários autores alertam para a importância de reencaminhar para outros profissionais sempre que se considerar pertinente (Dunn, 2015). O distanciamento do Sr. L. relativamente à atividade sexual e ao tema em geral poderá também ser explicado por esta atitude de negação em relação a si próprio, como uma não aceitação da nova condição (Barreto & Valença, 2013).

Poderia ter fomentado o retomar das atividades diárias, como o sair de casa e atividades de lazer, e contribuir para promover o autocuidado com o estoma (Barreto & Valença, 2013). Estes aspetos juntamente com as relações com os amigos e com a família também representam uma parte importante para a sua sexualidade, ajuda a pessoa a sentir-se desejável, querida, agradável, que não deixa de amar e desejar apesar de ter uma ostomia (Maia, 2009 citado por Martins, 2013).

Que sentido posso encontrar para o que se passou? Que contributos para o meu desenvolvimento profissional?

Esta experiência e reflexão permitiu-me desenvolver competências na abordagem da sexualidade especificamente no doente com ostomia e no impacto que tem no casal. É uma situação complexa cuja intervenção de enfermagem não se esgota numa consulta apenas. O doente e o casal precisam de tempo também para se reajustarem psicológica e fisicamente após a cirurgia ou outro tratamento.

Esta situação ajudou-me a refletir na filosofia de cuidados de Afaf Meleis, no sentido em que claramente o Sr. L. se encontra numa transição situacional, pois há uma modificação de papéis e de saúde/doença, uma vez que há uma mudança da condição de saudável para doente. A questão de o doente não ser autónomo no autocuidado relativamente à ostomia parece-me ser um fator condicionante na transição, juntamente com as expectativas, o nível de conhecimento e o bem-estar físico e

emocional. Isto influencia negativamente a sua sexualidade. Exige então uma intervenção de enfermagem nesse sentido, sendo que, antes de mais, há que melhorar a autoimagem do Sr. L., através da aceitação, como já referi anteriormente. A esposa do Sr. L. claramente assumiu o cuidado, que não é para já algo negativo, no entanto, se prolongado no tempo, pode inibir esse processo de transição para o autocuidado, pois não sendo autónomo, o doente torna-se inseguro e dependente. Há que gradualmente ir repartindo esse cuidado ao Sr. L., promovendo a sua independência, o que contribui para promover a sua autoestima e parte da sua nova identidade (Mota et al., 2015). Isso é muito importante para a reconstrução da sua sexualidade, como apontei anteriormente.

Para o meu desenvolvimento profissional, e tendo como base as competências da European Oncology Nursing Society, a situação contribuiu para avaliar o impacto da doença oncológica no bem-estar da pessoa; criar um ambiente que permite a partilha de preocupações e intervir fundamentada em evidência científica; e o estabelecimento de uma relação terapêutica, selecionando estratégias de comunicação mais adequadas e eficazes. Voltarei a interagir com este casal numa próxima consulta de enfermagem, no sentido de avaliar a minha intervenção anterior, monitorizar resultados e, em parceria, continuar a ajudar na capacitação do doente e na adaptação ao processo de transição.

Referências bibliográficas

Alexis, O. & Worsley, A. (2018). A meta-synthesis of qualitative studies exploring men's sense of masculinity postprostate cancer treatment. *Cancer Nursing*. 41(4): 298-310.

Barreto, A. & Valença, M. (2013). A sexualidade do paciente ostomizado: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem*. 4935-43.

Barros, F. & Figueiredo, F. (2014). *Manual de Medicina Sexual (10ª Edição)*. Lisboa: HSJ.

Dunn, M. (2015). Bladder cancer: A focus on sexuality. *Clinical journal of oncology nursing*. 19(1): 68-73.

European Oncology Nursing Society (2013). EONS Cancer Nursing Curriculum 2013 (4th ed.). EONS. Acedido a 30.10.2019. Disponível em <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>

Martins, C. (2013). Sexualidade da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: que intervenção? (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Mota, M., Gomes, G., Petuco, V., Heck, R., Barros, E. & Gomes, V. (2015). Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. *Revista da escola de enfermagem da USP*. 49(1). 82-88.

Novak, J., Sabino, A. & Coelho, G. (2015). Efeitos psicossociais da prostatectomia radical em pacientes com câncer de próstata. *Arq. Ciênc. Saúde*. 22(3): 15-20.

Silva, A., Faustino, A. & Oliveira, P. (2013). Sexualidade do paciente com estomia intestinal: revisão de literatura. *Revista de Enfermagem*. 7(1):879-87.

Vera, S., Sousa, G., Araújo, S., Alencar, D., Silva, M., Dantas, L. (2017). Sexuality and quality of life of the ostomy patient: reflections for nursing care. *Reonfacema*. 3(4): 788-793.

**Apêndice VII – Resumo poster 1^{as} jornadas de enfermagem
avançada ESEL**

Intervenção de enfermagem ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade

Inês Guerreiro¹, Patrícia Alves², Manuela Barreto³

¹Enfermeira na Cuf Descobertas; Mestranda do 10^o Curso em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Enfermagem Oncológica; iguerreiro@campus.esel.pt.

²Enfermeira; Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Mestre em Ciências da Educação; Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; palves@esel.pt

³Enfermeira na Consulta de Enfermagem de Urologia/Ostomia de eliminação urinária do Centro hospitalar Barreiro-Montijo; Enfermeira Especialista em Reabilitação

Justificação: O fenómeno de interesse prende-se com o diagnóstico de uma necessidade de formação da equipa onde a primeira autora desempenha funções, que se relaciona com o impacto da doença oncológica e tratamentos na sexualidade do homem com patologia do foro urológico e a intervenção de enfermagem neste âmbito. Assim, está em desenvolvimento um projeto que visa a melhoria dos cuidados de enfermagem no serviço onde a primeira autora desempenha funções, através da sensibilização da equipa de enfermagem à temática e da formação.

A literatura aponta para a importância da intervenção de enfermagem nestas pessoas, pelo impacto da vivência da doença oncológica e pela necessidade de uma readaptação funcional e/ou psicossocial por parte do doente, que se traduz num processo de transição (Carvalho & Cristão, 2012). A intervenção de enfermagem passa pela educação e a ajuda à adesão a novas terapêuticas, novos padrões de relações sexuais, a fim de facilitar o seu retorno ao bem-estar (Carvalho & Cristão, 2012). A comunicação é um instrumento chave nesta educação (Gomes et al, 2019), sendo que existem barreiras que se prendem com o facto de a sexualidade ainda ser um tema tabu, por haver uma formação inadequada ou inexistente, por existência de constrangimentos, receio de ofender e falta de recursos para dar apoio/suporte (Julien, Thom & Kline, 2010). É então importante o enfermeiro desenvolver competências nesta área para ajudar o homem e companheira (o) a fazer uma transição saudável, pelo que se está a desenvolver o projeto intitulado “Intervenção

de enfermagem ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade”, ancorado na teoria das transições de Meleis.

Fundamentação: A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e influencia pensamentos, sentimentos, interações e, por isso, influencia a nossa saúde física e mental (OMS, 1992). A doença oncológica, do foro urológico, tem impacto na sexualidade desde o momento do diagnóstico, a nível fisiológico, psicológico, interpessoal, social e cultural (Bober & Varela, 2012).

O lidar com o diagnóstico de cancro é o início do processo de mudança, transição, crise, que exige adaptação, reorganização da estrutura familiar, dos papéis e das relações. Há, frequentemente, sentimentos de negação, tristeza, ansiedade e depressão (Barros & Figueiredo, 2014).

A identidade masculina associa-se, culturalmente, à noção de virilidade e força que, neste contexto, pode surgir fragilizada, daí a importância da educação no sentido da autoperceção e aceitação do corpo e da própria sexualidade, fundamental para o enfrentar da doença (Novak, Sabino & Coelho, 2015; Porto et al., 2016). O enfermeiro tem assim um papel crucial como educador para facilitar uma transição saudável do homem e companheira (o).

De uma forma geral, a incidência de disfunção sexual em homens e mulheres submetidos a tratamento oncológico varia de 40% a 100%, sendo que 59% e 79% de mulheres e homens, respetivamente, caracterizada por ausência ou diminuição da frequência da atividade sexual e intimidade (Vassão et al., 2018).

Nos homens, frequentemente, os tratamentos levam à perda de desejo, disfunção erétil e alterações no orgasmo. A prostatectomia radical é a cirurgia mais frequente no tratamento do cancro da próstata localizado, sendo que a disfunção sexual ocorre em cerca de 68% dos casos (Carvalho & Barbieri-Figueiredo, 2013). Estes aspetos podem ter efeitos negativos, como a sensação de perda de masculinidade, comprometendo seriamente a sua autoestima, o que tem implicações na vida conjugal, que pode provocar distanciamento entre o casal. Simultaneamente, ocorre uma redefinição de papéis em que a necessidade de cuidar, por parte do companheiro(a), sobrepõe-se ao prazer, o que pode ser destrutivo para o erotismo da relação. Na reabilitação da sexualidade masculina destaca-se o apoio psicológico para o ajuste de expectativas, recuperação do interesse pela sexualidade e reaprender nova forma de a viver (Barros & Figueiredo, 2014). O enfermeiro deve

comunicar as consequências a nível sexual que decorrem da doença e dos tratamentos e preparar o homem para as mudanças que podem afetar a sua masculinidade, no sentido de facilitar a sua adaptação às mesmas. O enfermeiro deve estar alerta para a angústia emocional e deve desenvolver uma abordagem holística, centrada na pessoa (Alexis & Worsley, 2018). É importante que inclua a companheira sempre que possível, através de uma comunicação clara e direta, estabelecendo uma aliança terapêutica num ambiente de apoio, respeito e livre de julgamentos; promover a partilha de emoções, preocupações e ansiedades; promover o diálogo entre o casal; reforçar a importância de manter o companheirismo e a intimidade através de manifestações físicas de carinho, como o toque e o beijo. Para além destes aspetos, existe terapêutica oral, injeções penianas e bombas de vácuo como opções no tratamento da disfunção erétil. Assim, a intervenção do enfermeiro passa pela educação e a ajuda à adesão a novas terapêuticas, novos padrões de relações sexuais, a fim de facilitar o seu retorno ao bem-estar (Carvalho & Cristão, 2012), requerendo uma prática de enfermagem avançada.

Objetivo do projeto: Desenvolver competências de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica, vertente enfermagem oncológica, na abordagem do homem com doença do foro uro-oncológico, no âmbito da sua sexualidade, de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados.

Estratégias e Instrumentos:

Está a ser utilizada a metodologia de projeto, tendo sido delineado um estágio em três contextos distintos, sendo que já decorreram os dois primeiros: Consulta de Urologia (Oncosexologia); Hospital de Dia e Internamento de Urologia. Durante este percurso foi realizada pesquisa bibliográfica, revisão *scoping*, observação da prática, realização de consultas, reflexão sobre a prática com os orientadores e individual seguindo o ciclo de Gibbs e construção de documentos de apoio à prática. Um dos documentos de apoio à prática elaborado é uma *checklist* sobre as intervenções de enfermagem ao doente com disfunção sexual pós-prostatectomia radical construída com base na pesquisa bibliográfica, que permitiu sistematizar a evidência existente, orientar a observação e utilizar essa evidência no contexto da prática de enfermagem, com vista a retirar contributos para futura implementação do projeto em causa.

Resultados e Discussão:

Os estágios realizados e a construção e uso da checklist permite equacionar as intervenções de enfermagem ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade, no serviço onde trabalha a primeira autora, delineando alterações na prática de enfermagem e estratégias para a promoção da melhoria de cuidados da equipa de enfermagem.

Foram desenvolvidas competências clínicas, nomeadamente o uso de estratégias de comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica com o homem e companheira(o) e para abordar a temática da sexualidade, de forma a facilitar a transição. Foi utilizada a evidência científica na prática durante a realização das consultas de enfermagem. No sentido da reflexão crítica, essencial à prática de enfermagem avançada, utilizou-se o ciclo de *Gibbs* para reflexão individual escrita e realizou-se análise e discussão de casos clínicos com o orientador, em contexto de estágio, pesquisa bibliográfica e construção de revisão *scoping*.

Conclusões:

Este percurso permitiu o desenvolvimento de competências de prática de enfermagem avançada, nomeadamente na prestação de cuidados especializados ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade, e na área de investigação. Os contributos do percurso até aqui realizado muniu a primeira autora de competências que lhe vão permitir avançar para o estágio no seu local de trabalho, com o objetivo de contribuir para a melhoria de cuidados e para desenvolver competências de liderança.

Palavras-chave: homem, doença uro-oncológica, intervenção de enfermagem, sexualidade.

Referências bibliográficas:

Alexis, O. & Worsley, A. (2018). A meta-synthesis of qualitative studies exploring men's sense of masculinity postprostate cancer treatment. *Cancer Nursing*. 41(4): 298-310.

Barros, F. & Figueiredo, F. (2014). Manual de Medicina Sexual (10ª Edição). Lisboa: HSJ.

Bober, S. & Varela, V. (2012). Sexuality in Adult Cancer Survivors: challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*. 30(30): 3712-3719.

Carvalho, J. & Barbieri-Figueiredo, M. (2013). *A cirurgia como evento crítico na transição do homem portador de carcinoma da próstata*. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.26/10227>.

Carvalho, J. & Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(7):103-112.

Gomes, C., Eduardo, A., Mosteiro-Diaz, M., Pérez-Paniagua, J. & Napoleão, A. (2019). Intervenções de enfermagem para incontinência urinária e disfunção sexual após prostatectomia radical. *Acta Paulista de Enfermagem*. 32(1). 106-112.

Julien, J., Thom, B. & Kline, N. (2010). Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum*. 37(3): 186-190,

Novak, J.; Sabino, A. & Coelho, G. (2015). Efeitos psicossociais da prostatectomia radical em pacientes com câncer de próstata. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 22(3): 15-20.

Porto, S., Carvalho, G., Fernandes, M. & Ferreira, C. (2016). Vivências de homens frente ao diagnóstico de câncer de próstata. *Ciência e Saúde*.9(2). 83-89.

Vassão, F., Barbosa, L., Moraes, G., Domenico, E. (2018). Abordagem da sexualidade no cuidado ao paciente oncológico: barreiras e estratégias. *Acta Paul Enferm*. 31(5). 564-571.

**Apêndice VIII - Poster desenvolvido para as 1^{as} jornadas pensar a
enfermagem avançada no contexto atual dos cuidados de saúde,
da ESEL**

Intervenção de Enfermagem ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade

Inês Guerreiro¹, Patrícia Alves², Manuela Barreto³

¹Enfermeira na CUF Descobertas; Mestranda do 10º Curso em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Enfermagem Oncológica

²Enfermeira; Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Mestre em Ciências da Educação; Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

³Enfermeira na Consulta de Enfermagem de Urologia/Ostomia de eliminação urinária do Centro hospitalar Barreiro-Montijo; Enfermeira Especialista em Reabilitação

Justificação

O fenómeno de interesse prende-se com o diagnóstico de uma necessidade de formação da equipa onde a primeira autora desempenha funções, que se relaciona com a intervenção de enfermagem facilitadora de uma transição saudável do homem com alterações da sexualidade decorrentes da doença uro-oncológica e tratamentos, especificamente a cirurgia. A literatura aponta para a importância da intervenção de enfermagem nestes doentes, pelo impacto da vivência da doença oncológica e pela necessidade de uma readaptação funcional e/ou psicossocial por parte do doente, que se traduz num processo de transição (Carvalho & Cristão, 2012). A intervenção de enfermagem passa pela educação e a ajuda à adesão a novas terapêuticas, novos padrões de relações sexuais, a fim de facilitar o seu retorno ao bem-estar (Carvalho & Cristão, 2012). A comunicação é um instrumento chave nesta educação (Gomes et al, 2019), sendo que existem barreiras que se prendem com o facto de a sexualidade ainda ser um tema tabu, por haver uma formação inadequada ou inexistente, por existência de constrangimentos, receio de ofender e falta de recursos para dar apoio/suporte (Julien, Thom & Kline, 2010). É então importante o enfermeiro desenvolver competências nesta área para ajudar o homem e companheira (o) a fazer uma transição saudável, pelo que se está a desenvolver o projeto intitulado “Intervenção de enfermagem ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade”.

Objetivo

Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, na abordagem do homem com doença oncológica do foro urológico, no âmbito da sua sexualidade, de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados.

Fundamentação

A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e influencia pensamentos, sentimentos e interações (OMS, 1992). A doença oncológica tem impacto na sexualidade desde o momento do diagnóstico, a nível fisiológico, psicológico, interpessoal, social e cultural (Bober & Varela, 2012). O lidar com o diagnóstico de cancro é o início do processo de mudança, transição, crise, que exige adaptação, reorganização da estrutura familiar, dos papéis e das relações. Há, frequentemente, sentimentos de negação, tristeza, ansiedade e depressão (Barros & Figueiredo, 2014). A incidência de disfunção sexual em homens submetidos a tratamento oncológico varia entre 40% a 100%, sendo que 79% dos homens têm ausência ou diminuição de frequência sexual e intimidade (Vassão et al., 2018). Nos homens, frequentemente, os tratamentos levam à perda de desejo, disfunção erétil e alterações no orgasmo (Barros & Figueiredo, 2014). A prostatectomia radical é a cirurgia mais frequente no tratamento do cancro da próstata localizado, sendo que a disfunção sexual ocorre em cerca de 68% dos casos (Carvalho & Barbieri-Figueiredo, 2013). Isto pode ter efeitos negativos, como a sensação de perda de masculinidade, comprometendo seriamente a sua auto-estima, o que tem implicações na vida conjugal, que pode provocar distanciamento entre o casal. Simultaneamente, ocorre uma redefinição de papéis em que a necessidade de cuidar sobrepõe-se ao prazer, o que pode ser destrutivo para o erotismo da relação (Alexis & Worsley, 2018). A identidade masculina associa-se, culturalmente, à noção de virilidade, força e de o homem ser “provedor da família”, que, neste contexto, pode surgir fragilizada, daí a importância da educação no sentido da autoperceção e aceitação do corpo e da própria sexualidade, fundamental para o enfrentar da doença (Novak, Sabino & Coelho, 2015; Porto et al., 2016). O enfermeiro tem assim um papel crucial como educador para facilitar uma transição saudável do homem e companheira (o).

Estratégias e Instrumentos

Está a ser utilizada a metodologia de projeto, tendo sido delineado um estágio em três contextos distintos, sendo que já decorreram dois deles: Consulta de Urologia (Oncosexualidade); Hospital de Dia e Internamento de Urologia. Durante este percurso foi realizada pesquisa bibliográfica, revisão scoping, observação da prática, realização de consultas, reflexão sobre a prática com os orientadores e individual seguindo o ciclo de Gibbs e construção de documentos de apoio à prática. Um dos documentos de apoio à prática elaborado é uma *checklist* sobre as intervenções de enfermagem ao doente com disfunção sexual pós-prostatectomia radical (tabela 1), construída com base na pesquisa bibliográfica, que permitiu sistematizar a evidência existente, orientar a nossa observação e utilizar essa evidência no contexto da prática.

Resultados/Discussão

A *checklist* permitiu estruturar a intervenção de enfermagem ao doente com disfunção sexual pós-prostatectomia radical, no âmbito da consulta de enfermagem, guiar a observação da consulta de enfermagem e a sua condução, e fazer o seu registo. Existem estratégias e modelos de abordagem que auxiliam na comunicação e exploração do tema junto do doente e/ou companheira (o). A prática de cuidados de enfermagem que observei sustenta-se na Teoria das Transições de Afaf Meleis, concretamente na função do enfermeiro como educador e de ajuda, a fim da reestruturação pessoal, facilitando a transição da pessoa e companheira (o). Foram desenvolvidas competências clínicas, nomeadamente o uso de estratégias de comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica com o homem e companheira(o) e para abordar a temática da sexualidade de forma a facilitar a transição. Foi utilizada a evidência científica na prática durante a realização das consultas de enfermagem. Foram também desenvolvidos os registos a efectuar. No sentido da reflexão crítica, essencial à prática de enfermagem avançada, utilizou-se o ciclo de *Gibbs* para reflexão individual escrita e realizou-se análise e discussão de casos clínicos com o orientador, em contexto de estágio, pesquisa bibliográfica e construção de revisão scoping.

Tabela 1:

Checklist - intervenções de enfermagem ao doente com disfunção sexual pós-prostatectomia radical.

Data	Primeira	Seguimento
Consulta		
Idade		
Antecedentes pessoais relevantes		
Diagnóstico e tratamento realizado		
Relação estável	Sim	Não
Situação profissional	Ativa	Reformado

Intervenções de Enfermagem	Sim	Não	N/A
Utilização de comunicação clara e direta			
Utilização de questões abertas			
Estabelecimento de aliança terapêutica			
Promoção de ambiente de apoio, mantendo atmosfera confortável, respeitosa e livre de julgamentos			
Promoção de partilha de preocupações e sentimentos a respeito da sexualidade e função erétil			
Envolvimento dos(as) companheiros(as)			
Ensino sobre importância de manter a intimidade do casal diante da disfunção erétil			
Ensino sobre o desenvolvimento de disfunção erétil após prostatectomia radical e esclarecimento de dúvidas			
Ensino sobre mudanças no comportamento sexual que estimulem a sexualidade e o desejo (encontros sexuais, promoção de sentimentos de paixão, amor, brincadeiras, fantasias)			
Ensino sobre formas alternativas de na atividade sexual para obtenção de prazer (com ou sem ereção, uso do toque para atingir orgasmo)			
Proporcionar materiais educativos sobre função sexual			
Compreender as circunstâncias pessoais e adequar soluções/tratamento			
Ensino sobre opções no tratamento da disfunção erétil			
Ensino sobre uso correto de medicação prescrita e efeitos colaterais			
Encaminhamento para outros profissionais de saúde			

Observações:

Legenda:
N/A: Não aplicável

Conclusão/Implicações para a prática

Os estágios realizados e a construção e uso da *checklist* permitiram equacionar as intervenções de enfermagem ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade no serviço onde trabalha a primeira autora, e delinear alterações à sua prática e estratégias para a promoção da melhoria de cuidados da equipa de enfermagem. Este percurso permitiu o desenvolvimento de competências de prática de enfermagem avançada, nomeadamente, na prestação de cuidados especializados ao doente oncológico e na área da investigação.

Os contributos do percurso até aqui realizado munuiu a primeira autora de competências que lhe vão permitir avançar para o estágio no seu local de trabalho, com o objetivo de contribuir para a melhoria de cuidados ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade.

Referências bibliográficas

- Alexis, O. & Worsley, A. (2018). A meta-synthesis of qualitative studies exploring men's sense of masculinity postprostate cancer treatment. *Cancer Nursing*, 41(4): 298-310.
- Associação para o planeamento da família. Disponível em: <https://www.apf.pt/sexualidade>. Acedido em: 15/10/2019.
- Barros, F. & Figueiredo, F. (2014). Manual de Medicina Sexual (10ª Edição). Lisboa: HSI.
- Bober, S. & Varela, V. (2012). Sexuality in Adult Cancer Survivors: challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*, 30(30): 3712-3719.
- Carvalho, J. & Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7):103-112.
- Julien, J., Thom, B. & Kline, N. (2010). Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum*, 37(3): 186-190.
- Novak, J.; Sabino, A. & Coelho, G. (2015). Efeitos psicossociais da prostatectomia radical em pacientes com cancro de próstata. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 22(3): 15-20.
- Oskay, U. et al. (2011). Evaluation of sexual function in patients with gynecologic cancer and evidence-based nursing interventions. *Sexuality and Disability*, 29(1): 33-41.
- Porto, S. et al. (2016). Vivências de homens frente ao diagnóstico de cancro de próstata. *Ciência e Saúde*, 9(2): 83-89.
- Silva, A., Faustino, A. & Oliveira, P. (2013). Sexualidade do paciente com estomia intestinal: revisão de literatura. *Revista de Enfermagem*, 7(1):879-87.
- Vassão, F. et al. (2018). Abordagem da sexualidade no cuidado ao paciente oncológico: barreiras e estratégias. *Acta Paul Enferm*, 31(5): 564-571.

Apêndice IX – Questionário à equipa de enfermagem do serviço de internamento de cirurgia e sua análise

Sexualidade em uro-oncologia - diagnóstico de situação

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, vertente oncológica, na ESEL, estou a desenvolver o projeto intitulado: "Intervenção de Enfermagem ao homem com doença uro-oncológica submetido a cirurgia, na transição para uma vivência saudável da sexualidade". O propósito é promover a melhoria dos cuidados no serviço. O presente questionário destina-se a identificar as necessidades de formação da equipa relativamente ao tema da sexualidade no homem com doença uro-oncológica submetido a cirurgia, pelo que agradeço a colaboração no seu preenchimento.

1. Considera necessário formação sobre sexualidade nos doentes oncológicos, submetidos a cirurgia?
2. Sente dificuldades na abordagem das questões da sexualidade com o homem com doença uro-oncológica submetido a cirurgia?
3. Especifique quais as dificuldades na abordagem da sexualidade:
 - Primeira abordagem
 - Défice de conhecimentos
 - Uso de estratégias de comunicação
 - Ensino à pessoa
 - Ensino à família
 - Outro

Respostas:

Gráfico 1 - Necessidade de formação sobre sexualidade.

Considera necessário formação sobre sexualidade nos doentes oncológicos, submetidos a cirurgia?

24 respostas

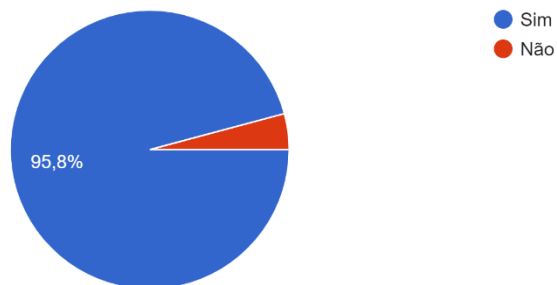
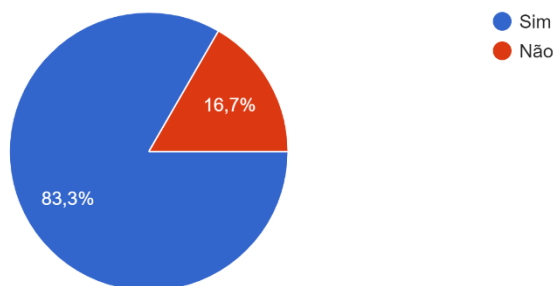


Gráfico 2 – Dificuldades na abordagem da sexualidade.

Sente dificuldades na abordagem das questões da sexualidade com o homem com doença uro-oncológica submetido a cirurgia?

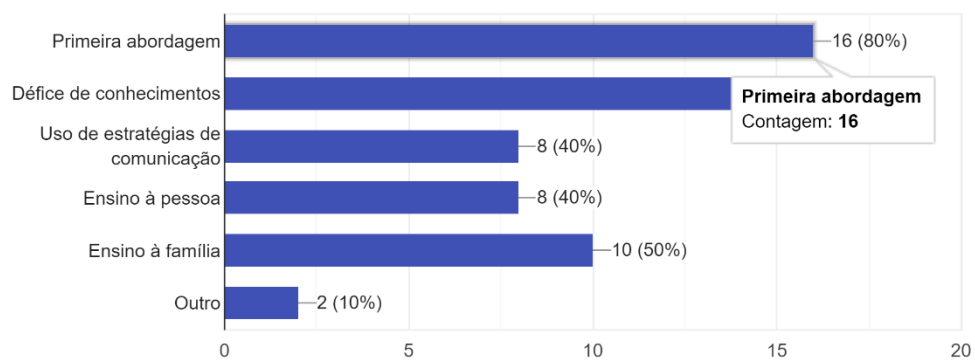
24 respostas



Especifique quais as dificuldades na abordagem da sexualidade.

Gráfico 3 – Dificuldades na abordagem da sexualidade apontadas pelos enfermeiros.

20 respostas



**Apêndice X - Documento orientador para a equipa de enfermagem
do serviço de internamento de cirurgia**

Linhas orientadoras para a abordagem da sexualidade no homem com doença urológica submetido a cirurgia, em contexto de internamento cirúrgico

1. Introdução

Reconhece-se a importância de o tema da sexualidade ser abordado durante o internamento, nomeadamente no pós-operatório, no sentido de antecipar e esclarecer questões que preocupem o cliente e/ou companheiro(a) para o período pós-alta.

A literatura aponta para a importância da intervenção de enfermagem nestes doentes, pelo impacto da vivência da doença oncológica e pela necessidade de uma readaptação funcional e/ou psicossocial por parte do doente, que se traduz num processo de transição. A intervenção de enfermagem passa pela educação e a ajuda à adesão a novas terapêuticas, novos padrões de relações sexuais, a fim de facilitar o seu retorno ao bem-estar. A comunicação é um instrumento chave nesta educação.

A incidência de disfunção sexual em homens submetidos a tratamento oncológico varia entre 40% a 100%, sendo que 79% dos homens têm ausência ou diminuição de frequência sexual e intimidade (Fleury, Pantaroto, & Abdo, 2011). Nos homens, frequentemente, os tratamentos levam à perda de desejo, disfunção erétil e alterações no orgasmo. A prostatectomia radical é a cirurgia mais frequente no tratamento do cancro da próstata localizado, sendo que a disfunção sexual ocorre em cerca de 68% dos casos (Carvalho & Barbieri-Figueiredo, 2013). Isto pode ter efeitos negativos, como a sensação de perda de masculinidade, comprometendo seriamente a sua auto-estima, o que tem implicações na vida conjugal, que pode provocar distanciamento entre o casal. Simultaneamente, ocorre uma redefinição de papéis em que a necessidade de cuidar sobrepõe-se ao prazer, o que pode ser destrutivo para o erotismo da relação. A identidade masculina associa-se, culturalmente, à noção de virilidade, força e de o homem ser “provedor da família”, que, neste contexto, pode surgir fragilizada, daí a importância da educação no sentido da auto-perceção e aceitação do corpo e da própria sexualidade, fundamental para o enfrentar da doença. O enfermeiro tem assim um papel crucial como educador para facilitar uma transição saudável do homem e companheira (o).

2. Objetivo

O presente documento pretende ser orientador para a equipa de enfermagem, em contexto de internamento, no pós-operatório do doente submetido a cirurgia uro-oncológica, no que diz respeito à abordagem da vivência da sua sexualidade.

3. Referências e Definições

Os doentes submetidos a braquiterapia podem experienciar, temporariamente, hematospermia, alterações do orgasmo e, entre 6 a 51%, disfunção erétil (Farinha, R., Silva, T. & Pinheiro, L., 2008).

No caso dos doentes submetidos a prostatectomia radical (via laparoscópica, clássica ou robótica), anaejaculação, alterações do orgasmo e, cerca de 40 a 70%, experienciam disfunção erétil. De entre os doentes submetidos a cistectomia radical, cerca de 80% têm diminuição da atividade sexual, 44% têm deterioração da relação conjugal, podem ainda ter diminuição ou ausência de desejo sexual, disfunção erétil, anaejaculação e alterações ou ausência de orgasmo. Doentes submetidos a cirurgia por hipertrofia benigna da próstata, cerca de 10% podem ter disfunção erétil, sendo que 65% têm ejaculação retrógrada - orgasmo "seco" (Nunes, P., Rolo, F. & Mota, A., 2004).

4. Orientações para intervenção de enfermagem

Incluir, sempre que possível, o(a) companheiro(a) no diálogo;

Promover um ambiente de compreensão, apoio, respeito e livre de julgamentos ou preconceitos;

Utilizar uma comunicação clara e directa;

Utilizar questões abertas;

Promover partilha de emoções e preocupações a respeito da sexualidade e da função erétil;

Esclarecer efeitos da doença e do tratamento cirúrgico;

Apoio para ajuste de expectativas;

Desmistificar que não é o fim da vida sexual e o retorno à mesma pode acontecer um mês após a cirurgia, tendo em consideração tipo de cirurgia e circunstâncias pessoais;

Promover o diálogo entre o casal;

Reforçar a importância do companheirismo e de manter a proximidade física, a intimidade, através do toque e do beijo;

Reforçar a importância de realizarem atividades juntos ou manterem interesses em comum;

Ensino sobre mudanças no comportamento sexual que estimulem a sexualidade e o desejo (encontros sexuais, promoção de sentimentos de paixão, amor, brincadeiras, fantasias);

Ensino sobre formas alternativas à atividade sexual para obtenção de prazer (com ou sem ereção);

Informar que existe terapêutica disponível para ajudar a disfunção erétil, quando e numa altura em que o doente/casal se sentir preparado.

5. Referências bibliográficas

Alexis, O. & Worsley, A. (2018). A meta-synthesis of qualitative studies exploring men's sense of masculinity postprostate cancer treatment. *Cancer Nursing*. 41(4): 298-310.

Associação para o planeamento da família. Disponível em: <https://www.apf.pt/sexualidade>. Acedido em: 15/10/2019.

Barros, F. & Figueiredo, F. (2014). Manual de Medicina Sexual (10ª Edição). Lisboa: HSJ.

Bober, S. & Varela, V. (2012). Sexuality in Adult Cancer Survivors: challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*. 30(30): 3712-3719.

Carvalho, J. & Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a

consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(7):103-112.

Fleury, H., Pantaroto, H. & Abdo, C. (2011). Sexualidade em oncologia. *Diagn Tratamento*. 16(2): 86-90.

Novak, J.; Sabino, A. & Coelho, G. (2015). Efeitos psicossociais da prostatectomia radical em pacientes com câncer de próstata. 22(3): 15-20.

Nunes, P., Rolo, F. & Mota, A. (2004). Prostatectomia radical e actividade sexual. *Acta Urológica*. 21(1): 15-31.

Porto, S., Carvalho, G., Fernandes, M. & Ferreira, C. (2016). Vivências de homens frente ao diagnóstico de câncer de próstata. *Ciência e Saúde*.9(2). 83-89.

Vassão, F., Barbosa, L., Moraes, G., Domenico, E. (2018). Abordagem da sexualidade no cuidado ao paciente oncológico: barreiras e estratégias. *Acta Paul Enferm*. 31(5). 564-571.

Apêndice XI – Revisão *scoping* – Intervenção de enfermagem ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade

Background

Segundo a OMS, o cancro é a segunda principal causa de morte em todo o mundo e é responsável por cerca de 9,6 milhões de mortes em 2018. Em Portugal, através do Plano Nacional para as Doenças Oncológicas – desafios e estratégias de 2019, compreende-se que a situação é semelhante. De acordo com a DGS (2019), no sexo masculino, o cancro da próstata é o que tem maior incidência, o cancro da bexiga e do rim surgem mais atrás.

A doença uro-oncológica e seus tratamentos têm impacto na vivência da sexualidade por parte do homem e/ou companheiro(a). De acordo com a OMS (2002), a sexualidade engloba, mais do que o sexo, a identidade, o género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. A doença oncológica, do foro urológico, tem impacto na sexualidade desde o momento do diagnóstico, a nível fisiológico, psicológico, interpessoal, social e cultural (Bober & Varela, 2012). A incidência de disfunção sexual em homens submetidos a tratamento oncológico varia entre 40% a 100%, sendo que 79% dos homens têm ausência ou diminuição de frequência sexual e intimidade (Fleury, Pantaroto & Abdo, 2011).

O enfermeiro depara-se assim com um ser humano que necessita de ser avaliado em todos os sentidos, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais já que a sexualidade está intrinsecamente relacionada com todos estes e, portanto, à vida de qualquer pessoa (Figueiroa et. al, 2017).

O enfermeiro é responsável por planejar, executar, supervisionar e avaliar os cuidados em todas as fases do tratamento e deve oferecer cuidados específicos à pessoa e/ou família, devendo assisti-los nos vários aspetos da sua vida e efeitos secundários que decorrem dos tratamentos. É no momento do cuidado, a partir da interação enfermeiro-pessoa e/ou casal, que a sexualidade ganha espaço para emergir (Figueiroa et al, 2017). A intervenção de enfermagem nesta área é importante, conforme já descrito, pelo impacto da vivência da doença oncológica, e, por conseguinte, pela necessidade de uma readaptação funcional e/ou psicossocial por parte do doente, que se traduz num processo de transição (Carvalho & Cristão, 2012). Nesse sentido, a intervenção passa pela educação e a ajuda à adesão a novas terapêuticas, novos padrões de relações sexuais, a fim de facilitar o seu retorno ao bem-estar (Carvalho & Cristão, 2012). A comunicação é um instrumento chave nesta educação (Gomes et al, 2019), sendo que existem barreiras que se prendem com o

facto de a sexualidade ainda ser um tema tabu, por haver uma formação inadequada ou inexistente, por existência de constrangimentos, receio de ofender e falta de recursos para dar suporte (Julien, Thom & Kline, 2010).

A metodologia utilizada para elaborar esta *scoping* foi a definida pelo Instituto Joanna Briggs (2015).

Objetivo:

- Mapear o conhecimento sobre a intervenção de enfermagem no âmbito da sexualidade ao homem com doença uro-oncológica.

Questão de revisão:

- Qual a intervenção de enfermagem ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade?

Questão de pesquisa realizada segundo a mnemónica PCC:

- **Tipo de participantes:** Homem com doença uro-oncológica
- **Conceito:** Intervenção de enfermagem, no âmbito da sexualidade.
- **Contexto:** Foram considerados todos os contextos da prática.

Quadro 1 – Critérios de Inclusão.

Critérios para seleção	Critérios de Inclusão
Tipos de texto	Todos os tipos de texto desde que estejam disponíveis na íntegra.
Datas	Desde 2010 a 2020.
Idiomas	Português e Inglês.
Participantes	Homens com doença uro-oncológica, com idade igual ou superior a 19 anos de idade; Companheira/o do homem com doença uro-oncológica; Enfermeiros.
Conceito	Intervenções de enfermagem no âmbito da sexualidade.
Contexto	Qualquer contexto.

Estratégias de Pesquisa

A pesquisa efetuada procurou responder à questão de revisão formulada. Foram utilizadas as bases de dados eletrônicas MEDLINE e CINAHL, da plataforma EBSCO. Para além destas, foi igualmente utilizado o *Google Académico* sobre a temática em estudo.

No que diz respeito às bases de dados eletrônicas, numa fase inicial foram introduzidas as palavras, construídas a partir da linguagem natural. Estas palavras foram introduzidas em duas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Em seguida foi realizada uma análise dos títulos, dos resumos e dos termos indexados usados para descrever os artigos encontrados. Numa segunda fase, procedeu-se à utilização das palavras-chave identificadas anteriormente e os termos indexados, nas bases de dados indicadas. Na terceira fase de pesquisa, as listas de referência de todos os relatórios e artigos foram utilizadas de forma a realizar pesquisa adicional. Foram incluídos estudos escritos em Português e em Inglês e em *Full Text*. Após isto, foram encontrados os termos de indexação correspondentes às palavras-chaves em linguagem natural, operacionalizando-se os descritores em expressões booleanas AND e OR, construindo expressões de pesquisa. Todos os termos indexados foram antecidos por "MM" (Major Concept) e os descritores operacionalizados através das expressões booleanas AND (e) e OR (ou), formando códigos de pesquisa, que se encontram aqui esquematizados.

Quadro 2 – Descritores.

	Descritores MEDLINE	Descritores CINAHL
P	Patients Urogenital neoplasms	Cancer patients Urologic neoplasms
C	Oncology nursing	Oncologic nursing Urologic nursing
C	Sexuality	Sexuality

A expressão de pesquisa para a Medline foi "Patients OR Urogenital neoplasms" AND "Oncology nursing" AND "Sexuality" e a expressão de pesquisa da

CiHNAL foi “Cancer patients” OR “Urologic neoplasms” AND “Oncologic nursing OR Urologic nursing” AND “Sexuality”.

Enquanto estratégia de pesquisa é de acrescentar que a pesquisa no Google Académico contribuiu para dar resposta à questão de revisão. As referências bibliográficas correspondentes a esta pesquisa enquadram-se nos critérios de inclusão e de exclusão definidos.

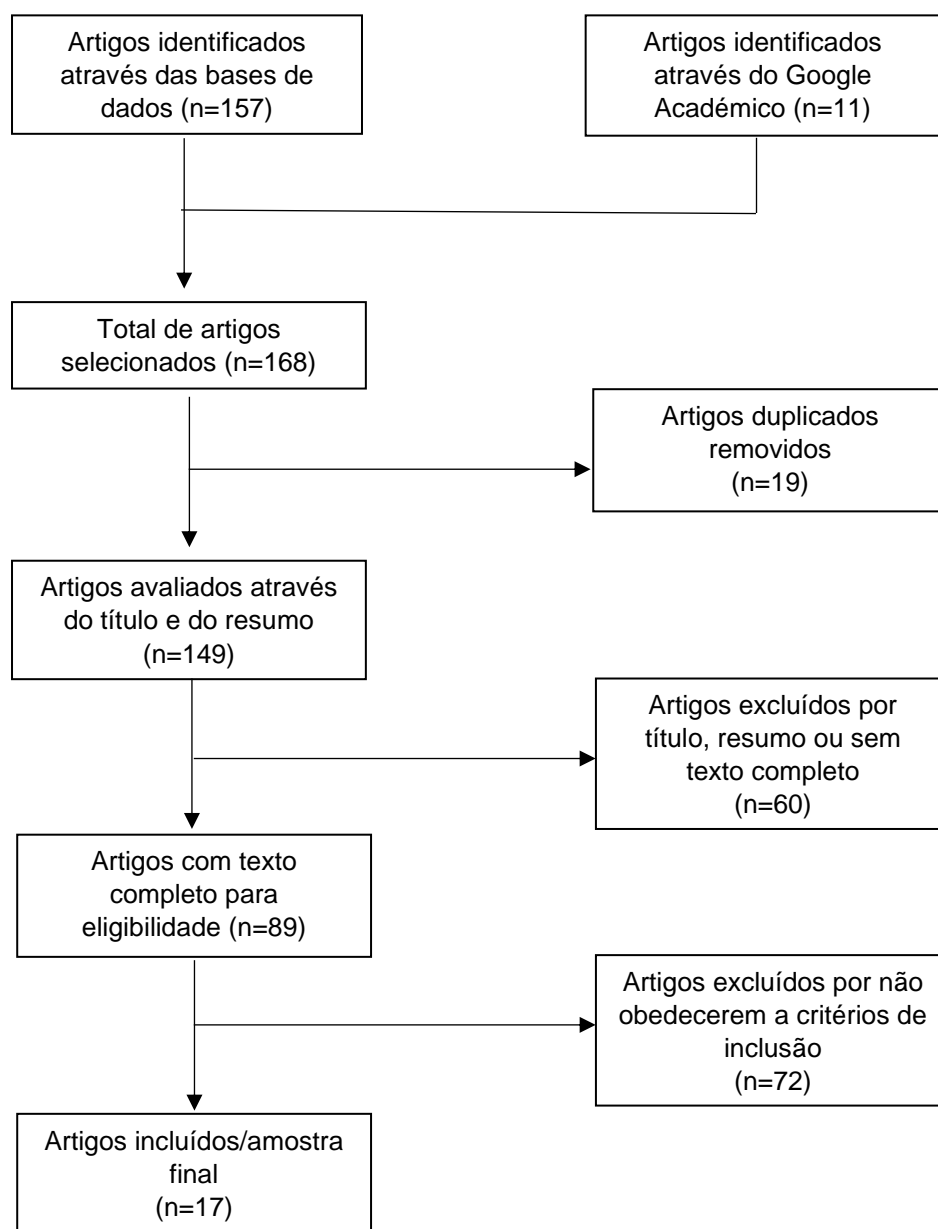
Resultados

Da pesquisa efetuada nas bases de dados foram obtidos 157 artigos no total, sendo que, após a aplicação dos filtros (*male gender* – apenas aplicável na Medline - , *all adults* e data de publicação – a partir de 2010) obtiveram-se 25 artigos. Desses 25, retirei 19 repetidos e selecionei 6 artigos relevantes.

Da pesquisa no Google Académico obtiveram-se 11 artigos.

O diagrama seguinte ilustra o processo de tomada de decisão ao longo dos momentos de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão de artigos, até constituição da amostra final.

Figura 1. Diagrama ilustrativo das diferentes fases do processo de seleção dos artigos.



Fonte: Adaptado de PRISMA statement (Moher et al, 2009 citado por Peters, Godfrey, Mclnerney, Soares, Khalil, Parker, 2017)

Extração de dados

Nas tabelas imediatamente em baixo encontra-se a extração de dados dos documentos encontrados através da pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCOhost Integrated Search. A seguir a esta, encontram-se outras tabelas com a apresentação dos resultados que emergiram da pesquisa na “literatura cinzenta” – Google Académico.

Quadro 3 - Extração de dados referente aos resultados da pesquisa na base de dados CINAHL.

Título, Autor e Ano	Objetivo	Tipo de metodologia	Participantes	Resultados	Implicações para a enfermagem
Sexual health: Exploring patient needs and healthcare Provider Comfort and knowledge, Leonardi-Warren, K., Neff, I., Mancuso, M., Wenger, B., Galbraith, M. & Fink, R. (2016).	Compreender se os profissionais de saúde em oncologia têm conhecimento adequado e estão confortáveis em explorar as questões do foro sexual dos doentes, como atitudes, crenças.	Questionário a profissionais de saúde e realização de 3 focus grupo com clientes. - Metodologia qualitativa; estudo descritivo e análise estatística.	95 Profissionais de saúde e 11 clientes	A maioria reconhece a importância de discutir as preocupações dos doentes do foro sexual; têm falta de formação e sentem-se desconfortáveis perante essas discussões.	Os enfermeiros precisam de formação para abordar questões do foro sexual com os doentes.
Effects of a sexual health care nursing record on the attitudes and practice of oncology nurses. Jung, D. & Kim, J. (2016).	Perceber os efeitos dos registos das intervenções ao nível da sexualidade nas atitudes e prática dos enfermeiros em oncologia	Metodologia quantitativa; Estudo randomizado controlado; análise de conteúdo.	24 Enfermeiros em oncologia	Utilizando um registo das intervenções ao nível da saúde sexual contribuiu para elevar os níveis de intervenções/prática ao nível da saúde sexual.	Importância da execução de registos.
Barriers and Facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. Moore, A., Higgins, A. & Sharek, D. (2013).	Perceber qual a perceção dos enfermeiros em oncologia dos seus conhecimentos e conforto relativamente à discussão de preocupações a nível sexual dos homens diagnosticados com cancro do testículo, identificando barreiras e fatores facilitadores dessas discussões.	Estudo randomizado; metodologia quantitativa; análise estatística – Inquérito de auto-preenchimento.	89 Enfermeiros em oncologia	Os enfermeiros devem ter uma atitude mais proativa no que concerne à sexualidade. Programas educativos precisam de incluir informação específica relativamente à sexualidade associada ao cancro do testículo. Os enfermeiros devem considerar a sexualidade como um aspeto essencial na sua função.	São necessários programas educativos destinados aos enfermeiros relativamente ao tema da sexualidade.

Quadro 4 - Extração de dados referente aos resultados da pesquisa na base de dados MEDLINE.

Título, autor e ano	Objetivo	Tipo de metodologia	Participantes	Intervenções/resultados	Implicações para a enfermagem
Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. Hautamaki-Lamminen, K., Liudmila, L., Beaver, K., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2013)	Identificar quais os clientes oncológicos que têm maior necessidade de informações relativas a sexualidade.	Metodologia quantitativa; análise estatística; estudo randomizado-Questionário.	505 clientes	Clientes com experiências de relações enfraquecidas devido ao cancro precisam de mais informação sobre sexualidade. Devem ser questionados sobre se o cancro ou o tratamento provocaram problemas na sua sexualidade ou na sua relação afetiva. Os que têm problemas devem ter a oportunidade para discuti-los. A equipa deve ter um papel de guiar o cliente.	Enfermeiro com papel fundamental no questionamento aos clientes oncológicos sobre problemas relacionados com a sexualidade.
The supportive care needs of men with advanced prostate cancer. Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., Neville, A. (2011)	Compreender melhor a prioridade de dar suporte às necessidades do homem com cancro da próstata avançado	Metodologia qualitativa; estudo descritivo; análise de conteúdo - Focus grupo e entrevista.	12 homens com cancro da próstata sensível à terapêutica hormonal e 17 com cancro da próstata refratário à terapêutica hormonal	Os homens referiram função urinária, fadiga e preocupações a nível sexual como principais questões funcionais. Experimentam distress emocional relativamente ao diagnóstico e tratamento. É importante fornecer informações específicas às suas necessidades e preocupações.	A sexualidade é uma das preocupações dos homens com cancro da próstata submetidos a terapêutica hormonal.
Patient's sexuality – a neglected area of cancer nursing? Olsson, C., Berlung, A. & Athlin, E. (2012).	Descrever as conceções dos enfermeiros dos diálogos com os clientes sobre sexualidade	Metodologia qualitativa; estudo descritivo; análise de conteúdo - Entrevista	Enfermeiras entre os 24 e os 54 anos de idade, com de 2 a 32 anos de experiência, de 5 departamentos de um hospital na Suécia.	Enfermeiras referem falar sobre o relacionamento, focando-se no carinho, proximidade e nas emoções dos clientes. Falam sobre como as consequências físicas e psicológicas da doença e do tratamento podem afetar negativamente a relação sexual. Organização do cuidado centrado no cliente como forma de aumentar as oportunidades de falar com os clientes sobre sexualidade. Apontam a importância de ter formação em competências na comunicação e sobre o tema da sexualidade. Os clientes reportam informação adequada e apoio importantes na sua adaptação às mudanças na sexualidade. Procuram conselhos práticos, informação e suporte emocional sobre como viver as mudanças na sua vida sexual e íntima após o diagnóstico de cancro.	Reconhece-se a importância da abordagem da sexualidade nos clientes oncológicos.

Quadro 5 - Extração de dados referente aos resultados da pesquisa da “literatura cinzenta”.

Título, autor e ano	Objetivo	Tipo de metodologia	Participantes	Intervenções/resultados	Implicações para a enfermagem
Manual de medicina sexual. Barros, F & Figueiredo, R. (2014).	Compilação de artigos sobre andrologia.	Revisão integrativa da literatura.	72 médicos, 20 enfermeiros, 8 psicólogos, 1 advogado.	Os profissionais de saúde necessitam de incluir a abordagem da sexualidade. É fundamental na abordagem da sexualidade pós doença oncológica reconhecer a importância da intimidade no processo de reabilitação; apresentar atitudes isentas de juízos de valor e preconceitos; considerar a comunicação conjugal como essencial na redefinição da intimidade do casal. Um modelo de abordagem terapêutica é conhecido sob a sigla PLISSIT (Jack Annon 1976) e está estruturada em três níveis de intervenção, sempre que para tal haja permissão do doente. Importância do reforço da comunicação conjugal e estratégias de valorização de autoestima. Destaca-se o apoio psicológico para o ajuste de expectativas, a recuperação do interesse pela sexualidade e o reaprender de uma nova forma de viver a sexualidade onde a imaginação e a criatividade do casal são uma peça fundamental. Na consulta de enfermagem é fortalecida a relação empática com a equipa; são validados, demonstrados e reforçados ensinamentos e estratégias, e realizada uma avaliação da satisfação do doente comparativamente com os objetivos e expectativas iniciais. Existe sempre a necessidade de estratégias paralelas de redefinição da vivência da sexualidade.	Enfermeiro como elemento importante da equipa multidisciplinar da consulta de oncosexualidade.
Sexuality in Adult Cancer Survivors: Challenges and Intervention Bober, S. & Varela, V. (2012)	Revisão concisa dos problemas sexuais mais comuns dos sobreviventes e evidenciar práticas de avaliação e intervenção baseadas na evidência.	Revisão integrativa da literatura.		Estratégias de avaliação de disfunções sexuais relacionadas com cancro: Uso de Índice Internacional de Função Erétil 5; questionar os clientes sobre preocupações sexuais no geral; discussão/interação direta com sobreviventes. A abordagem da disfunção sexual deve ser integrativa, congruente com o contexto relacional, experiência de autoeficácia e contexto cultural. Os sobreviventes precisam de ouvir que os problemas sexuais são comuns e questionados sobre dúvidas ou preocupações a esse respeito. Os profissionais têm falta de formação sobre o tema; devem saber de recursos no hospital e na comunidade para recomendar. É preciso reconhecer a sexualidade como um aspeto da vida juntamente com outros como a dor, sono ou a fadiga.	Necessidade de formação na abordagem do tema.
A cirurgia como evento crítico na transição do	Conhecer o processo de transição do homem portador de carcinoma da próstata	Metodologia qualitativa; estudo descritivo e exploratório; análise de	18 homens	É fundamental para a prática da Enfermagem compreender como o homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical experiencia esta transição, quais os recursos utilizados e as suas necessidades. Importância da criação de um programa de intervenção nestes homens que poderia ser efetuado através de uma Consulta de Enfermagem.	Enfermeiro com função de educador e de ajuda.

homem portador de carcinoma da próstata. Carvalho, J. & Barbieri-Figueiredo, M. (2013)	submetido a prostatectomia radical, com o objetivo de descrever o processo de transição; compreender as necessidades; descrever os recursos mobilizados e conhecer a perspectiva sobre o papel do enfermeiro do homem portador de carcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical.	conteúdo – entrevista.			
--	---	------------------------	--	--	--

Quadro 6 – Continuação da extração de dados referente aos resultados da pesquisa da “literatura cinzenta”.

Título, autor e ano	Objetivo	Tipo de metodologia	Participantes	Intervenções/resultados	Implicações para a enfermagem
O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. Carvalho, J. & Cristão, A. (2012).	Contribuir para amplificar o conhecimento desta transição, ainda pouco divulgado na literatura.	Metodologia qualitativa, estudo descritivo e exploratório; análise de conteúdo - entrevista semi-estruturada	18 homens	Enfermeiro com função de educador: a informação deve ser concedida de acordo com as carências da pessoa, devendo ser realistas, considerando as capacidades das pessoas, de modo a acautelar problemas potenciais e facilitando um ambiente favorável. O enfermeiro deve considerar o tipo de informação a que as pessoas querem aceder, quais os fatores que possuem maior importância na sua tomada de decisão e como estas interpretam uma qualidade de vida aceitável. Deve compreender a diversidade e individualidade das expressões da incontinência urinária e disfunção erétil e a importância relativa das suas dimensões. Importância da consulta de enfermagem pré-operatória; o enfermeiro cumpre um papel essencial na adaptação às limitações provocadas pela doença e	Enfermeiro com função de educador e com função de ajuda.

				<p>tratamento; as consultas possuem o intuito de auxílio à pessoa em transição.</p> <p>Enfermeiro com função de ajuda: relação de ajuda, onde se estabelece uma comunicação autêntica capaz de auxiliar o indivíduo a encontrar outras possibilidades de perceber, aceitar e encarar a sua nova condição.</p>	
<p>Intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical: revisão integrativa. Eduardo, A., Napoleão, A. & Carvalho, E. (2016)</p>	<p>Identificar intervenções de enfermagem para pacientes submetidos a prostatectomia radical.</p>	<p>Revisão integrativa da literatura.</p>		<p>Apoio ao cliente (promover discussão dos problemas; estimular a partilha de preocupações, reforçar importância das preocupações); tratamento da disfunção erétil (ensinos); preparação do ambiente para a abordagem; respeito pela individualidade do cliente; cuidados específicos com o casal; encaminhamento para outros profissionais de saúde; ensino sobre DE; competências interpessoais do profissional; ensino sobre exercícios para os músculos do soalho pélvico.</p>	<p>Importância de ter conhecimento teórico, autoconfiança, competências de comunicação e respeito para lidar com as questões dos clientes e casais.</p>
<p>Intervenções de enfermagem para incontinência urinária e disfunção sexual após prostatectomia radical. Gomes, C., Eduardo, A., Mosteiro-Diaz, M., Pérez-Paniagua, J. & Napoleão, A. (2019).</p>	<p>Investigar intervenções de enfermagem para promover continência urinária e adaptação à disfunção sexual após prostatectomia radical</p>	<p>Revisão integrativa da literatura.</p>		<p>Comunicação entre cliente e enfermeiro considerada instrumento chave para promover educação em saúde. Focar não apenas a função erétil dos pacientes, mas a sexualidade de forma ampla. Importância da inclusão do parceiro sexual no planejamento de intervenções ao prostatectomizado.</p>	<p>Comunicação como elemento chave na educação para a saúde.</p>

Quadro 7 – Continuação da extração de dados referente aos resultados da pesquisa da “literatura cinzenta”.

Título, autor e ano	Objetivo	Tipo de metodologia	Participantes	Intervenções/resultados	Implicações para a enfermagem
Sex talk and cancer: Who is asking? Macleod, D. & Hamilton, J. (2013).	Indicar possíveis abordagens de enfermeiros para melhorar o cuidado a nível sexual	Revisão integrativa da literatura.		Clientes querem que os profissionais iniciem as conversas sobre saúde sexual; desejam comunicação aberta, honesta e reflexiva; querem ser questionados em como as mudanças decorrentes do tratamento afetaram a sua função sexual e relacionamento; querem que os enfermeiros normalizem as mudanças e as preocupações. 2 modelos que ajudam os enfermeiros: PLISSIT (Annon, 1976) e BATHE (Stuart & Lieberman, 2008).	Enfermeiros devem iniciar a comunicação sobre sexualidade.
Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para enfermagem. Mota, M., Gomes, G., Petuco, V., Heck, R., Barros, E. & Gomes, V. (2015)	Compreender quais os fatores facilitadores do processo de transição desde a dependência para o autocuidado em pessoas com estoma.	Metodologia qualitativa, estudo descritivo, análise de conteúdo – entrevistas semi-estruturadas.	27 clientes, dos quais 16 homens	Facilitadores do autocuidado relacionados com a pessoa, o significado positivo da estomia; a preparação no pré-operatório; a estabilidade emocional; a fé; a religiosidade; e a sensação de normalidade. Facilitadores relacionados com a comunidade: receber apoios do Governo; apoio da família e da equipa multiprofissional, em especial do enfermeiro; e contato com outras pessoas com estomas. Enfermeiro como agente transformador e educador de pessoas, utilizando tecnologias educativas que facilitem a transição para o autocuidado.	Enfermeiro como elemento facilitador da transição para o autocuidado.
A inserção da sexualidade na prática de enfermagem: revisão integrativa. Santos, S., Bezerra, L. & Freitas, F. (2017).	Analisar a abordagem da sexualidade na prática de enfermagem.	Revisão Integrativa de Literatura.		A preparação é importante, requerendo o investimento na educação e treino por parte dos enfermeiros. Enfatiza-se que essa formação deve investir em conhecimentos sobre sexualidade, para além dos aspetos biológicos, realçando a habilidade de comunicação dos enfermeiros. Refere-se o ensino com apoio de materiais educacionais e folhetos educativos. A sexualidade como temática legítima que deve ser inserida nos cuidados de enfermagem na perspetiva holística e integral.	Importância da formação dos enfermeiros para abordagem da sexualidade.

Quadro 8 – Continuação da extração de dados referente aos resultados da pesquisa da “literatura cinzenta”.

Título, autor e ano	Objetivo	Tipo de metodologia	Participantes	Intervenções/resultados	Implicações para a enfermagem
Abordagem da sexualidade no cuidado ao paciente oncológico: barreiras e estratégias. Vassão, F. et al. (2018).	Identificar os fatores intervenientes e as estratégias para a abordagem da sexualidade no cuidado ao cliente oncológico.	Revisão integrativa da literatura.		A comunicação paciente-profissional é fundamental para a identificação e tratamento de problemas sexuais. Identificaram-se dois tipos de estratégias: as educativo-assistenciais direcionadas ao cliente e/ou companheiro(a): grupos presenciais, intervenção telefônica, entrega de material escrito. E as estratégias destinadas ao aperfeiçoamento profissional, relativas às competências dos profissionais de saúde: workshops, palestras, discussões em grupo, roleplay, material escrito. Os profissionais da saúde precisam de incluir o tema sexualidade na avaliação clínica. As estratégias descritas são: usar padrões de prática para assegurar o atendimento das necessidades de avaliação de seus clientes; compreender a sexualidade e a sua avaliação na qualidade de vida; realizar perguntas amplas; encorajar o cliente a fazer perguntas e a explorar as suas preocupações sexuais; e ser um ouvinte objetivo, evitando fazer suposições sobre o valor da sexualidade e intimidade, independente do diagnóstico e tratamento do cancro.	Estratégias de comunicação na abordagem da sexualidade.
Reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados Vianna, M. & Napoleão, A. (2009).	Apresentar uma reflexão sobre a importância da implementação de cuidados específicos de enfermagem no preparo de pacientes prostatectomizados para a alta.	Reflexão.		Discutir alternativas possíveis indicadas para a melhoria da função sexual; explicar efeitos da cirurgia sobre a função sexual; encorajar clientes e companheiras(os) a expressarem dúvidas e preocupações; estimular a comunicação com a(o) companheira(o) a respeito de possíveis limitações e alternativas para manter a função sexual; fornecer informações sobre grupos de apoio existentes.	Importância da abordagem da sexualidade na preparação da alta do cliente submetido a prostatectomia.

Discussão de resultados

Da análise dos dados emergiram as seguintes categorias enquanto aspetos fundamentais relativos ao conhecimento atual sobre a intervenção de enfermagem ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade:

a) Educar o cliente

De acordo com Carvalho, J. & Barbieri-Figueiredo, M. (2013), mediante um estudo qualitativo, nomeadamente, por 18 entrevistas realizadas a homens portadores de carcinoma da próstata submetidos a prostatectomia radical, concluem a importância da criação de programas de intervenção a este grupo.

Existem 3 artigos, do total apresentados, que remetem para o papel do enfermeiro com função de educador e de ajuda. Enfermeiro com função de ajuda na medida em que estabelece uma relação de ajuda, na qual existe uma comunicação autêntica capaz de auxiliar o indivíduo a encontrar outras possibilidades de perceber, aceitar e encarar a sua nova condição (Carvalho, J. & Cristão, A., 2012).

No seu estudo, no sentido de compreender quais os fatores facilitadores do processo de transição desde a dependência para o autocuidado em pessoas com estoma, os autores apontam também o enfermeiro como agente transformador e educador, utilizando tecnologias educativas que facilitem a transição para o autocuidado (Mota et al, 2015). Igualmente, Carvalho, J. & Barbieri-Figueiredo, M. (2013) referem-se ao enfermeiro com função de educador e de ajuda.

O enfermeiro tem um papel fundamental no questionamento aos doentes oncológicos sobre problemas relacionados com a sexualidade (Hautamaki-Lamminen, K. et al., 2013).

Barros, F & Figueiredo, R. (2014), ao remeterem-se ao contexto de consulta de enfermagem, referem que são validados, demonstrados e reforçados ensinamentos e estratégias, mediante uma relação empática, e realizada uma avaliação da satisfação do doente comparativamente com os objetivos e expectativas iniciais. Referem-se ao enfermeiro como elemento importante da equipa multidisciplinar da consulta de oncosexualidade.

b) Comunicação eficaz

Os participantes do estudo de Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., Neville, A. (2011) referiram função urinária, fadiga e preocupações a nível sexual como principais questões funcionais e experienciam distress emocional relativamente ao diagnóstico e tratamento. Assim, realçam a importância de fornecer informações específicas às necessidades e preocupações.

Bober, S. & Varela, V. (2012), na sua revisão integrativa, referem que a abordagem da disfunção sexual deve ser integrativa, congruente com o contexto relacional, experiência de autoeficácia e contexto cultural. Os sobreviventes precisam de ouvir que os problemas sexuais são comuns e questionados sobre dúvidas ou preocupações a esse respeito. É preciso reconhecer a sexualidade como um aspeto da vida juntamente com outros como a dor, sono ou a fadiga.

Barros, F. & Figueiredo, R. (2014) adiantam estratégias para serem utilizadas pelos enfermeiros, como uma atitude isenta de juízos de valor e preconceito, o apoio psicológico com ajuste de expectativas, a relação empática, a ajuda na aprendizagem, por parte do cliente, de uma nova forma de viver a sexualidade, o reforço da comunicação conjugal e estratégias de valorização de autoestima. Na abordagem da sexualidade pós doença oncológica, consideram fundamental reconhecer a importância da intimidade do casal no processo de reabilitação e atentar à comunicação conjugal como essencial na redefinição dessa intimidade.

Carvalho, J. & Cristão, A. (2012) também sublinham a relação de ajuda, também a comunicação autêntica e a ajuda na aceitação e no encarar de uma nova condição.

Eduardo, A., Napoleão, A. & Carvalho, E. (2016) referem-se, na sua revisão integrativa, ao apoio ao cliente (promover discussão dos problemas; estimular a partilha de preocupações, reforçar a importância das preocupações); os ensinamentos sobre a DE e no tratamento da mesma; a preparação do ambiente para a abordagem; o respeito pela individualidade do cliente; os cuidados específicos com o casal; o encaminhamento para outros profissionais de saúde; as competências interpessoais do profissional; e o ensino sobre fortalecimento da musculatura pélvica.

A inclusão do(a) companheiro(a) é importante no planeamento das intervenções e a comunicação como elemento-chave entre enfermeiro e cliente (Gomes, C. et al, 2019).

Macleod, D. & Hamilton, J. (2013), no seu estudo, referem que os clientes desejam que os profissionais iniciem as conversas sobre saúde sexual; desejam comunicação aberta, honesta e reflexiva; querem ser questionados relativamente às mudanças decorrentes do tratamento e como estas afetaram a sua função sexual e relacionamento; e querem que os enfermeiros normalizem essas mudanças e as suas preocupações.

Vassão, F., Barbosa, L., Moraes, G., Domenico, E. (2018) apontam as estratégias educativo-assistenciais, direcionadas ao cliente e/ou companheiro(a) – como grupos presenciais, intervenção telefónica, entrega de material escrito - sendo a comunicação entre cliente e profissional fundamental para a identificação e tratamento de problemas sexuais. Mais concretamente, as estratégias descritas são: o uso de padrões de prática para assegurar o atendimento das necessidades de avaliação de seus clientes; a compreensão da sexualidade e a sua avaliação na qualidade de vida; a utilização de perguntas amplas; o encorajamento do cliente a fazer perguntas e a exploração das suas preocupações sexuais; e ser um ouvinte objetivo, evitando fazer suposições sobre o valor da sexualidade e intimidade, independente do diagnóstico e tratamento do cancro.

Vianna, M. & Napoleão, A. (2009), na sua reflexão, referem a importância de abordar a sexualidade na preparação da alta dos homens prostatectomizados, nomeadamente: discutir alternativas possíveis para a melhoria da função sexual; explicar efeitos da cirurgia sobre a função sexual; encorajar clientes e companheiras(os) a expressarem dúvidas e preocupações; estimular a comunicação com a(o) companheira(o) a respeito de possíveis limitações e alternativas para manter a função sexual; e fornecer informações sobre grupos de apoio existentes.

Gomes, C et al. (2019) concluem, da revisão integrativa relativa às intervenções de enfermagem para promover continência urinária e adaptação à disfunção sexual após prostatectomia radical, que a comunicação entre cliente e enfermeiro é o instrumento chave para promover educação em saúde, focando não apenas a função erétil dos clientes, mas a sexualidade de forma ampla. Salientam a importância da inclusão do parceiro sexual no planeamento das intervenções.

c) Registos individualizados

Jung, D. & Kim, J. (2016) apontam que, utilizando um registo das intervenções ao nível da saúde sexual, contribui-se para elevar os níveis de intervenções/prática ao nível da saúde sexual.

Conclusões e implicações para a prática

Logo desde o diagnóstico da doença uro-oncológica ocorrem mudanças que afetam a vivência da sexualidade, iniciando-se logo na percepção da autoimagem com diminuição do desejo sexual. Para além disto, e especificamente no grupo dos homens sobre o qual incidiu a investigação, sabe-se que estes valorizam e preocupam-se com as questões funcionais, como a ereção e as relações sexuais em si, considerando como parte integrante da sua identidade e da sua conceção enquanto homens. Estes aspetos devem ser tidos em consideração sob pena de estas suas preocupações, a par dos tratamentos, evoluírem para uma situação de angústia ou mesmo depressão.

Durante a trajetória de uma doença uro-oncológica, a sexualidade é frequentemente omitida por parte dos enfermeiros, sendo que a pesquisa demonstra que é uma preocupação dos doentes oncológicos e que estes esperam que os profissionais a abordem. O enfermeiro, pela génese do seu trabalho, nomeadamente o tempo de contacto e a relação de confiança que estabelece com o cliente, está numa posição privilegiada para ajudar no restabelecimento de uma sexualidade saudável, adaptada às mudanças que a doença e/ou tratamento muitas vezes implicam.

Então, é fundamental desmistificar e incluir a sexualidade no acompanhamento do homem com doença uro-oncológica, como qualquer outra necessidade, visto o impacto que esta dimensão tem na vida do cliente e/ou no casal. Efetivamente, a evidência refere que o tema deve ser incluído na avaliação do cliente e integrado num cuidado holístico, iniciando-se pela demonstração de disponibilidade e abertura, através da formulação de questões abertas. Depois, antecipar e ajustar expectativas relativamente à reabilitação, a par do fornecimento de informações sobre as preocupações específicas que o cliente e/ou casal demonstrem.

A pesquisa realizada sobre a temática permitiu perceber que há um reconhecimento geral por parte dos enfermeiros e pelos clientes de que a sexualidade

é um tema importante a abordar na área da oncologia. Os enfermeiros consideram que o tema deve ser explorado, mas admite-se falta de preparação para tal e desconforto, pelo que acabam por não o abordar de todo. Assim, da análise dos dados relativos ao conhecimento atual sobre a intervenção de enfermagem ao homem com doença uro-oncológica na transição para uma vivência saudável da sexualidade é unânime a necessidade de existirem programas educativos dirigidos aos enfermeiros no sentido de os preparar para a abordagem do tema.

Um aspeto importante que surge da pesquisa centra-se na articulação que deve existir entre a equipa multidisciplinar e encaminhar para outros profissionais sempre que seja benéfico para o cliente, como a psicologia ou a fisioterapia.

A partir da realização desta revisão *scoping* surge a importância da realização de investigação em enfermagem relativa ao tema, que deverá incidir sobre estratégias de comunicação que facilitem a abordagem por parte dos enfermeiros aos homens e/ou casais que atravessam um período de transição que se inicia aquando do diagnóstico de uma doença oncológica. De facto, constata-se que a maior parte da evidência encontrada centra-se na abordagem dos homens com cancro da próstata e os submetidos a prostatectomia, sendo assim uma sugestão a necessidade de maior investimento na investigação sobre comunicação em sexualidade nos homens e/ou casais com outras doenças oncológicas do foro urológico.

Considero ainda importante salientar as lacunas na investigação na área da sexualidade do homem com doença uro-oncológica sujeito a cirurgia, visto a evidência existente estar muito direcionada apenas para os homens prostatectomizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, F. & Figueiredo, F. (2014). Manual de Medicina Sexual (10ª Edição). Lisboa: HSJ.

Bober, S. & Varela, V. (2012). Sexuality in Adult Cancer Survivors: challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*. 30(30). 3712-3719.

Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., Neville, A. (2011). The supportive care needs of men with advanced prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*. 38(2). 189-198.

Carvalho, J. & Barbieri-Figueiredo, M. (2013). *A cirurgia como evento crítico na transição do homem portador de carcinoma da próstata*. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.26/10227>.

Carvalho, J. & Cristão, A. (2012). O valor dos cuidados de enfermagem: a consulta de enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(7). 103-112.

DGS. (2019). Plano Nacional para as Doenças Oncológicas – desafios e estratégias. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Eduardo, A., Napoleão, A. & Carvalho, E. (2016). Intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical: revisão integrativa. *Enfermería Global*. 440-455. DOI: 10.6018/eglobal.15.2.230811.

Figueiroa, M., Menezes, M., Monteiro, M., Andrade, A., Fraga, D., Oliveira, M. (2017). A formação relacionada com a sexualidade humana na percepção de estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 21-30. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17044>.

Fleury, H., Pantaroto, H. & Abdo, C. (2011). Sexualidade em oncologia. *Diagn Tratamento*. 16(2). 86-90.

Gomes, C., Eduardo, A., Mosteiro-Diaz, M., Pérez-Paniagua, J. & Napoleão, A. (2019). Intervenções de enfermagem para incontinência urinária e disfunção sexual após prostatectomia radical. *Acta Paulista de Enfermagem*. 32(1). 106-112.

Hautamaki-Lamminen, K., Liudmila, L., Beaver, K., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. (2013). Identifying cancer patients with greater need for information about sexual issues. *European Journal of Oncology Nursing*. 9-15. DOI: 10.1016/j.ejon.2012.03.002.

Julien, J., Thom, B. & Kline, N. (2010). Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncology Nursing Forum*. 37(3). 186-190.

Jung, D. & Kim, J. (2016). Effects of a sexual health care nursing record on the attitudes and practice of oncology nurses. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 21-26. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.06.001>.

Leonardi-Warren, K., Neff, I., Mancuso, M., Wenger, B., Galbraith, M. & Fink, R. (2016). Sexual health: Exploring patient needs and healthcare Provider Comfort and knowledge. *Clinical journal of oncology nursing*. 162-167. DOI: 10.1188/16.CJON.E162-E167.

Macleod, D. & Hamilton, J. (2013). Sex talk and cancer: Who is asking? *Canadian Oncology Nursing Journal*. 197-201. DOI: 10.5737/1181912x233197201

Moore, A., Higgins, A. & Sharek, D. (2013). Barriers and Facilitators for oncology nurses discussing sexual issues with men diagnosed with testicular cancer. *European Journal of Cancer Care*. 416-422. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.11.008>.

Mota, M., Gomes, G., Petuco, V., Heck, R., Barros, E. & Gomes, V. (2015). Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para Enfermagem. *Revista da escola de enfermagem da USP*. 49(1). 82-88.

Olsson, C., Berlung, A. & Athlin, E. (2012). Patient's sexuality – a neglected area of cancer nursing? *European Journal of Oncology Nursing*. 16 (4). 426-431.

OMS (2002). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*, Acedido em: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/index.html>

Santos, S., Bezerra, L. & Freitas, F. (2017). A inserção da sexualidade na prática de enfermagem: revisão integrativa. In A inserção da sexualidade na prática de enfermagem: revisão integrativa., II congresso brasileiro de ciências da saúde. Conbracis, Campina Grande

The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.

Vassão, F., Barbosa, L., Moraes, G., Domenico, E. (2018). Abordagem da sexualidade no cuidado ao paciente oncológico: barreiras e estratégias. *Acta Paul Enferm.* 31(5). 564-571.

Vianna, M. & Napoleão, A. (2009). Reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados. *Cienc Cuid Saúde.* 8(2). 269-73.