

Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação que promovem a funcionalidade sexual da pessoa/família em situação de doença crónica

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Reabilitação**

Liliana Marques

Orientador:

Mestre José Lourenço

Coorientadora:

Mestre Júlia Santos

2018, Julho

PENSAMENTO

"Os direitos são universais, indissociáveis e interdependentes. Negar o direito à vida sexual implica negar a natureza humana dessa pessoa e, conseqüentemente, todos os seus demais direitos. O direito a viver a sexualidade é tão fundamental e universal quanto o direito à vida."

*United Nations General
Assembly Meeting (1948)*

DEDICATÓRIA

À linha orientadora que guia o meu caminho, os meus passos, a minha vida...

Ao amor infinito que permite a ausência, a compreende e aceita, tornando os momentos difíceis em sorrisos.

Aos meus filhos e marido.

AGRADECIMENTOS

À família que na sua força inesgotável suportou a ausência e a indisponibilidade, conferindo o seu apoio, orgulho e esforço coletivo em prol de um objetivo profissional há muito adiado.

Aos colegas e amigos do Hospital Soerad, nomeadamente Rita Monteiro e Marco Cabeça pelo apoio incondicional.

A todos os colegas e amigos do Centro Hospitalar do Oeste, do Serviço de Urgência Médico-cirúrgica de Caldas da Rainha, em especial a: João Nunes, Liliana Guardado, Vando Ribas, Dina Mendes, Nuno Franco e Chefe Júlio Branco, pelo apoio motivacional e na gestão do horário, tornando concretizável este projeto.

A todos os colegas e amigos que resultaram desta aventura académica, em especial a: Vanda Silva, Ana Cruz, Fátima Matos, pelo companheirismo, amizade e apoio contínuo no árduo processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Aos Professores que acompanharam o meu percurso académico pelos seus ensinamentos, orientações e incentivo.

Aos Enfermeiros cooperantes que mostraram a cada dia a beleza e dureza da prática dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, em especial à Enfermeira Susana Silva por ter tornado a minha aprendizagem num momento especial de concretização de objetivos.

Aos Professores José Lourenço e Júlia Santos pela sua orientação, pela aprendizagem contínua, pelos momentos de partilha de conhecimento e experiência, pela paciência e compreensão.

Obrigado a todos!

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

6º - Sexto

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AV - Atividade de Vida

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVDs - Atividades de Vida Diária

AVs - Atividades de Vida

CHO - Centro Hospitalar do Oeste

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

CMRRC - Centro Medicina Reabilitação da Região Centro

DGS - Direção Geral da Saúde

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

et al - entre outros

Pág./pág. - página

nº - número

pp. - páginas

RPQCEER - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

RSL - Revisão Sistemática da Literatura

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

RESUMO

No decorrer da nossa experiência em ensino clínico, verificámos que a intervenção dos enfermeiros de reabilitação perante pessoas com alterações à funcionalidade sexual é rara, destruturada e, cientificamente, pouco fundamentada.

Daí emergiu a necessidade de aprofundar e obter evidência científica sobre a identificação e enquadramento teórico das competências e intervenções específicas do enfermeiro de reabilitação na promoção da funcionalidade sexual.

Na procura e análise do conhecimento mais atual, recorremos à revisão sistemática da literatura e formulámos uma questão PICO.

O processo de pesquisa foi realizado através da EBSCOhost Web nas bases de dados online - PubMed, B-on e Medline - tendo resultado um total de 161 artigos. Destes, foram selecionados três para análise completa.

Os resultados encontrados, extraídos e categorizados *à posteriori*, relacionam-se com: estratégias de abordagem educacional; intervenientes no processo; contexto da intervenção e domínios da intervenção.

Face aos resultados, que preconizam uma intervenção estruturada, sustentada na formação, treino e aperfeiçoamento de competências, apresentamos uma proposta de modelo de abordagem da reeducação funcional sexual que procura promover uma intervenção metodologicamente fundamentada e dar maior visibilidade à prática especializada em enfermagem de reabilitação.

Palavras - chave: Enfermagem; Reabilitação; Sexualidade; Disfunção Sexual.

ABSTRACT

In the course of our experience in clinical teaching, we have noticed that the intervention of the rehabilitation nurses towards people with alterations to the sexual functionality is rare, unstructured and, scientifically, little substantiated.

Hence emerged the need to deepen and obtain scientific evidence on the identification and theoretical framework of the competencies and specific interventions of the rehabilitation nurse in the promotion of sexual functionality.

In the search and analysis of the most current knowledge, we resorted to the systematic review of the literature and formulated a PICO question

The research process was carried out through EBSCOhost Web in the online databases - PubMed, B-on and Medline - resulting in a total of 161 articles. Of these, three were selected for complete analysis

The results found, extracted and categorized *à posteriori*, are related to: strategies of educational approach; intervenients in the process; context of the intervention; and fields of intervention.

Considering the results, which advocate a structured intervention, sustained in the formation, training and improvement of competences, we present a proposal of a model of approach to functional sexual reeducation that seeks to promote a methodologically based intervention and give greater visibility to the specialized practice in rehabilitation nursing.

Keywords: Nurs*; Rehabilitation; Sexuality; Sexual Dysfunction

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	21
1. REFLEXÃO ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO	24
2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÃO DA FUNCIONALIDADE SEXUAL	35
3. METODOLOGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	45
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: ANÁLISE E DISCUSSÃO	48
4.1. EVIDÊNCIA CIENTÍFICA RESULTANTE DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	48
4.2. CONTRIBUTO PARA A ABORDAGEM DAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DA SEXUALIDADE PELO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO.....	57
5. CONCLUSÃO	64
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
 ANEXOS	
ANEXO I: Mapa conceitual.....	74
ANEXO II: Projeto de estágio II: Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica traumática.....	78
ANEXO III: Projeto de estágio II: Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica não traumática.....	125
ANEXO IV: Projeto de estágio II: Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família em contexto comunitário.....	173
ANEXO V: Critérios de inclusão e exclusão.....	209

ANEXO VI: Estratégia de pesquisa: pesquisa em bases de dados.....	213
ANEXO VII: Limitadores de pesquisa em bases de dados.....	217
ANEXO VIII: Prisma <i>Flow Chart</i>	221
ANEXO IX: Artigos incluídos na RSL.....	225
ANEXO X: Análise dos artigos selecionados: resultados significativos.....	259
ANEXO XI: Análise dos artigos selecionados: categorização dos resultados.....	286

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro nº 1: Síntese dos artigos selecionados.....	47
Quadro nº 2: Resultados obtidos: categorias e subcategorias	48

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura nº 1: Modelo de reabilitação sexual pós-deficiência física.....	39
Figura nº 2: Modelo PLISSIT.....	41
Figura nº 3: Proposta de abordagem de Reeducação Sexual.....	62

INTRODUÇÃO

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santarém surge a Unidade Curricular Estágio II e Relatório que prevê a elaboração de um relatório baseado no desenvolvimento do Estágio II e o no aprofundamento de uma temática específica da enfermagem de reabilitação. Posteriormente, este relatório será objeto de apreciação e discussão pública para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação (Despacho nº 7648/2014 de 11 de junho de 2014).

A sua elaboração pretende demonstrar análise reflexiva e crítica das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, permitindo, assim, que seja possível compreender todo o processo de desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do enfermeiro de reabilitação.

Este relatório tem por base três projetos decorrentes da realização do Estágio II e Relatório em diferentes contextos da prestação de cuidados específicos, nomeadamente, no Centro de Medicina e Reabilitação da Região Centro (CMRRC), no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos; no Centro Hospitalar do Oeste (CHO), no Hospital de Caldas da Rainha no Serviço de Medicina Interna e no Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria (ACES), Unidade de Cuidados na Comunidade de Almeirim e Alpiarça.

Nestes contextos, procurámos desenvolver competências diferenciadas, inerentes à prática especializada da enfermagem, pois o enfermeiro especialista é aquele a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados numa determinada área do saber em enfermagem (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro de 1996).

A crescente longevidade da população e a ocorrência de processos de doença crónica em pessoas cada vez mais jovens, com consequências negativas face à sua autonomia e independência, torna emergente uma enfermagem de reabilitação global, que se constitua como uma referência nas equipas de reabilitação em todos os contextos de cuidados.

Ao longo do desenvolvimento do ensino clínico, verificámos que as intervenções do enfermeiro de reabilitação perante uma pessoa com alterações à funcionalidade sexual são escassas, destruturadas, pouco fundamentadas cientificamente e desvalorizadas pelos diferentes elementos da equipa interdisciplinar.

Assim, a escolha deste tema emerge do interesse pessoal da mestranda pela sua especificidade e pela tomada de consciência em contexto de ensino teórico e clínico da necessidade de uma abordagem multidimensional em todos os domínios da intervenção do enfermeiro de reabilitação, indo de encontro às suas competências específicas.

Na sua prática clínica diária, os enfermeiros de reabilitação devem promover uma abordagem holística que contemple a sexualidade no processo global de reabilitação, tal como regulamentam as suas competências específicas (Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro de 2011).

De forma a ir de encontro à necessidade de aprofundamento de conhecimentos identificada nesta área específica das alterações à funcionalidade sexual, foi desenvolvido um mapa conceitual com a identificação dos conceitos chave, palavras chave, que serviram de base à formulação da seguinte questão PICO: Quais as intervenções do enfermeiro de reabilitação que promovem a funcionalidade sexual da pessoa/família em situação de doença crónica? (Anexo I).

Institucionalmente, o Estágio II e Relatório tem como objetivos gerais: demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima; demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem de reabilitação.

Os seus objetivos específicos englobam: participar na conceção, planeamento, execução e avaliação de programas de cuidados especializados no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção sócio profissional da pessoa em situação de dependência física; prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, aos três níveis de prevenção em saúde, centrados na pessoa ao longo do ciclo vital; capacitar a pessoa/família com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reintegração e exercício da cidadania; desenvolver metodologias de investigação na sua área e implementar os resultados no planeamento, execução e avaliação dos cuidados específicos da enfermagem de reabilitação; participar na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde, no âmbito da sua especialização e desenvolver espírito crítico e reflexivo sobre os cuidados de enfermagem e, em particular, cuidados em enfermagem de reabilitação.

O presente relatório tem por objetivos gerais:

- ✓ Avaliar criticamente o processo de desenvolvimento de competências específicas no decorrer do Estágio II e Relatório;
- ✓ Aprofundar competências e conhecimento técnico, científico e humano acerca da temática da sexualidade, utilizando estratégias de revisão sistemática da literatura (RSL) e metodologia PICO.

Os objetivos específicos envolvem:

- ✓ Refletir sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e nas competências comuns do enfermeiro de especialista ao longo do desenvolvimento dos diferentes contextos de estágio;
- ✓ Identificar as intervenções do enfermeiro de reabilitação que promovem a funcionalidade sexual da pessoa e família com doença crônica, na comunidade;
- ✓ Enquadrar a prática clínica desenvolvida na prática baseada na evidência com recurso à revisão sistemática da literatura.

No plano conceitual, o recurso a modelos teóricos de enfermagem que fundamentam e refletem a importância da sexualidade ao longo do ciclo vital, possibilita o enquadramento desta temática na intervenção do enfermeiro de reabilitação, como o membro da equipa interdisciplinar mais próximo da pessoa. O enfermeiro de reabilitação pelas características da relação terapêutica que estabelece com a pessoa e do seu papel no seio da equipa, frequentemente, surge como um elemento preferencial nesta abordagem.

Neste sentido, a inclusão de teorias e modelos teóricos de enfermagem aproximam a temática da sexualidade à intervenção do enfermeiro de reabilitação face à pessoa com alterações funcionais da sua sexualidade. Desta forma, surgem o Modelo de Vida de Roper, Logan e Tierney e a Teoria das Transições de Meleis, consideradas as mais adequadas pela especificidade do tema, sua compreensão e inclusão na intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Estruturalmente, este documento encontra-se organizado em quatro partes fundamentais: uma primeira parte, na qual se realiza reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências relacionadas com a temática desenvolvida; uma segunda parte, onde se desenvolve a intervenção do enfermeiro de reabilitação; na terceira parte, abordam-se aspetos relevantes acerca da metodologia desenvolvida, e por fim, uma quarta parte que incide sobre a área temática em causa, procurando enquadrar e determinar relações entre os resultados obtidos através dos artigos, a prática específica e o enquadramento teórico desenvolvidos.

1. REFLEXÃO ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO

O desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências são fundamentais no decorrer da prática clínica e profissional. A formação contínua e aquisição progressiva de competências técnicas e não técnicas permitem a adequação e prestação de cuidados de qualidade, que respondam às reais necessidades da pessoa. Através da aquisição e aperfeiçoamento, é possível dar visibilidade à essência da prestação de cuidados especializados no âmbito da enfermagem de reabilitação. Hoeman (2011) corrobora esta reflexão na medida em que considera assumir a responsabilidade de uma aprendizagem ao longo da vida, sendo a educação/formação uma componente importante da prática de enfermagem de reabilitação e melhoria de competências.

Nesta sequência, a formação em enfermagem de reabilitação possibilita a transformação de uma experiência significativa e os acontecimentos diários num projeto pessoal e coletivo. Assim, a aprendizagem é o resultado da participação e interação com o meio e com os outros, surgindo como uma necessidade de desenvolver saberes, atitudes e habilidades, garantindo o máximo de qualidade dos cuidados prestados (Magalhães, 2006; Ribeiro, 2013).

A necessidade de uma formação contínua é visível no Código Deontológico dos enfermeiros, em que se assume como um dever do enfermeiro assegurar a excelência do exercício profissional, através da manutenção de uma atualização contínua dos conhecimentos e utilização de forma competente das tecnologias, não esquecendo a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Durante o período de formação teórica, em contexto escolar, que antecede os estágios, a abordagem da sexualidade no âmbito da intervenção da enfermagem de reabilitação foi reduzida, cingindo-se a algumas intervenções isoladas, não estruturadas e pouco fundamentadas, o que de facto nos despertou o interesse na temática e a necessidade de a partir de então, procurar mais saber sobre essa mesma intervenção. O Ser Humano é um ser sexuado, no qual a sexualidade engloba todos os aspetos do ser sexual, nas suas dimensões física, biológica, psicossocial e comportamental. Sendo assim, perspetiva-se a sexualidade

como uma parte integrante da vida de cada pessoa, contribuindo assim para o equilíbrio e saúde sexual (World Health Organization (WHO), 2010a).

Neste sentido, a WHO (2010a, 2016) define a sexualidade como um domínio central da vida do ser humano e inclui o sexo, gênero, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Esta é experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Apesar de a sexualidade incluir todas estas dimensões, nem sempre elas são todas experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

Esta acompanha a pessoa durante o ciclo vital, e como sua parte integrante e individual, é influenciada por uma multiplicidade de fatores, que tornam cada pessoa única. Desta forma, a sexualidade individual é construída sobre a imagem corporal e autoconceito pois, quem e o que somos, está integrado na nossa sexualidade. Assim, a expressão da sexualidade e o envolvimento íntimo com outra pessoa é fundamental ao longo da vida (Hoeman, 2011; WHO, 2010a).

Nesta sequência, a imagem corporal assume-se como a percepção que integra o nível físico, emocional, mental, psicológico e sociológico. Assim, esta relaciona-se com a vivência física da imagem corporal, mas também com experiências emocionais vividas nos relacionamentos humanos e a estrutura sociológica, centrada nas relações pessoais e na aprendizagem de valores socioculturais (Secchi, 2009; Hoeman, 2011; Scatolin, 2012).

A alteração à funcionalidade sexual ou à capacidade para expressar a sexualidade, alteram a imagem corporal, o autoconceito e influenciam negativamente a auto-estima da pessoa e a percepção de si próprio, com sentimentos, de angústia, vergonha, medo ou impotência perante a fatalidade da doença, visionado a sexualidade como algo perdido (Cardoso, 2003).

Deste modo, a funcionalidade surge como a interação dinâmica ou complexa entre a condição de saúde e fatores de contexto. Logo, a funcionalidade sexual liga-se ao conceito de função sexual (Direção Geral da Saúde (DGS), 2004; Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), 2004).

Para os mesmos autores, a função sexual define-se como um conjunto de funções mentais e físicas relacionadas com o ato sexual, incluindo ainda, funções relacionadas com o interesse sexual, desempenho, ereção do pénis e do clítoris, lubrificação vaginal, ejacula-

ção, orgasmo; bem com alterações, tais como, impotência, frigidez, vaginismo, ejaculação precoce, priapismo e ejaculação retardada

WHO (2010b) acrescenta que a funcionalidade sexual depende também das atitudes sociais e médicas face à sexualidade. Sendo que associado a este conceito, surge o conceito de disfunção sexual, habitualmente utilizado para referir a disfunção erétil, no entanto, esta é mais do que um processo fisiológico, sendo também influenciada por fatores psicológicos e individuais.

Hoeman (2011) acrescenta que a função sexual é determinada pela sexualidade e pela resposta sexual, sendo uma complexa inter-relação entre fatores psicológicos e fisiológicos. A sexualidade e resposta sexual podem não ser consideradas prioritárias no início do processo de reabilitação mas, posteriormente, podem ser uma das principais preocupações da pessoa. Pois o ser humano é um ser com identidade sexual, tomando consciência de que a sexualidade é mais do que o binómio saúde-doença (Roper *et al.*, 2001).

Neste sentido, parece fundamental que o enfermeiro de reabilitação aborde o tema para que possa avaliar, informar e aconselhar, no âmbito da equipa interdisciplinar. Roper *et al.* (2001) reforçam uma enfermagem de reabilitação individualizada através de quatro fases: apreciação, planeamento, implementação e avaliação.

Na abordagem que foi desenvolvida com as pessoas internadas no decorrer dos estágios, uma delas revelou durante a intervenção, que a sua vida sexual não voltaria a ser a mesma, sendo que esta intervenção com o casal revelou da parte dos mesmos ansiedade, desconforto e medo em relação às adaptações/transições na sequência da intervenção cirúrgica.

Santos *et al.* (2014) acrescentam que o processo de mudança, integração e aceitação da nova condição associado à alteração da imagem corporal real e percebida é lento e progressivo, e requer um cuidado específico à pessoa com imagem corporal alterada.

Neste sentido, a mudança, entendida como uma transição é desencadeada por um evento crítico, bem como por alterações individuais ou ambientais, para as quais os enfermeiros de reabilitação estão capacitados para ajudar a pessoa a encontrar estratégias para ultrapassar a transição relacionada com a saúde, bem-estar. Quando estes não estão capacitados para realizar as suas atividades de vida, os enfermeiros de reabilitação na sua intervenção pretendem facilitar esta transição associada ao processo de reabilitação. (Meleis, 2010; Roper *et al.*, 2001)

Assim, o enfermeiro de reabilitação deve compreender que as alterações à sexualidade associam-se em muito à auto-imagem, autoconceito e ao corpo, pois é através deste,

que se manifesta a comunicação, a ternura e os afetos. O corpo, como agente e objeto da sexualidade, face a um acontecimento adverso, afasta-se dos ideais de beleza, saúde, aptidão e atração. Esta alteração corporal pode gerar conflitos internos e no envolvimento sexual (Menoita, 2011).

Associado ao conceito de sexualidade, referem-se os conceitos de saúde sexual e direitos sexuais. A saúde sexual é fundamental para o bem-estar físico e emocional da pessoa, casal e família, bem como para o desenvolvimento social e económico dos países, define-se como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade, não sendo apenas a ausência de doença, disfunção ou enfermidade, requerendo uma abordagem positiva para com a sexualidade e relações sexuais, bem como pela possibilidade de viver o prazer e experiências sexuais seguras e saudáveis, afastadas da coação, discriminação e violência, para tal os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados e protegidos (WHO, 2010a).

Nesta sequência, as questões relacionadas com a saúde sexual não devem ser restritas à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, devendo existir uma preocupação e intervenção mais ampla, direcionada às especificidades da pessoa em dado contexto ou condição de vida.

No entanto, a capacidade da pessoa para alcançar uma saúde sexual e bem-estar depende da acessibilidade à informação e conhecimento adequado acerca da sua sexualidade e riscos, bem como da vulnerabilidade a efeitos adversos à atividade sexual. Assim, o acesso a uma saúde sexual de qualidade e um ambiente promotor da mesma, são fatores fundamentais na qualidade de vida da pessoa (WHO, 2010a).

A este propósito, Hoeman (2011) refere que a sexualidade envolve três aspetos fundamentais: (1) capacidade da pessoa em ter prazer com o seu comportamento sexual e reprodutor mediante o seu contexto ético e social; (2) libertação de sentimentos de medo, culpa e vergonha bem como de informações incorretas que impedem o relacionamento sexual inibindo a resposta sexual e (3) ausência de doenças orgânicas e incapacidades que se assumam como barreiras à sexualidade e reprodução.

A nossa necessidade de aprofundar esta temática já tinha ocorrido no Estágio I, no âmbito dos cuidados à pessoa/família com alterações ortotraumatológicas, que foi realizado no CHO no Hospital de Torres Vedras no Serviço de Ortopedia, onde procurámos intervir em situação direcionada a uma pessoa do género feminino e seu cônjuge, internada no mesmo serviço quanto à sexualidade e atividade sexual, com base nos documentos já existentes no serviço na área temática, nomeadamente folhetos informativos.

A oportunidade de intervir nesta área específica da reabilitação numa fase inicial do processo de desenvolvimento de competências foi uma mais-valia, na medida em que permitiu identificar fatores dificultadores da intervenção por parte da mestranda. Estes fatores relacionavam-se com a necessidade de desenvolvimento de competências na área da sexualidade e na forma como deveria ser estruturada esta abordagem, prevenindo assim, constrangimentos relacionados com o empirismo da mesma. Esta experiência foi crucial na medida em que, pelas dificuldades sentidas ocorreu uma procura pelo aprofundamento do conhecimento e pelo desenvolvimento de competências relativas a esta temática.

Quanto ao Estágio II e Relatório: Enfermagem de Reabilitação à Pessoa/Família em contexto neurológico traumático, não traumático e opcional; o primeiro bloco foi desenvolvido no CMRRC, no Serviço de Reabilitação Geral de Adultos. Neste foi possível o desenvolvimento da temática relativa à sexualidade, com a realização de um folheto informativo e uma sessão de formação para profissionais de saúde, intitulada "Sexualidade após AVC" (Acidente Vascular Cerebral), embora não tivesse sido possível essa abordagem junto da pessoa com alteração da sexualidade (Anexo II).

O segundo bloco de estágio foi realizado no CHO, no Hospital de Caldas da Rainha no Serviço de Medicina Interna, onde foi possível a conceção de um folheto informativo e de uma sessão de formação para profissionais de saúde sob o tema "Sexo e Sexualidade após EAM" (Enfarte Agudo do Miocárdio), foi possível o contato com uma pessoa inter-nada do género masculino, com a abordagem específica do tema em questão (Anexo III).

Finalizando, no terceiro contexto, por opção da mestranda, não foi abordada a questão relativa à sexualidade, direcionando e intensificando a aquisição e desenvolvimento de competências para os cuidados de enfermagem de reabilitação à criança, procurando acompanhar ao longo dos diferentes estágios o desenvolvimento da especificidade do conhecimento ao longo do ciclo vital (Anexo IV).

Embora a experiência em estágio tenha sido cumulativa ao longo do percurso de aprendizagem, a necessidade de desenvolvimento sentida inicialmente manteve-se, pela escassez de informação e desvalorização da mesma no processo de reabilitação. Desta forma, intervir junto da pessoa adulta, permitiu estruturar a abordagem ainda que de forma empírica, pretendendo dar resposta às necessidades educacionais da pessoa. Assim, através destas intervenções, foi possível identificar a maior dificuldade na abordagem da sexualidade neste âmbito, a inexistência de uma intervenção estruturada. Deste modo, o desenvolvimento de sessões de formação em contexto de estágio, surgiram como uma procura de sistematização da intervenção e como uma forma de destacar a temática no seio das equi-

pas, tentando perceber qual a sua dimensão nas mesmas. Neste sentido, foi nosso objetivo, desenvolver competências no âmbito da melhoria contínua dos cuidados, através da dinamização de estratégias promotoras de cuidados de qualidade em ambiente terapêutico seguro. Assim, tornou-se fundamental aprofundar competências no âmbito das aprendizagens profissionais, através do auto-conhecimento e assertividade, tendo por base para a prática clínica conhecimentos válidos e sólidos (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011).

Assim, a atuação do enfermeiro especialista envolve as dimensões da educação, orientação, aconselhamento e liderança da pessoa, família e pares, bem como, desenvolver investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (Regulamento nº 122/2011).

De facto, ao longo do ciclo de vida das pessoas, a reabilitação assume-se como uma intervenção crucial na garantia da qualidade de vida, bem-estar, autonomia e independência, através da reeducação, reinserção e reintegração da pessoa com necessidades especiais no seu contexto. Assim Hesbeen (2003) enfatiza a definição de reabilitação como uma ciência e arte de gerir os obstáculos passíveis de gerar desvantagem, objetivando assim, a reeducação funcional, reintegração escolar ou profissional e reinserção social.

No âmbito do processo de reabilitação, a enfermagem de reabilitação assume a sua relevância no seio da equipa interdisciplinar, num papel interventivo de topo, ainda que muitas vezes desvalorizado nas equipas. Na prática, a especificidade da formação humana e holística, visionando a pessoa como um todo em potencial, torna a enfermagem de reabilitação como uma arte de cuidar para capacitar a pessoa e a família em situação de desvantagem. O enfermeiro de reabilitação assume o cuidar, como uma arte da profissão e da disciplina, o que vai de encontro ao que referem Leite e Faro (2005) ao mencionar que cuidar exige um olhar para a total dimensão do ser, sendo fundamental para o enfermeiro de reabilitação compreender a importância do papel que desempenha. Este é o elemento da equipa que mais tempo permanece junto da pessoa, tendo assim a capacidade de perspetivá-la como um todo e não apenas como um caso.

Destaca-se assim, a dimensão da importância do cuidar em reabilitação, na qual o enfermeiro de reabilitação vocacionado para esta arte, assume um papel relevante na equipa interdisciplinar. No entanto, esta equipa nem sempre assume um papel integrador e focado na pessoa, surgindo rivalidades e sobreposições que levam a que os recursos humanos sejam pouco eficazes, comprometendo indiretamente o processo de cuidados à pessoa.

Leite e Faro (2005) acrescentam que a reabilitação faz parte dos cuidados de enfermagem enquanto especialidade, sendo fundamental a existência de uma equipa, na qual a pessoa e família são os elementos chave da mesma. A pessoa deve ser o foco do esforço da equipa, determinando assim os resultados finais.

No decorrer dos diferentes blocos de estágio observou-se com frequência, a existência de equipas multiprofissionais pouco funcionais, com rivalidades interprofissionais de diferentes áreas de formação, que geravam não só um desconforto aos demais profissionais, como assumiam posturas de trabalho individualizadas à especificidade de cada profissional, não estabelecendo um plano de intervenção conjunto e uma comunicação eficaz entre os diversos intervenientes. Neste âmbito, evidenciou-se o papel, por vezes, pouco interventivo do enfermeiro de reabilitação ou mesmo desvalorizado em algumas equipas, bem como, um plano individualizado ao profissional e não à pessoa, o que na essência deste pensamento, não só dificulta o processo de reabilitação, como descentraliza o foco da reabilitação.

A este propósito, Hesbeen (2003) refere que o trabalho em equipa de reabilitação requer maturidade profissional na ação de cuidar respeitando a especificidade de cada profissional, sendo que a sobreposição de profissionais deixa pouco espaço para a produção de um processo de cuidados coeso, coerente e dinâmico. Logo, o trabalho de equipa em reabilitação pressupõe a compreensão, conhecimento, reconhecimento e apreço do trabalho de e por todos.

Pressupõe-se assim, a necessidade de uma intervenção em enfermagem de reabilitação em equipa interdisciplinar, assumindo um papel dinamizador, não só na prestação de cuidados, mas também no âmbito da gestão e formação, com base em conhecimentos técnico - científicos e humanos, dotados de competências técnicas e não técnicas, que transformem a enfermeiro de reabilitação num profissional de excelência no seio da equipa interdisciplinar.

Assim, partindo do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (RPQCEER) (2011), da Ordem dos Enfermeiros, a enfermagem de reabilitação na sua intervenção previne, recupera e capacita a pessoa em situação de doença súbita ou em processo de doença crónica, geradores de alterações à funcionalidade a nível cognitivo, sensorial, motor, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade, no sentido de possibilitar à pessoa viver a sua vida de forma adequada e compatível com a sua condição, maximizando a sua funcionalidade e desta forma potenciado o seu desenvolvimento pessoal e social na comunidade em que se insere.

Compete ao enfermeiro de reabilitação, com base no seu elevado nível de conhecimentos e experiência, conceber, implementar, e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados centrados na pessoa e nas suas necessidades atuais e potenciais (Regulamento nº 125/2011). Cumulativamente na sua especificidade na prestação do cuidado, o enfermeiro de reabilitação assume competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011).

Nesta sequência, destaca-se a relevância da intervenção à pessoa com doença crónica, por parte do enfermeiro de reabilitação integrado numa equipa interdisciplinar, como uma medida crucial na promoção da qualidade de vida e autonomia. Hoeman (2011) menciona que é um dever essencial providenciar educação de qualidade à pessoa e família, de modo a que esta possa aprender a viver com a sua condição crónica ou incapacitante no seu ambiente, de forma a promover a independência e comportamentos de adaptação para gerir a doença, prevenindo assim maior incapacidade

Deste modo, a WHO (2002) define doença crónica como uma doença de duração prolongada e progressão lenta, cujas complicações de saúde exigem tratamento continuado ao longo de um período de tempo. A doença crónica é assim, o desafio em cuidados de saúde devido ao aumento progressivo da sua incidência, testando a eficácia e eficiência dos sistemas de saúde atuais. Estas implicam consequências sociais e económicas que levam à necessidade de repensar e gerir de forma mais adequada as condições de saúde derivadas da doença crónica.

Busse *et al.* (2010) acrescentam que as doenças crónicas incluem: doença cardiovascular; diabetes; asma; doença pulmonar obstrutiva crónica; cancro; doença infecto-contagiosa (Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) /Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)), doença mental (depressão, esquizofrenia e demência), deficiência visual e doença osteoarticular.

No âmbito do Estágio II e Relatório, nos diferentes blocos de estágio, a intervenção do enfermeiro de reabilitação foi progressivamente observada e valorizada. A verdadeira compreensão da especificidade desta especialidade foi vivenciada num contexto de estágio específico, no CHO na Unidade de Caldas da Rainha no Serviço de Medicina Interna, pela relevância da intervenção do enfermeiro de reabilitação face às pessoas que foram acompanhadas nesse espaço temporal e pela tomada de consciência da importância que o desempenho do enfermeiro de reabilitação assume aos olhos da pessoa, que através do seu discurso e abordagem diária manifestou a relevância de um acompanhamento contínuo,

próximo, humano e técnico ajustado às suas necessidades/capacidades em progressão, bem como o reconhecimento pela pessoa, do enfermeiro de reabilitação como elo fundamental para a restante equipa interdisciplinar.

Em síntese, o foco da enfermagem de reabilitação centraliza-se na pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital, baseando a sua intervenção no cuidar e na participação de forma ativa na definição de estratégias promotoras da integração da pessoa com deficiência/ limitação da funcionalidade. Envolve uma intervenção especializada, decorrente de um conjunto de conhecimentos, procedimentos e técnicas específicas cujo objetivo se prende com a promoção e manutenção do bem-estar e qualidade de vida (RPQCEER, 2011).

No âmbito das competências específicas do enfermeiro de reabilitação, este avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades, através da adequação da sua intervenção em contexto de limitação à atividade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação, sexualidade e realização de atividades de vida diárias (AVDs) (Regulamento nº 125/2011).

Como mencionado anteriormente, no decorrer dos estágios houve a preocupação de desenvolver ações que possibilitassem o desenvolvimento de competências no âmbito da intervenção do enfermeiro de reabilitação face à pessoa/família com alterações à funcionalidade sexual. No entanto, em todos os contextos de estágio, a manifestação deste interesse, revelou uma série de comportamentos e comentários maioritariamente proferidos pelas equipas de enfermagem que não foram motivadores. Este aspeto vai de encontro ao referido por Magnan *et al.* (2005), ao referir que apesar de reconhecida pelos enfermeiros de reabilitação a importância da abordagem da sexualidade e funcionalidade sexual, muitos assumem dificuldade em integrar este tipo de temática nos cuidados à pessoa.

Os enfermeiros de reabilitação, além de não se sentirem confortáveis na abordagem do tema, manifestaram não ter conhecimentos suficientes sobre o mesmo que lhes permitisse intervir de forma consistente. Existia um discurso repetido em todos os locais de estágio em que esta proposta foi realizada, referindo que não era comum a abordagem do tema, que habitualmente ficaria a cargo da psicologia ou medicina. Nos diferentes contextos os enfermeiros de reabilitação referiam que por vezes, a resposta à necessidade de informação da pessoa, era da sua parte pouco informada, destruturada e desvalorizada face ao processo de reabilitação; sendo considerado um domínio pouco relevante quando tão grandes são por vezes as limitações da pessoa/família.

Era nossa expectativa que, sendo o enfermeiro de reabilitação o elemento da equipa de reabilitação mais próximo da pessoa/família ocorresse a assunção de um papel mais interventivo, dinamizador e autónomo na abordagem estruturada e fundamentada desta temática. No entanto, tal não se verificou, traduzindo-se em palavras soltas, atos isolados, desprovidos da valorização adequada deste tipo de intervenção.

As equipas onde decorreu a integração nos diferentes contextos de estágio, não só referiam o défice de conhecimento, como também mencionaram dificuldade em abordar a pessoa com alteração à funcionalidade, não sabendo como o fazer. Referiam que, na maioria das vezes, era "a própria pessoa que dava o primeiro passo" e o recurso "através da entrega de folhetos sobre o assunto que desbloqueavam a conversa" ou ainda através de "conversas informais em tom de brincadeira".

Para nós, esta intervenção tem de ir muito mais além de meras trocas de "brincadeiras" ou palavras soltas e isoladas. A sexualidade é um aspeto fundamental da vida da pessoa, influenciando toda a dinâmica de vida da mesma, pois o facto de a pessoa apresentar uma limitação à sua funcionalidade, não a torna num ser assexuado e apesar da doença, não esquecerá que existe enquanto ser sexual. Cabe assim, num contexto de reabilitação, aos enfermeiros especialistas investir mais na sua formação, procurarem eles próprios vencer os seus receios e compreenderem que a sexualidade como atividade de vida (AV) existe em cada um, independentemente da limitação.

Tal reflexão vai de encontro ao mencionado por Simpson *et al.* (2006) na medida em que a sexualidade não é adequadamente abordada e trabalhada durante o processo de reabilitação, sendo desvalorizada. Quando existe alguma intervenção na área da sexualidade, esta não é providenciada igualmente a todas as pessoas, mas apenas a uma minoria. Na prática, os profissionais que integram as equipas de reabilitação referem sentir dificuldade em intervir junto da pessoa com alteração da função sexual por não possuírem as competências, confiança e oportunidade de acesso a programas de treino e formação das suas competências técnicas e não técnicas.

Conde (2012) e Menoita (2011) acrescentam, que a falta de formação na área da saúde sexual por parte dos profissionais é uma problemática que requer uma intervenção e investimento através de programas educacionais que promovam o conhecimento e atitudes mais positivas face à sexualidade.

Conde (2012), a este propósito, refere ainda que os preconceitos face à sexualidade podem levar a pessoa com limitação à funcionalidade a encarar a sua sexualidade com sentimentos conflituosos e de culpa, fazendo com que ocorra uma desistência em manter a

sexualidade ativa. Assim, as atitudes dos profissionais podem contribuir negativamente, resultando num comportamento assexual por parte da pessoa.

Desta forma, a preparação das equipas de reabilitação para a capacitação para uma saúde sexual da pessoa com incapacidade, constitui-se como uma temática de difícil abordagem. Muitas vezes a pessoa com alteração à funcionalidade sexual pode ser confrontada com informações menos adequadas face às implicações sexuais da sua doença ou incapacidade, bem como nas expectativas face ao seu parceiro(a) e objetivos irrealistas quanto ao seu desempenho sexual (Hoeman, 2011).

Independentemente das dificuldades na abordagem à pessoa pelo enfermeiro de reabilitação, a vivência da sexualidade e saúde sexual é um direito. Neste sentido, o International Planned Parenthood Federation (2009), considera que os direitos sexuais são direitos humanos relacionados com a sexualidade. Assim destacam-se: direito à privacidade essencial para o exercício da autonomia sexual e pessoal, permitindo que a pessoa controle e decida livremente acerca dos assuntos relacionados com a sua sexualidade e escolha dos seus parceiros sexuais, procurando experimentar prazer e potencial sexual pleno, num ambiente de não discriminação e com a devida consideração aos direitos do outro; o direito à saúde e aos benefícios do progresso da ciência, através do acesso à saúde física e mental, bem como o acesso a cuidados médicos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de distúrbios, desordens ou transtornos sexuais e o direito à educação sexual e informação que permita exercer a cidadania plena e a igualdade nos domínios privados, públicos e políticos.

2. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO À PESSOA/FAMÍLIA COM ALTERAÇÃO DA FUNCIONALIDADE SEXUAL

Apesar da relevância da sexualidade na intervenção do enfermeiro de reabilitação, esta não se assume como uma abordagem transversal em todos os modelos conceituais em enfermagem, sendo maioritariamente modelos omissos face a esta atividade, no entanto a sua adaptabilidade permite uma reflexão sobre o enquadramento da sexualidade nos mesmos.

Recorrendo ao modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney, que se baseia nas AVs, estas assumem-se como complexas e interrelacionais, definindo-se doze AVs, de entre as quais se destaca Expressar a Sexualidade. Esta AV assume um elevado significado na definição da identidade sexual, personalidade e comportamento interpessoal, pois cada pessoa expressa a sua identidade sexual de forma diferente em função de múltiplos fatores, ao longo da sua duração de vida e do contínuo dependência/independência. Assim, a individualidade na realização das AVs é influenciada pela fase que a pessoa vive na sua duração de vida e no *contínuum* dependência/independência, bem como pelos fatores que influenciam as AVs (Roper *et al.*, 2001; Petronilho, 2007).

O processo de adaptação ao longo do ciclo de vital caracteriza-se por eventos de continuidade e rutura ao longo do mesmo, sendo o processo saúde - doença um momento de rutura ao qual a pessoa deve-se adaptar, realizando uma transição adequada e positiva. Neste sentido, define-se transição como uma passagem de uma condição ou estado de vida a outro, sendo um conceito que abarca elementos de processo, intervalo de tempo e percepção. Assim, o processo, ou seja, a sequência de eventos associados à transição, decorre num intervalo de tempo no qual ocorre o fenómeno de transição cujo significado do mesmo depende da pessoa que o experiencia (Meleis, 2012; Alligood e Tomey, 2006).

No entanto, apesar de se encontrar associado à enfermagem, nomeadamente de reabilitação, e a processos de saúde - doença e comportamentos de saúde, a transição assume-se como um conceito positivo, na medida em que implica o alcance de um período de estabilidade após uma fase de rutura, que permite que o resultado do processo de transição seja

positivo, através de fatores facilitadores e dificultadores (Meleis, 2012; Alligood e Tomey, 2006).

Assim, a intervenção terapêutica em enfermagem de reabilitação é fundamental na antecipação e consequências da transição, desenvolvendo o conhecimento relacionado com as diferentes dimensões de tempo, padrões e tipos de transição (transição de desenvolvimento, saúde - doença, situacional e organizacional), bem como o tempo de intervenção a ser considerado (Meleis, 2012; Alligood e Tomey, 2006).

A intervenção em enfermagem de reabilitação deve ser individualizada, dinâmica e interativa, estimulando a participação da pessoa e família na tomada de decisões e responsabilização pessoal pela saúde e proteção da independência. Procurando desta forma, ajudar a pessoa a prevenir ou solucionar os problemas reais ou potenciais relacionados com as AVs, permitindo que a pessoa se cuide de forma independente, atuando na promoção e manutenção da saúde, prevenção da doença, assumindo um papel enquanto "educador" para o benefício da saúde da pessoa e da comunidade (Roper *et al.*, 2001).

Destacamos a importância da integração destas duas abordagens conceituais na compreensão da intervenção do enfermeiro de reabilitação, pois através da identificação da afeição da AV, nomeadamente a expressão da sexualidade, surge a compreensão de um processo de transição. Este processo requer uma intervenção ajustada, planeada e estruturada, em que a pessoa se assuma como um elemento chave e ativo do processo de cuidados e o enfermeiro de reabilitação como "educador". A sexualidade e a funcionalidade sexual são parte do indivíduo e a sua afeição implica alterações que requerem a intervenção do enfermeiro de reabilitação de uma forma mais ativa e formal.

Esta reflexão vai de encontro ao referido por Hoeman (2011) ao mencionar que o enfermeiro de reabilitação assume o dever essencial de providenciar educação de qualidade, e ajudar a pessoa a aprender a viver com uma condição crónica ou incapacitante no seu ambiente e de forma o mais independente possível. Assim, o processo de educação apoia a pessoa a adquirir nova informação, a desenvolver a capacidade de autocuidado aplicável na atividade funcional e a desenvolver comportamentos de adaptação na gestão da doença, prevenindo maior incapacidade.

Para Hoeman (2011) a saúde sexual individual não está garantida quando ocorrem alterações na sequência de processo de doença a nível fisiológico, psicossocial e comportamental. A incapacidade física pode limitar a saúde sexual da pessoa, seja através da interação sexual ou da vivência da sua própria sexualidade. No entanto, o enfermeiro de reabilitação deve ajudar a pessoa, através da sua capacitação para esta alcançar o máximo de

funcionalidade após a alteração geradora de incapacidade. É fundamental que o enfermeiro de reabilitação aceite a sua própria sexualidade, para conseguir aceitar a sexualidade da pessoa, devendo estar dotado de conhecimentos que lhe permitam analisar a função sexual da pessoa e capacitá-la para a funcionalidade.

Assim, deve compreender a resposta sexual humana e a diversidade social e prevalência de comportamentos sexuais; reconhecer os tipos de disfunção sexual; compreender a relação entre a idade, acontecimentos de vida e função sexual e atender a uma visão holística do cuidar, pois a sexualidade faz parte da pessoa (Hoeman, 2011).

No âmbito dos estágios compreendeu-se a própria dificuldade na abordagem desta temática com a pessoa, não devido à falta de vontade relacionado com a abordagem do tema, mas no défice de conhecimentos e receio pela reação do outro nesta temática. Uma abordagem não estruturada, sem método, que pouco ou nada providencia de capacitação à pessoa, não acrescentando informação válida ao processo de reabilitação.

Nos contextos de estágio no CMRRC e CHO, existiu a oportunidade de abordar a temática da sexualidade, no entanto, apenas em dois momentos este tema foi abordado com os utentes. Embora em contextos de cuidado diferentes e pessoas com limitação à funcionalidade desencadeadas por patologias diferentes. No CHO - Serviço de Ortopedia e CHO - Serviço de Medicina Interna, a abordagem foi serena, permitiu compreender as próprias limitações da mestrandia, as suas lacunas e acima de tudo compreender que a pessoa com incapacidade se encontra preparada para abordar a sua sexualidade, expondo os seus receios, ansiedades, preocupações e que de alguma forma o sentimento/limitações que existem nos profissionais é equiparado ao que existe na pessoa, manifestando-se pelo receio da opinião do outro, como dar o primeiro passo, como comunicar de forma assertiva, esclarecedora, adequada e profissional numa área tão pessoal e íntima da pessoa.

Magnan *et al.* (2005) referem que as atitudes dos enfermeiros de reabilitação face à sexualidade e ao comportamento sexual têm sido estudadas de forma mais intensa, sendo que apesar de se considerar uma área de intervenção no âmbito das suas competências e formação, esta não é considerada de forma rotineira na sua intervenção.

Acreditamos que ao entrar no mundo da sexualidade do outro, de certa forma também se expõe um pouco da própria vivência da sexualidade, na forma como empiricamente ainda se realiza esta abordagem.

Magnan *et al.* (2005) acrescentam que existe uma relutância por parte dos profissionais de enfermagem em discutir questões relacionadas com a sexualidade com a pessoa, por embaraço, crença de que a sexualidade não é um problema ou preocupação perante

uma pessoa com um problema de saúde mais grave, preocupações acerca de treino inadequado destas competências ou a crença de que é um assunto causador de ansiedade na pessoa assumindo-se como uma invasão da privacidade.

Apesar das duas experiências terem sido bastante positivas, foram muito limitadas face ao que se pretendia ter desenvolvido, não só pela disponibilidade dos enfermeiros cooperantes para a abordagem do tema, mas também pelo hiato temporal dos estágios, em si curto, bem como por limitações pessoais.

Do ponto de vista da formação desenvolveram-se duas sessões relacionadas com a sexualidade, direcionadas para os profissionais de saúde, considerando à distância que estas foram proveitosas para compreender as dificuldades e limitações das equipas, bem como o reconhecimento das suas limitações nesta abordagem, no entanto, considera-se que poderia ter-se explorado esta temática de outra forma, tentando focar as intervenções de enfermagem de reabilitação numa abordagem estruturada, fundamentada, através do recurso a modelos teóricos pré-existentes.

Assim, neste contexto foi observada uma enfermagem de reabilitação reducionista, limitada e pouco interventiva, pois a reabilitação da sexualidade é crucial como parte integrante da avaliação e intervenção do enfermeiro de reabilitação e da equipa interdisciplinar, com base em padrões de conhecimento sólidos, ajustados a cada pessoa, que sejam parte integrante do processo de reabilitação e que surjam assim, estruturados e organizados, deixando de ser apenas uma troca de ideias ou confidências com cariz puramente empírico para emergir uma abordagem consistente, baseada em evidências, conhecimentos sólidos, com profissionais capacitados, interessados e dinâmicos no desenvolvimento de estratégias e modelos de abordagem à pessoa com alteração da funcionalidade a nível da sexualidade e saúde sexual.

Dias *et al.* (2014) reforçam que as atitudes dos profissionais de saúde não têm acompanhado a importância que a sexualidade tem vindo a assumir, perpetuando ainda crenças e mitos limitadores da qualidade dos cuidados de saúde.

A sexualidade é uma temática preferencialmente abordada por outros profissionais que não enfermeiros. No entanto, Magnan *et al.* (2005) referem que a pessoa em situação de doença prefere que a discussão inicial acerca da sexualidade seja desenvolvida por enfermeiros, pois estes encontram-se mais aptos a dar tempo para que seja a própria pessoa a introduzir o tema mediante as suas necessidades. No entanto a abordagem da sexualidade ao não ser incluída na relação enfermeiro de reabilitação - pessoa, implica que a segunda não receba o cuidado holístico focado em todas as áreas da sua funcionalidade.

Dias *et al.* (2014) acrescentam que os enfermeiros de reabilitação evitam abordar a sexualidade, aconselhando a que esta seja realizada com o médico, devendo ficar limitada à iniciativa da pessoa. Assim, existe a necessidade de programas educacionais que promovam o conforto, conhecimento e a confiança dos enfermeiros de reabilitação na discussão da sexualidade com a pessoa (Magnan *et al.*, 2005).

Conseqüentemente, a formação dos profissionais de enfermagem de reabilitação poderia organizar-se em três áreas, nomeadamente conhecimentos básicos sobre a sexualidade humana, reflexão sobre a influência das atitudes pessoais na própria sexualidade e dos outros e o desenvolvimento de competências básicas para avaliar a pessoa que necessita de cuidados, de forma a estabelecer um plano de intervenção que promova a vivência saudável e equilibrada da sexualidade e saúde sexual (Dias *et al.*, 2014).

A este propósito, Cardoso (2003), menciona que a reabilitação sexual deve surgir de forma implícita, através da criação de uma atmosfera que possibilite a percepção de que existe disponibilidade para ser abordada a temática sexual, podendo posteriormente ocorrer a sua estruturação de forma explícita através de sessões de informação/aconselhamento sexual que ultrapasse as fronteiras da sexualidade genital e orgásmica, sendo da escolha de cada pessoa o momento em que pretende iniciar o apoio nesta atividade de vida.

Deste modo, para o mesmo autor a sistematização do processo de reabilitação surge como uma necessidade crucial na reabilitação sexual, através da consideração de duas fases: a avaliativa e a interventiva, recorrendo a uma abordagem interativa e à reavaliação e reajuste do plano de intervenção. Assim, existe o modelo de reabilitação sexual pós-deficiência física, que procura sistematizar as fases avaliativa e interventiva (Figura nº 1).

Figura nº 1: Modelo de reabilitação sexual pós-deficiência física

Fonte: Cardoso, J. (2003). *Reabilitação Sexual Pós-Deficiência Física: Um Modelo Multidimensional*.



Cardoso (2003) descreve os componentes do modelo, referindo que no que concerne à **avaliação**, esta deve considerar fatores orgânicos, relacionados com o tipo de deficiência, evolução da condição clínica, a severidade morfológica, fisiológica e funcional da pessoa, consequências neurológicas, vasculares e hormonais, consequências específicas diretas ou indiretas sobre a função genital nas diferentes fases da resposta sexual, complicações secundárias e efeitos colaterais da medicação. Referem-se os fatores psicológicos, de entre os quais as expectativas pessoais e conjugais face à sexualidade; o impacto sobre a dinâmica conjugal; crenças associadas aos efeitos negativos da atividade sexual face à situação clínica; cognições e comportamentos sexuais pré-mórbidos; mecanismos de *coping* mobilizados face às alterações à sexualidade; tipo de comunicação sexual do casal; alterações da imagem corporal; alterações nos papéis de género; consequências a nível da auto-estima, autoeficácia e autoconfiança; significado pessoal atribuído a uma possível perda e autonomia/independência; ansiedade; depressão e alterações do funcionamento cognitivo. Referem-se os fatores sociais, tais como, mitos associados à sexualidade da pessoa com deficiência; suporte social; institucionalização; infantilização; restrições na acessibilidade aos contextos de convivência social e o abuso sexual.

WHO (2010b) considera que a satisfação sexual é um importante indicador da saúde e bem-estar sexual, enfatizando os aspetos positivos da sexualidade, sendo o resultado de uma vida sexual e relacionamentos saudáveis.

Santos Pechorro *et al.* (2015) propõem a avaliação da satisfação sexual através da *New Sexual Satisfaction Scale*, validada para a população Portuguesa.

Após a avaliação da funcionalidade da pessoa, a **intervenção** deve orientar-se com vista à promoção do retorno a um funcionamento sexual equiparado ao do período anterior à limitação ou para a redefinição da sexualidade. Esta intervenção deve ser realizada em equipa interdisciplinar com formação específica na área da sexologia, através da educação e informação sexual, que deve ser perspectivada de acordo com os parâmetros gerais que caracterizam a educação sexual e, posteriormente direcionar-se para as informações acerca das possíveis consequências da condição clínica sobre a sexualidade; desmistificação de crenças sociais; restruturação cognitiva; modificação comportamental através de estratégias terapêuticas tais como fomentar a consolidação das bases afetivas do par relacional,

incentivar a participação equitativa do casal no processo de readaptação sexual, reforçar as competências comunicacionais e a assertividade sexual, promover e valorizar os novos contornos dos papéis de género, de modo a que as identidades masculina ou feminina possam persistir harmoniosamente, alargar o leque de interesses eróticos e de iniciativas sexuais, eliminar a ansiedade antecipatória e de desempenho, e possibilitar a aprendizagem da amplificação sensorial de forma a potencializar a satisfação sexual, e por fim, a terapêutica farmacológica, que pode surgir como complemento à readaptação sexual (Cardoso, 2003).

Outro modelo que sugere uma intervenção estruturada, é o modelo de Annon, o modelo PLISSIT (Figura nº 2), que assume quatro níveis de intervenção: **nível 1 (Permission)**, que pretende encorajar o diálogo, demonstrando à pessoa a aceitação das suas limitações de cariz sexual, transmitindo segurança, manifestando que se está perante uma abordagem rotineira onde são desenvolvidos temas como sentimentos, novos comportamentos, fantasias e pensamentos; **nível 2 (Limited Information)**, promove-se o esclarecimento de aspetos psicofisiológicos, incentivando a pessoa a ver-se novamente como um ser sexuado, bem como, educação e informação sexual e desmistificação de crenças erróneas, abordando as limitações e potencialidades da pessoa, bem como apresentar as diferentes alternativas para o desempenho sexual, nomeadamente a utilização terapêutica ou produtos de apoio (bomba de vácuo, anel de constrição, lubrificantes, entre outros), não esquecendo a introdução da temática relacionada com a maternidade e paternidade; **nível 3 (Specific Sugestions)**, orientações específicas para ultrapassar barreiras, que se assumem como orientações de mudança comportamental que promovem na pessoa o alcance dos seus objetivos, baseando-se numa colheita correta e detalhada da história clínica e **nível 4 (Intensive Therapy)**, quando é necessária uma intervenção mais especializada, por persistência do problema, nomeadamente dos terapeutas sexuais (Garret e Teixeira, 2006; Menoita, 2011; Hoeman, 2011).

Figura nº 2: Modelo PLISSIT



Fonte: Garret, A.; Teixeira, H. (2006). *A utilização do Modelo PLISSIT na abordagem da sexualidade do lesionado vertebro-medular por trauma.*

Tendo por base o modelo de Annon (1981), Garret e Teixeira (2006) referem que cada patamar do modelo requer um conhecimento distinto que dê resposta às exigências estipuladas teoricamente, no treino e prática. À medida que os níveis vão aumentando, maior a complexidade e as competências necessárias relacionando-se assim com o tempo e interesse despendido pelos profissionais de saúde em cada assunto.

As mesmas autoras referem que a flexibilidade do esquema permite que este seja utilizado por uma multiplicidade de profissionais da equipa de reabilitação, mediante a sua própria organização e conforto perante a abordagem do tema com a pessoa.

Por acréscimo, Garret (2011) desenvolve o programa Mo-Re-Sex. Trata-se de um programa reabilitador da sexualidade, baseado no Modelo PLISSIT, que contempla componentes fundamentais: (1) formativa/educacional; (2) exploratória e reunião de grupo e (3) intervenção.

Esta abordagem estrutura-se por módulos: (1) objetiva elucidar os participantes acerca da fisiopatologia e consequências que daí advêm que afetam a qualidade de vida; (2) esclarecimento dos participantes acerca da resposta sexual humana e dificuldades encontradas na prática da atividade sexual; (3) fornecimento de informação potenciadora da resposta sexual disponível, através de ajudas técnicas/produtos de apoio e (4) determinação de estratégias compensatórias para exploração de uma nova sexualidade (Garret, 2011).

A mesma autora refere meios auxiliares de intervenção em reabilitação sexual: (1) meios médico terapêuticos, tais como: medicação sistémica, medicação por via tópica por aplicação direta nos corpos cavernosos ou por via intra-uretral para obtenção da ereção (não comercializada em Portugal), bomba de vácuo manual ou elétrica para o homem ou *Clitoral Therapy Device* (EROS) para a mulher, implante cirúrgico (caso ineficácia das outras técnicas) e (2) meios psicoterapêuticos, através das vertentes cognitivo-comportamental, psicanalítica, orientação dinâmica, de grupo ou hipnoterapia.

Através destes modelos, e da aquisição de competências, é possível visionar o enfermeiro de reabilitação como o profissional mais próximo da pessoa e família. As características holísticas da interação que estabelece numa relação terapêutica, pressupõem um papel mais ativo na promoção e adaptação da sexualidade da pessoa no decorrer do processo de reabilitação. Assim, mediante a estruturação da intervenção tendo por base modelos pré-existentes em outras áreas do conhecimento e adaptando-os à realidade da enfermagem de reabilitação, tornará possível um processo de reabilitação centrado na pessoa de forma multidimensional, não descurando alterações à funcionalidade, mas permitin-

do que a pessoa possa viver em plenitude. Hoeman (2011) acrescenta que, face a este modelo, a pessoa não deve deixar a instituição de reabilitação sem ser capacitada para compreender acerca de como a doença ou acidente afetaram a função sexual.

Assim, a saúde sexual e sexualidade inclui também os aspetos relativos à acessibilidade, como fundamental para a qualidade de vida, para o exercício de direitos e cidadania. A acessibilidade passa por ultrapassar barreiras e obstáculos, que se constituem como fatores limitantes à funcionalidade (Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto de 2006). Estes fatores não se referem apenas à mobilidade, mas a todos os fatores que possam impedir a pessoa de ser funcional e a incapacite (mesmo que temporariamente) para o desempenho das suas AVs.

Desta forma, é fundamental, reconhecer o direito à acessibilidade de cuidados, informação, orientação e integração da sexualidade como uma temática a ser desenvolvida no processo de reabilitação de todas as pessoas com a sua alteração, respeitando a igualdade de oportunidades.

Neste sentido, acessibilidade define-se como a facilidade de acesso e utilização de ambientes, produtos e serviços, por qualquer pessoa em qualquer contexto, envolve a oferta de produtos e serviços de apoio que suprimam as necessidades da população, a sua adaptação e métodos alternativos de informação, comunicação, manipulação e mobilidade (Godinho, 2010).

A acessibilidade deve ser um conceito amplo e abrangente, pois as limitações e obstáculos não são exclusivamente físicos e considerá-los como tal é, a título reflexivo perder a visão holística e centralização na individualidade da pessoa, tão característica da enfermagem de reabilitação.

Partindo do que observou em estágio, esta acessibilidade também é condicionada pelos próprios profissionais, quer pelas suas limitações de múltiplo cariz, quer pela forma como a reabilitação é praticada nos serviços. Esta experiência é corroborada por Garret (2011) que refere que a desvalorização da sexualidade no processo de reabilitação associa-se ao desconforto da equipa em abordar a temática, lacunas de conhecimentos e ausência de ferramentas que possam ajudar quem pretende dar resposta às questões colocadas.

O acesso da pessoa com alteração à funcionalidade sexual a serviços de apoio, bem como a produtos de apoio, isto é, qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico disponível para a prevenção, compensação ou neutralização de uma limitação à funcionalidade ou à participação da pessoa, na comunidade onde se integra (Decreto-Lei

n.º 93/2009 de 16 de abril de 2009), podem marcar a diferença na sua qualidade de vida, não perdendo de vista que a pessoa se insere numa comunidade.

O enfermeiro de reabilitação como membro integrado da equipa de reabilitação, deve na sua intervenção integrar os produtos de apoio, pois estes surgem como recursos fundamentais para o desenvolvimento dos programas de habilitação, reabilitação e participação da pessoa (Decreto-Lei n.º 93/2009).

Nesta sequência, a acessibilidade não se refere apenas ao âmbito institucional como também ao contexto domiciliário, pois a comunidade é o todo onde a pessoa se integra. Logo, a intervenção do enfermeiro de reabilitação, deve ser desenvolvida, garantindo a acessibilidade ao processo de reabilitação, independentemente do contexto.

A comunidade como um grupo social delimitado geograficamente através de valores e interesses comuns, permite a interação entre elementos, criando normas, valores, estruturas sociais próprias incluindo as instituições suas constituintes, perspetivando a comunidade como um todo (Stanhope e Lancaster, 1999).

No âmbito das suas competências específicas, o enfermeiro de reabilitação capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, através da análise da problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, promovendo o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e ou interdisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico visando uma consciência social inclusiva (Regulamento nº 125/2011).

Assim, o enfermeiro de reabilitação deve desenvolver processos de adaptação e transição adequados aos problemas de saúde, através da otimização dos recursos existentes, procurando maximizar as capacidades funcionais, potenciando o rendimento e desenvolvimento da pessoa. Em sequência, objetiva a qualidade de vida, reintegração e participação social (RPQCEER, 2011).

3. METODOLOGIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

O enfermeiro de reabilitação deve contextualizar o processo de doença numa pessoa em concreto, na sua individualidade de vida, num contexto específico e em condições sociais concretas. Assim, ao basear a sua prática nas evidências demonstra a utilização de informações adequadas e atuais, nas quais baseia a sua tomada de decisão, avalia a sua prática reconhecendo se os resultados esperados são apropriados e aceites (Roper *et al.*, 2001; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012; Chicória, 2013).

Assim, o desenvolvimento da presente RSL surge como uma tentativa de encontrar evidências, que orientem a prática da enfermagem de reabilitação procurando melhorar a prática dos cuidados especializados.

A utilização das evidências científicas para orientar a prática, assume-se como um dos principais objetivos para a realização da RSL, devendo esta ser metódica, explícita e reprodutível (Sampaio e Mancini, 2007). Assim, Atallah (2004) refere que a prática baseada na evidência é o elo entre a pesquisa científica e a prática clínica, através do uso de provas científicas existentes e disponíveis em dado momento, que possuam, validade para a sua aplicabilidade na prática clínica.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) acrescenta que a prática baseada na evidência consiste num método de resolução de problemas no contexto da decisão clínica. Esta engloba a pesquisa e utilização da melhor e mais recente evidência. Esta inclui a experiência e avaliação clínica, bem como as preferências da pessoa no contexto dos cuidados.

Nesta sequência, para a elaboração da RSL, após a escolha da temática em estudo delineou-se um mapa concetual que serviu de base à elaboração da questão PICO: Quais as intervenções do enfermeiro de reabilitação que promovem a funcionalidade sexual da pessoa/família em situação de doença crónica?

Os objetivos da pesquisa incluem: (1) identificar as intervenções do enfermeiro de reabilitação à pessoa/família que promovem a funcionalidade sexual na sequência de doença crónica; (2) identificar modelos existentes de abordagem da sexualidade, e (3) refletir acerca possível adaptação dos modelos identificados na intervenção do enfermeiro de reabilitação à pessoa/família com alteração da funcionalidade sexual.

Da questão PICO definiram-se quatro palavras-chave: Enfermagem, Reabilitação, Sexualidade e Disfunção Sexual. As quatro palavras-chave após validação na plataforma *MeshBrowser*, assumem-se como descritores sob a forma: *Nurs**; *Rehabilitation*; *Sexuality* e *Sexual Dysfunction*. Estabeleceram-se critérios de inclusão e exclusão para os artigos resultantes da pesquisa (Anexo V).

Assim, para a pesquisa, os descritores foram inseridos em bases de dados científicas individualmente, posteriormente combinados entre si, e finalmente os quatro descritores em conjunto, com a expressão de pesquisa *And*. As bases de dados utilizadas na pesquisa foram: *EBSCO Host (CINAHL; Medline; Nursing&Allied Health Collection- comprehensive; MedicLatina; Library Information on Science & technology Abstracts; Cochrane Methodology Register); Reahbdata; Scielo; B-on, e PubMed*. As bases de dados foram acedidas através dos *sites* da: Escola Superior de Saúde de Santarém, Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação e Ordem dos Enfermeiros Portugueses (Anexo VI). Na pesquisa nas diferentes bases de dados, definiram-se limitadores de pesquisa, tendo esta decorrido em Caldas da Rainha no dia 16 de junho de 2017 (Anexo VII).

Após a pesquisa nas diferentes bases de dados, obtiveram-se na *PubMed* 148 artigos, na *B-on* 10 artigos, na *Medline* 3 artigos, perfazendo um total de 161 artigos. Destes, 2 artigos encontravam-se repetidos, pelo que dos 159 artigos restantes, foram excluídos 150 por não terem texto completo ou por aplicação dos critérios de exclusão pela leitura do título. Assim, dos 9 artigos restantes, após leitura do resumo excluíram-se 6, restando 3 artigos que após leitura integral dos mesmos, foram considerados para a RSL. (Anexo VIII).

Os artigos foram selecionados de acordo com os critérios e inclusão e exclusão de forma a dar resposta à questão PICO. Dos três artigos selecionados todos são artigos de investigação, dois de síntese qualitativa e um de síntese quantitativa (Quadro nº 1). Após a leitura dos artigos foram extraídos os resultados considerados mais significativos, tendo sido posteriormente agrupados em quatro categorias e onze subcategorias, de forma a sistematizar os resultados obtidos (Anexo IX, Anexo X e Anexo XI).

Quadro nº 1: Síntese dos artigos selecionados

Artigo	1	2	3
Autor, Título, Periódico, Tipo de Artigo, FI & Localização	"I'm not just a heart, I'm a whole person here: a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction" Autores: Abramsohn <i>et al.</i> Ano: 2013 Jornal: Journal of the American Heart Association (2) Páginas: 1 - 11 Localização: Estados Unidos da América.	Título: "Health care professionals' views on discussing sexual well-being with patients who have had a stroke: a qualitative study." Autores: Mellor <i>et al.</i> Ano: 2013 Jornal: PLOS ONE, volume 8, número 10 Páginas: 1 - 9 Localização: Reino Unido.	Título: "The CopenHeartSF trial—comprehensive sexual rehabilitation programme for male patients with implantable cardioverter defibrillator or ischaemic heart disease and impaired sexual function: protocol of a randomised clinical trial" Autores: Johansen <i>et al.</i> Ano: 2013 Jornal: BMJ Open Páginas: 1 - 11 Localização: Dinamarca
Objetivos do estudo	Identificar as necessidades de conhecimento e recuperação da função sexual da mulher após EAM.	Identificar as experiências dos profissionais de saúde na discussão do bem-estar sexual de pessoas que sofreram AVC.	Identificar os benefícios de um programa de reabilitação para a reeducação sexual, através de um método psico-educativo e de treino físico.
Desenho do Estudo	Investigação qualitativa.	Investigação qualitativa.	Investigação quantitativa
Amostra e Participantes/ Contexto	17 mulheres com parceiro (a) com 46-75 anos de idade que sofreram enfarte agudo do miocárdio.	30 profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas que sofreram AVC.	154 doentes de hospitais com mais de 18 anos portadores de desfibrilador cardioversor implantado.
Colheita de dados/ análise	Entrevista telefónica semi-estruturada guiada.	Entrevista	Ensaio clínico randomizado.
Principais resultados	Integração da sexualidade e funcionalidade sexual no âmbito dos programas de reabilitação; Implementação de estratégias que capacitem a pessoa para a melhoria da sua vida sexual é crucial; Acompanhamento aquando os serviços de internamento, mas também de forma contínua após a alta hospitalar; Aconselhamento personalizado e profissional; Comunicação adequada, evidência um acréscimo do conhecimento, e uma vivência da sexualidade sem medo e com satisfação, melhorando a vida sexual da pessoa/parceiro(a).	Muitos profissionais de saúde apenas abordam a temática da sexualidade quando consideram apropriado, tendo alguns considerado que essa abordagem não deve ser realizada por si mas por outros profissionais de saúde; Habitualmente a temática da sexualidade apenas é abordada após a alta hospitalar; Os aspetos mais discutidos envolvem: segurança na relação sexual; o momento para reiniciar a atividade e problemas eréteis; Os profissionais médicos consideram que a abordagem do tema não se enquadra nas suas competências, sendo esta mais adequada às enfermeiras, por as considerarem mais aptas para tal, dada a natureza dos cuidados à pessoa; Os profissionais de saúde mencionam embaraço, receio de ofender ou ser mal interpretado pela pessoa ao abordar o tema da sexualidade.	A centralidade numa consulta psico-educativa realizada por uma enfermeira com treino adequado e formação especializada, numa abordagem centrada na pessoa; A intervenção procura um domínio comportamental, mas também físico, através de exercícios; Procura estabelecer a importância da integração da intervenção na sexualidade no âmbito dos serviços de saúde, procurando gerar consensos acerca desta mesma intervenção.

Fonte: Síntese realizada com base nos artigos selecionados de Abramsohn *et al.*

(2013); Mellor *et al.* (2013) e Johansen *et al.* (2013)

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS: ANÁLISE E DISCUSSÃO

Neste ponto iremos apresentar os resultados obtidos, bem como sua análise e discussão. Na sequência RSL e processo de categorização dos resultados, parece-nos que a sua apresentação desta forma, simplifica a compreensão dos achados obtidos e de que forma estes são relevantes na tentativa de dar resposta à questão PICO.

4.1. EVIDÊNCIA CIENTÍFICA RESULTANTE DOS ARTIGOS SELECIONADOS

No sentido de procurar simplificar a apresentação dos resultados obtidos da análise dos artigos selecionados, procedeu-se à sua categorização *à posteriori* em quatro categorias e onze subcategorias (Quadro nº 2), decorrentes do processo de análise dos mesmos (Anexo XI).

Quadro nº 2: Resultados obtidos: categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
(1) Estratégias de abordagem educacional em reeducação sexual	(1.1) Iniciativa de processo de comunicação
	(1.2) Comunicação adequada
	(1.3) Fatores facilitadores e dificultadores
(2) Intervenientes no processo de reeducação sexual	(2.1) Pessoa/ parceiro(a) com alteração da função sexual
	(2.2) Profissionais de saúde
(3) Contexto da intervenção em reeducação Sexual	(3.1) Hospital – Internamento
	(3.2) Continuidade de cuidados – Domicílio
(4) Domínios da intervenção em reeducação Sexual	(4.1) Domínio psicossocial
	(4.2) Domínio emocional
	(4.3) Domínio físico
	(4.4) Domínio educacional

Fonte: Categorização realizada com base nos artigos selecionados de Abramsohn *et al.* (2013); Mellor *et al.* (2013) e Johansen *et al.* (2013)

Na sequência da análise dos achados significativos dos artigos selecionados emerge da categoria (1) **estratégias de abordagem educacional em reeducação sexual**, com resultados relevantes face à centralização do cuidado na pessoa e numa comunicação adequada às suas necessidades, contendo a subcategoria (1.1) iniciativa de processo de comunicação, pois poucas pessoas recebem aconselhamento acerca das suas preocupações e segurança no retorno à vida sexual, sendo esta abordagem maioritariamente iniciada pela pessoa (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Apesar de preferencialmente esta abordagem ser realizada pela pessoa, Rutte *et al.* (2015) referem que as pessoas experienciam dificuldades em discutir os seus problemas sexuais, sentindo-se embaraçadas, preferindo uma abordagem inicial realizada pelos profissionais de saúde.

Levine *et al.* (2012) acrescentam que os profissionais de saúde fornecem pouca informação à pessoa/parceiro (a), sendo a mesma na maioria das vezes em suporte escrito e não verbal. A abordagem da sexualidade pelos profissionais de saúde beneficia a discussão das preocupações da pessoa/parceiro(a), sugerindo a utilização de questionários como medida para facilitar a mesma.

Assim, parece-nos que a comunicação surge como um ponto central da abordagem da intervenção no âmbito da reeducação sexual, pois o estabelecimento de uma comunicação adequada é crucial na abordagem de aspetos sensíveis à pessoa (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Este achado é corroborado por Hall (2013) que considera que, dadas as características da relação terapêutica estabelecida entre a pessoa/parceiro(a) e enfermeiros, estes surgem na primeira linha do aconselhamento sexual. Esta relação profissional próxima que se estabelece deve abarcar uma atitude sem julgamentos ou juízos de valor, assegurando a confidencialidade.

O referido, vai de encontro aos resultados obtidos, que revelam na subcategoria (1.2) comunicação adequada, a necessidade de privacidade, uma abordagem centrada na pessoa com a disponibilização da informação adequada (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Hoeman (2011) acentua estes achados mencionando que uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito melhora o aconselhamento. Assim, a comunicação e linguagem devem ser compreendidas pela pessoa/parceiro(a) de forma calma e confiante. Enquanto estratégias, as técnicas de comunicação são ferramentas fundamentais para uma

interação bem sucedida, através da: escuta ativa, técnicas para despoletar sentimentos, estratégias para mostrar aceitação, estabelecimento de objetivos e resolução de problemas.

No entanto, múltiplos são os (1.3) fatores facilitadores e dificultadores da relação terapêutica e comunicação, referem-se como fatores dificultadores da comunicação: inexistência de qualquer tipo de aconselhamento por parte dos profissionais de saúde; contexto da abordagem; momento da abordagem; conteúdo da intervenção; gênero do profissional de saúde; percepção da insegurança e desconhecimento face ao tema e à situação do doente pelo profissional de saúde; idade da pessoa: a ideia de que a pessoa mais velha não sente necessidade de viver a sua sexualidade e função sexual e pouco à vontade/embaraço do profissional de saúde ao abordar o tema da sexualidade (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Serrano (2005) acrescenta que os profissionais de saúde sentem dificuldade em abordar os assuntos da sexualidade devido a: receio da reação do doente, à falta de iniciativa própria e do doente, fatores pessoais, tais como considerarem a sexualidade um assunto pessoal e íntimo de cada um, e portanto difícil de abordar.

Levine *et al.* (2012) acentuam que a inexperiência, embaraço e falta de conhecimentos, associados ao tempo limitado na relação com a pessoa, leva a que o aconselhamento seja raramente garantido.

Destes resultados, emerge na nossa reflexão que as atitudes dos profissionais de saúde, independentemente da categoria profissional, influenciam largamente o decorrer do processo de reabilitação num âmbito relacional e terapêutico. A falta de preparação técnica e científica, mas também a falta de experiência na abordagem desta alteração à funcionalidade, reconhecida também na nossa experiência em contexto de estágio, revela-se como um entrave ao desenvolvimento da reeducação sexual como área de eleição a assumir pela enfermagem de reabilitação.

Kautz e Van Horn (2014) dão ênfase a estes aspetos, ao mencionar que os profissionais de saúde não se sentem motivados para estarem atentos, considerando que esta abordagem não deveria fazer parte da sua prática, por não possuírem conhecimentos ou treino suficientes para o aconselhamento sexual.

No entanto, Rutte *et al.* (2015) acrescentam que também os profissionais percecionam a pessoa com alteração da função sexual com características potencialmente dificultadoras da abordagem terapêutica, nomeadamente: gênero, etnia e orientação sexual.

Hoeman (2011) a este propósito acrescenta que o aconselhamento sexual realizado pelos enfermeiros de reabilitação deve compreender a tomada de consciência dos seus

valores, preconceitos e crenças, pois os enfermeiros, não podem negar as suas crenças, no entanto, estas não devem interferir no processo de reeducação sexual.

Neste sentido, parece-nos crucial a existência de programas de formação e treino adequados aos enfermeiros de reabilitação, bem como aos elementos da restante equipa interdisciplinar, no sentido de garantir a intervenção adequada face à problemática da funcionalidade sexual.

A centralidade da intervenção na pessoa com alteração à funcionalidade sexual e parceiro(a) revela-se crucial para um processo comunicacional e educacional bem sucedido, em (2) **intervenientes no processo de reeducação sexual**, na subcategoria (2.1) pessoa/ parceiro(a) com alteração da função sexual, refere-se que, a participação da pessoa/parceiro(a) é incentivada, sendo um ponto central para o desenvolvimento de uma intervenção adequada e ajustada, referindo interesse no aconselhamento sexual como parte do processo de reabilitação (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Estes resultados vão de encontro a Hoeman (2011) referindo que os parceiros precisam de aconselhamento sobre como reagir mediante as alterações da imagem corporal, para que o casal possa encontrar estratégias para se adaptar às alterações decorrentes da doença.

Levine *et al.* (2012) acrescentam que a intervenção no âmbito da sexualidade e funcionalidade sexual, é mais acessível aos homens do que às mulheres, e que raramente é acessível ao parceiro(a).

Porém foi encontrado um achado contraditório, face à intervenção no processo de reeducação sexual, no qual a pessoa habitualmente prefere não ter o parceiro(a) presente aquando da intervenção do enfermeiro. Tal resultado contraria as fontes consultadas, pois não vai de encontro ao que nos parece fundamental, a integração da pessoa/família no processo de reabilitação no seu todo e, especificamente, na reeducação sexual (Regulamento nº 125/2011).

Da experiência vivida em estágio, parece crucial a integração do parceiro na discussão e aconselhamento sexual, pois possibilita o conhecimento e compreensão da nova realidade, tornando-se o parceiro um potencial elemento facilitador para todo o processo de adaptação da pessoa com alteração à funcionalidade sexual.

Collière (1999) e André e Maria (2013) mencionam que na relação terapêutica tem de se considerar o binómio pessoa - enfermeiro, sendo este o eixo dos cuidados prestados. A acrescentar a esta afirmação, que no âmbito da competência específica do enfermeiro de

reabilitação: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, enquadra-se a discussão das alterações da função a diversos níveis, nomeadamente da sexualidade com a pessoa/cuidador, definindo estratégias a implementar, resultados esperados e os objetivos a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida (Regulamento nº 125/2011).

No âmbito da mesma categoria (2) surge a subcategoria: (2.2) profissionais de saúde. Os resultados revelam que os profissionais de saúde reconhecem não ter competências suficientes, pelo que esta temática deve fazer parte do ensino de reabilitação, no entanto, a formação e treino nesta área é nula (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Simpson *et al.* (2006) enfatiza esta ideia revelando que os profissionais de saúde devem ter acesso à informação e conhecimento acerca da funcionalidade sexual, bem como a programas de treino que promovam ou aprimorem competências. A aceitação da sua própria sexualidade permite um aconselhamento mais adequado, seguro, revelador de maior confiança e à vontade para tal.

Segundo estes autores, os enfermeiros que desenvolvem a abordagem psico-educativa devem ter acesso à formação e treino de competências na área da sexologia (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

No âmbito da equipa interdisciplinar, o enfermeiro de reabilitação, dadas as suas competências técnicas e não técnicas e a natureza do cuidar centrado na pessoa, surge como o profissional da equipa de reabilitação preferencial para a discussão e intervenção do âmbito da funcionalidade sexual.

A presente reflexão vai de encontro os resultados da subcategoria descrita anteriormente, e revelam que os profissionais de saúde da área médica referem não ter competência para tal abordagem, evidenciando essa intervenção como mais apropriada para os enfermeiros que se encontram mais vocacionados para tal, nomeadamente do género feminino, sendo consideradas as profissionais mais adequadas para a abordagem desta temática, capazes de nutrir mais confiança na relação com a pessoa (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Parece urgente que os enfermeiros de reabilitação assumam um papel crucial na reeducação sexual, integrando essa mesma intervenção no âmbito do das suas competências específicas, pois no âmbito da sua competência específica cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cui-

dados e deverá proporcionar o acesso aos cuidados especializados, nos diversos contextos na prática clínica (Regulamento nº 125/2011).

Quanto à categoria (3) **contexto da intervenção em reeducação sexual**, divide-se em duas subcategorias, o contexto (3.1) hospital - internamento e o de (3.2) continuidade de cuidados - domicílio. De acordo com os autores dos artigos relacionados a abordagem da reeducação sexual deverá ser iniciada em âmbito hospitalar e, posteriormente, explorada num *contínuum* de cuidados no domicílio, pois deve ocorrer num ambiente calmo e acolhedor, preferencialmente em casa da pessoa.

André e Maria (2013) corroboram estas indicações ao referirem que a intervenção de enfermagem neste âmbito deve ser implementada/iniciada no hospital com o envolvimento do parceiro(a), mas deve ser continuada após o internamento hospitalar.

Da experiência dos contextos de estágio, a abordagem à funcionalidade sexual, quando realizada, integra-se apenas no âmbito hospitalar, sendo posteriormente nula. A dimensão sexual deve ser integrada na intervenção dos profissionais de saúde, sustentando esta intervenção na convicção de que toda e qualquer pessoa tem um potencial afetivo-sexual que, na possibilidade de requer uma redefinição, não significa uma inadequação, ou ausência (Cardoso, 2004).

Nos artigos selecionados emerge também a categoria (4) **domínio da intervenção em reeducação sexual**, definem-se quatro subcategorias.

No âmbito das subcategorias (4.1) domínio psicossocial e (4.2) domínio emocional, os achados mais significativos revelam a necessidade de reconhecer a legitimidade de que as pessoas têm uma vida sexual e que as necessidades de informação envolvem uma aproximação proactiva incluindo uma permissão para a abordagem dos temas por parte da pessoa num ambiente confortável e, por outro lado a identificação da disfunção sexual como um componente psicossocial nos programas de reabilitação (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

A permissão para a abordagem da sexualidade pela pessoa é crucial para o desenvolvimento de um processo de reeducação ajustado a cada pessoa/parceiro(a) e pressupõe a existência prévia de uma comunicação eficaz e de uma relação terapêutica. Parece-nos, neste âmbito, que a estruturação da intervenção poderia passar pela adoção de modelos de intervenção, nomeadamente o Modelo PLISSIT que vai diretamente ao encontro destes achados, numa primeira fase, pois, segundo Hall (2013), o primeiro nível de intervenção a *Permission*, permite a discussão das preocupações, assumindo a sexualidade como um tópico natural a ser abordado ou não.

Ainda de acordo com os autores mencionados a mudança do contexto de vida influencia as expectativas e satisfação, mediante a mudança de papel de parceiro(a) para cuidador(a), influenciando a dinâmica da relação, identidade e não sendo, por vezes, compatível com a vivência da sexualidade. Surge, assim, a necessidade de acesso a serviços de suporte emocional e a profissionais de saúde capazes de manifestar ajuda especializada e recursos para a vivência do sexo e sexualidade (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Cardoso (2004) acrescenta que a assunção do papel de cuidador do parceiro(a) é um papel difícil de assumir num contexto de perda da funcionalidade a nível da sexualidade, levando à inibição da sexualidade da pessoa/parceiro(a) e dificuldade na separação dos diferentes papéis, podendo levar à contaminação da intimidade.

Assim, Kautz e Van Horn (2014) revelam que é fundamental ajudar a pessoa/parceiro(a) a adaptar-se às mudanças e a manter a funcionalidade sexual e intimidade, através de profissionais treinados capazes de proporcionar uma vertente educacional que beneficie ou ofereça recursos para a melhoria da qualidade de vida.

Julgamos que a intervenção do enfermeiro de reabilitação, passa por uma obtenção de permissão mútua, na qual tanto o profissional como a pessoa/parceiro(a) possam assumir uma comunicação assertiva e a predisposição para uma relação terapêutica baseada em respeito mútuo, compreensão, escuta ativa, que possibilite à pessoa expor os seus medos, receios, dúvidas, dando espaço para a elaboração de ideias e exploração das mesmas.

Esta reflexão vai de encontro aos resultados categorizados, na medida em que a abordagem psico-educativa pressupõe a discussão e a atribuição de significado ao passado, presente e futuro e a exploração e discussão de eventos e oportunidades e procura de possibilidades (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Kautz e Van Horn (2014) acrescentam que o aconselhamento sexual se deve basear numa terapia cognitivo-comportamental e social através de uma abordagem interdisciplinar, estruturada em equipa. A existência de uma consulta psico-educativa inserida num programa de reabilitação sexual, realizada por enfermeira especialista com competências específicas na área da sexualidade de forma individualizada, surge como crucial no processo de reabilitação.

Levine *et al.* (2012) referem que o aconselhamento sexual melhora o conhecimento, aumenta a probabilidade de retomar a atividade sexual, melhora o desejo e satisfação sexual. Os sentimentos de medo e ansiedade face ao retorno à atividade sexual diminuem, incrementado a confiança e consequentemente a qualidade de vida.

No âmbito do (4.3) domínio físico, os resultados revelam que as mudanças na aparência física podem afetar o autoconceito, auto-estima, inibindo o contacto físico, e consequentemente assumindo elevado impacto no desejo sexual. A alteração física pode impedir os casais de praticar algumas posições sexuais e viver em pleno a sua sexualidade. Revelam-se aqui, preocupações relacionadas com aspetos de disfunção sexual e a segurança na atividade sexual e momento para retomar atividade sexual (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Cardoso (2004) corrobora esta reflexão ao mencionar que o culto do corpo modelado pelos padrões estéticos envolve um trabalho intensivo/compulsivo do mesmo. No âmbito da doença crónica, o corpo disfuncional compromete a perfeição dos ideais e a integridade corporal, levando ao afastamento da representação social do ideal de beleza. Este afastamento induz a sentimentos de desqualificação, auto e hétero desvalorização, desinteresse e discriminação, que confluem em conflitualidade e turbulência no relacionamento sexual.

Face ao referido, parece-nos que todas as mudanças decorrentes da alteração da funcionalidade sexual associada a processos de doença crónica, assumem também domínios emocionais e psicológicos, associadas ao corpo saudável e ao corpo doente. A sobrevalorização do corpo na sociedade atual inibe uma vivência em pleno do ser sexual, que se acentua na pessoa com perda da funcionalidade e, consequentemente na sua auto imagem, autoconceito e auto-estima.

Na prática que queremos concetualizar, a pessoa como um todo nos diferentes domínios da sua vivência devem interagir de forma equilibrada. O desequilíbrio de um domínio assume reflexos em todos os outros.

Cardoso (2004) refere que alterações à sexualidade na sequência de doença crónica, numa cultura centrada no sexo penetrativo, no falocentrismo, e incapacidade/dificuldade para a adaptação, geram preocupações e receios/medos de desiludir o parceiro (a) gerando o abandono e desistência face à sexualidade, adaptação e aceitação da nova realidade.

Neste sentido, as mulheres assumem maior capacidade adaptativa às alterações à funcionalidade sexual, pois apresentam maior valorização da componente emocional e afetiva. Para elas, a sexualidade não é sinónimo de coito, pois a sua resposta sexual é constituída por múltiplas fases, mediante o Modelo de trifásico de Kaplan (1979) que distingue a fase de desejo, a fase de excitação e a fase de orgasmo (Cardoso, 2004).

Na subcategoria (4.4) domínio educacional, o aconselhamento deve ser iniciado em internamento e deveria ter continuidade ao longo do processo de reabilitação. Este pressu-

põe a identificação de estratégias de abordagem da disfunção sexual e de obtenção de resultados. Quanto à abordagem das pessoas, estas preferem uma abordagem privada com o profissional de saúde, a sessões de grupo, apesar de estas serem recomendadas na abordagem da sexualidade (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

De acordo com a experiência nos contextos de estágio, o enfermeiro de reabilitação assume uma abordagem pouco fundamentada, não estruturada, sem resposta adequada às necessidades da pessoa. Esta não contempla a permissão para a relação terapêutica, nem avaliação, discussão ou implementação de estratégias para a promoção da qualidade de vida sexual.

Parece-nos também que a ocorrência de doenças crónicas em pessoas cada vez mais jovens com alteração da sexualidade, função sexual e reprodução, devem ser temas a explorar com a pessoa/parceiro(a). No entanto, esta intervenção não deve ter em conta apenas a idade do jovem e do adulto, pois a sexualidade deve ser visionada ao longo do ciclo de vida, não sendo a idade motivo de exclusão e/ou inacessibilidade aos cuidados especializados nesta área específica da reabilitação.

Cardoso (2004) indica que a reabilitação sexual deve ter em conta uma dimensão avaliativa e interventiva, numa abordagem flexível que permita a reavaliação, redefinição e adaptação das intervenções programadas.

Nesta sequência, o aconselhamento sexual é fundamental na retoma da atividade sexual, sendo esta intervenção e aconselhamento medidas não dispendiosas, pelo que poderiam ser implementadas em diferentes contextos. (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Cardoso (2004) reforça que a intervenção deve estabelecer/reconhecer o impacto da doença na esfera sexual, abordando os aspetos fisiológicos, mas também psicossociais.

Kautz e Van Horn (2014) acrescentam que um programa de conteúdo educacional e aconselhamento emocional e definição de estratégias específicas para minimizar as complicações sexuais após doença, surgem como fundamentais, melhorando a satisfação sexual e a frequência da atividade sexual.

Assim, a intervenção psico-educativa realizada por enfermeiros é centrada num clima de proximidade, suporte de educação, baseadas numa visão holística centrada na pessoa, pois a pessoa aprende a interpretar e a reagir mediante sintomas físicos e psicológicos, através da criação de estratégias de *coping* para lidar como a ansiedade, medo e depressão. Assim, pressupõem-se a criação de ideias, ver, ouvir e sentir de que forma a

situação pode ser vivida de forma diferente, reconhecendo as qualidades, capacidades e valor pessoal, bem como as prioridades pessoais; tentando desta forma mudar a forma de visionar a realidade potencialmente percebida como nefasta (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Nas consultas realizadas pelos enfermeiros estes devem: saber ouvir, ser silenciosos enquanto a pessoa discursa, realizar questões que encorajem a reflexão e deixar a pessoa encontrar as respostas/soluções, associando o conhecimento, aconselhamento e orientação necessárias, não devendo ultrapassar aproximadamente 45 minutos (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013 e Johansen *et al.*, 2013).

Estes aspetos enquadram-se no âmbito do Modelo PLISSIT, no segundo nível *Limited Information* que acentua a educação e o aconselhamento, desmistificando mitos e fatos, através da disponibilização de informação e discussão de aspetos mais preocupantes, procurando discutir meios de reduzir o isolamento social, pois a incapacidade diminui a acessibilidade nos contextos de interação social e conseqüentemente, as oportunidades de envolvimento afetivo, social e sexual. Estas aumentam se houver o esclarecimento de aspetos psicofisiológicos e se incentivar a pessoa a ver-se novamente como um ser sexuado, abordando questões relacionadas com a maternidade e paternidade. A promoção de orientações específicas para ultrapassar barreiras, facilitam o alcance de objetivos, podendo incluir aconselhamento e ensino acerca, por exemplo da cateterização vesical, enquadrando-se assim, no âmbito do nível 3 de intervenção *Specific suggestions* (Cardoso, 2003; Garret e Teixeira, 2006; Hall, 2013).

4.2. CONTRIBUTO PARA A ABORDAGEM DAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS À SEXUALIDADE PELO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Os resultados obtidos no âmbito da intervenção enquadram-se no Modelo PLISSIT (Annon, 1981). Consideramos que também o Modelo de reabilitação sexual pós-deficiência física (Cardoso, 2003), assenta numa fase avaliativa e numa fase interventiva, com base numa abordagem interativa, envolvendo constantes reavaliações e conseqüentes redefinições do plano de intervenção, conjuntamente com a pessoa/parceiro (a).

Assim, cremos que a estruturação da intervenção do enfermeiro de reabilitação deveria basear-se numa conjugação dos dois modelos referidos, integrando também o modelo de vida e as AVs de Roper, Logan e Tierney.

Assim, constitui nossa intenção a elaboração de um modelo único, onde estes modelos se cruzam, por forma a servir de base à intervenção do enfermeiro de reabilitação nesta área.

Neste sentido, propõe-se uma abordagem centrada na pessoa e na sua individualidade de vida, como um sistema que carece de intervenção no âmbito da enfermagem de reabilitação, inserido numa família e comunidade. (Roper *et al.*, 2001). Esta deve permitir uma comunicação adequada, permitindo a identificação de fatores limitadores da funcionalidade, através de uma avaliação minuciosa de aspetos físicos, psicossociais e emocionais, e posterior definição conjunta de objetivos e elaboração da intervenção.

Consideramos nestes momentos descritos, uma abordagem individual e gradualmente conjunta com o parceiro(a), com base nos resultados encontrados, na revisão bibliográfica realizada, bem como a necessidade de delinear uma intervenção psico-educativa adequada e fundamentada, que reconheça as competências do enfermeiro de reabilitação como elemento fundamental e preferencial na abordagem da reeducação sexual, atendendo à necessidade de uma formação sólida nesta área de intervenção.

Assim, propomos como resultado dos três modelos, o modelo de abordagem da reeducação sexual, que procura sistematizar a intervenção do enfermeiro de reabilitação através de 6 fases fundamentais (Figura nº 3):

- ✓ **Fase 1** - corresponde ao "**Consentimento**", insere-se no âmbito do primeiro nível do Modelo PLISSIT, *Permission*, parece-nos fundamental a permissibilidade e disponibilidade por parte da pessoa e enfermeiro para abordar o tema da sexualidade para que ambos construam uma relação terapêutica de confiança mútua, respeito, interação, através da escuta ativa e de técnicas de comunicação eficaz (Hoeiman, 2011; Cardoso, 2003; Garret e Teixeira, 2006);
- ✓ **Fase 2** - refere-se à "**Apreciação**" baseada no modelo de reabilitação sexual pós-deficiência física (Cardoso, 2003) e Modelo de Roper, Logan e Tierney (Roper *et al.*, 2001), na qual o enfermeiro de reabilitação, avalia aspetos fundamentais dos domínios: físico, psicossocial e emocional, domínio cultural, espiritual e religioso, e domínio político e económico:
 - ✓ Domínio físico - preconiza-se a abordagem da patologia geradora da alteração à funcionalidade global e sexual; avaliação da evolução da

funcionalidade ((ir)reverssibilidade) e riscos para a saúde global; nível de independência funcional; consequências globais associadas à doença - limitações nas AVs; consequências específicas direta ou indireta na AV exprimir a sexualidade e na função sexual com base nas respostas sexuais; identificação de complicações secundárias (a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade), efeitos da terapêutica sob a função sexual e saúde reprodutiva (Cardoso, 2003; Regulamento nº 125/2011; Roper *et al.*, 2001; WHO, 2010a);

- ✓ Domínios: psicossocial e emocional - pretende-se com base nos modelos de Cardoso (2003) e Roper *et al.* (2001), que sejam avaliadas as experiências pessoais e conjugais em relação à sexualidade; o impacto sobre a dinâmica conjugal; crenças associadas aos efeitos negativos da atividade sexual sobre a sua condição de doença; cognições e comportamentos sexuais pré-mórbidos; mecanismos de *coping* mobilizados e estratégias utilizadas na resolução dos problemas; tipo de comunicação sexual do casal; alterações na imagem corporal; alterações nos papéis de género; consequências ao nível da auto-estima, auto eficácia e auto confiança; significado pessoal atribuído a uma hipotética perda de independência; perceções de inadequação sexual potenciais e vividas; sintomatologia associada à depressão, manifestada através de padrões negativos de pensamento e evitamento da interação sexual; alterações no funcionamento cognitivo; esclarecimento e abolição dos mitos face à sexualidade na pessoa com alteração da funcionalidade; existência de suporte social; a institucionalização (tende a acentuar o isolamento social e desvalorizar o relacionamento afetivo); a infantilização (existência de relações assimétricas, paternalistas); restrições na acessibilidade aos contextos de convivência social; abuso sexual; fragilidade e a vulnerabilidade da condição física e psicológica podem constituir um terreno propício para o relacionamento sexual não consentido e fatores relacionados com o papel maternal/paternal (Garret e Teixeira, 2006);
- ✓ Domínio cultural, espiritual e religioso: consideramos que numa sociedade global e multicultural, existem alguns conceitos fundamentais que não devem ser excluídos da intervenção, nomeadamente a religião, espi-

ritualidade e cultura, que podem ser cruciais para o planeamento e implementação da mesma. A forma como cada pessoa desenvolve as suas AVs é influenciada pela cultura da sociedade onde se integra, bem como pela sua religião, que influencia consideravelmente o comportamento da pessoa e do grupo. Apesar de se associar frequentemente a religião à espiritualidade, esta pode ser apenas uma orientação filosófica para a crença e o sentido da vida, não implicando necessariamente uma religião. Neste sentido, é importante conhecer qual o meio cultural, religião e espiritualidade da pessoa, de forma a planear a intervenção de forma adequada à individualidade da mesma (Roper *et al.*, 2001);

- ✓ Domínio político e económico: entendemos que na sua apreciação o enfermeiro de reabilitação deve ser conhecedor dos recursos institucionais disponíveis para uma orientação e encaminhamento adequados da pessoa, garantindo a sua acessibilidade. Da mesma forma, pensamos que apesar de não ser o foco da intervenção do enfermeiro de reabilitação, é fundamental compreender a capacidade económica disponível da pessoa/parceiro (a) nomeadamente na orientação para produtos de apoio ou outras intervenções consideradas viáveis, mas que possam não ser acessíveis à pessoa, por via da sua (in) capacidade económica (Roper *et al.*, 2001).

✓ Fase 3 - preconiza a "**estruturação de objetivos**" com a pessoa/parceiro (a), a partir da identificação de problemas reais ou potenciais, de forma a orientar a intervenção e posteriormente sua avaliação, e eventual necessidade de reformulação de objetivos e intervenções, não sendo portanto percebida como estanque, mas sim, passível de ser redirecionada e adaptada em função das necessidades sentidas da pessoa (Roper *et al.*, 2001);

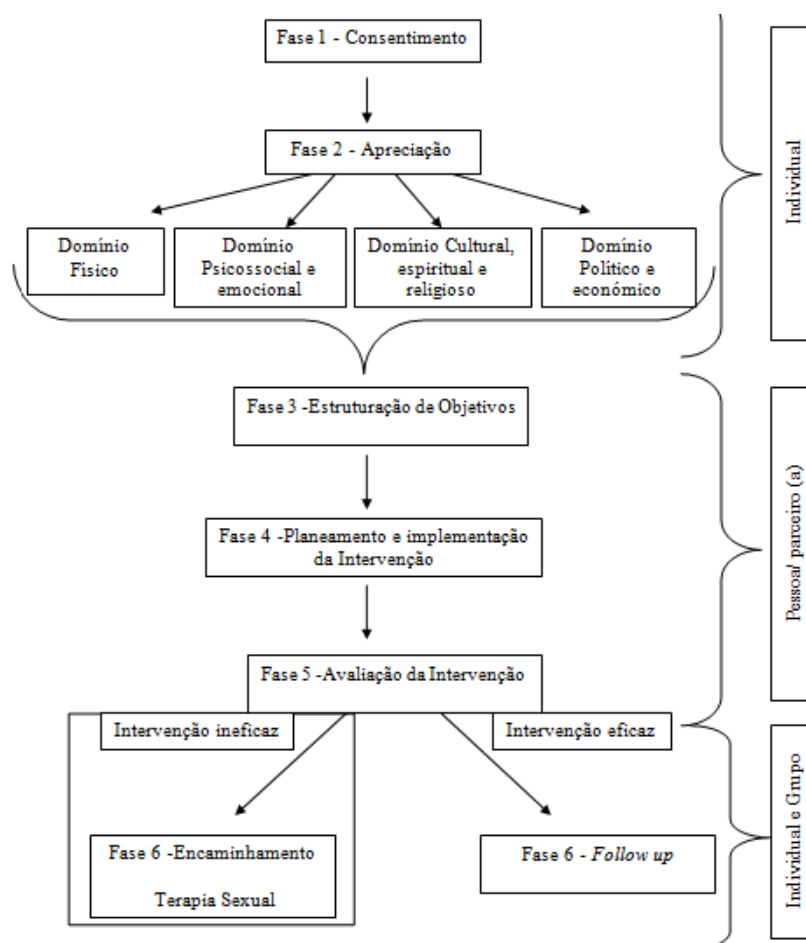
✓ Fase 4 - decorre após a definição dos objetivos, o "**planeamento e implementação da intervenção**" em equipa terapêutica (e interdisciplinar) (pessoa/parceiro(a) / enfermeiro de reabilitação), com base no Modelo PLISSIT e Modelo de reabilitação sexual pós-deficiência física e engloba: a educação e informação sexual (informações acerca de conceitos, resposta sexual, sexualidade, saúde reprodutiva, acessibilidade à saúde sexual; produtos de apoio; alterações na sequência da doença; identificação e mapeamento das zonas erógenas); desmistificação de crenças sociais; reestruturação cognitiva (encorajamento do estabelecimento de padrões cognitivos que

possam congregar a ideia de que a sexualidade continua a ser possível e gratificante); modificação comportamental (fomentar a consolidação das bases afetivas; incentivar a participação no processo de reeducação sexual; reforçar as competências comunicacionais e a assertividade sexual; promover e valorizar os novos contornos dos papéis de gênero, de modo a que as identidades masculina ou feminina coexistam; alargar as opções e interesses eróticos e de iniciativas sexuais, através da valorização das zonas erógenas ditas secundárias e da sexualidade extra genital, e adoção de posições compatíveis com as capacidades motoras; eliminar a ansiedade antecipatória e de desempenho; possibilitar a aprendizagem da amplificação sensorial de forma a potencializar a satisfação sexual; terapêutica farmacológica e recurso a produtos de apoio;

✓ Fase 5 - pressupõe a "**Avaliação da intervenção**", esta entende-se como o retorno à fase 2, avaliando os aspetos cruciais inicialmente identificados e o alcance dos objetivos por parte da pessoa/parceiro (a), permitindo o reajuste da intervenção e continuidade da mesma, como medida de "*Follow up*" (fase 6), ou seja, um seguimento próximo da pessoa a título individual e em grupo, enfatizando nesta fase a importância da partilha de experiências e interação com outros que eventualmente vivenciaram experiências equiparadas. Nesta fase, uma avaliação negativa da intervenção, pressupõe o "encaminhamento" (fase 6) responsável por parte do enfermeiro de reabilitação para profissionais cujas competências, pela área de formação, conhecimento e experiência seja mais adequada para dar a resposta necessária à pessoa, no âmbito da terapia sexual. Esta fase enquadra-se no âmbito do Modelo PLISSIT na medida em que o último nível se refere a *intensive therapy* quando a intervenção necessita de um terapeuta psicosssexual treinado, devendo assim, o enfermeiro de reabilitação reconhecer o âmbito da sua intervenção e suas limitações proporcionando o melhor cuidado possível à pessoa, através do encaminhamento (Hall, 2013).

Parece-nos que as primeiras duas fases devam decorrer com um cariz individual, e posteriormente seja integrado o parceiro (a), para que se proceda ao estabelecimento da relação terapêutica de forma eficaz, bem como a avaliação real da pessoa, e posteriormente, individual e em grupo no âmbito da fase 3, 4, 5 e 6.

Figura nº 3: Proposta de modelo de abordagem da reeducação sexual em enfermagem de reabilitação



Fonte: Modelo baseado nas abordagens do Modelo PLISSIT (Anon, 1981), Modelo de Reabilitação Sexual após Deficiência Física (Cardoso, 2003) e Modelo de Vida (Roper *et al.*, 2001)

Consideramos, mediante os resultados mais significativos dos artigos seleccionados e revisão bibliográfica, que esta abordagem deveria ser iniciada em contexto de internamento, após evento agudo, potenciador de doença crónica. No entanto, parece-nos que o acompanhamento estruturado deve ser realizado em âmbito comunitário, tendo o domicílio como principal aliado na intervenção, pois é o local seguro da pessoa, onde eventualmente se sentirá mais disponível e confortável para a abordagem da temática em estudo (Abramsohn *et al.*, 2013; Mellor *et al.*, 2013; Johansen *et al.*, 2013 e André e Maria, 2013).

Acentuamos a necessidade de uma equipa interdisciplinar no decorrer de todo o processo pois, o enfermeiro de reabilitação apesar das suas competências, poderá melhorar

os cuidados à pessoa, ao integrar esta intervenção num âmbito interdisciplinar, nomeadamente em aspetos clínicos e farmacológicos específicos.

Consideramos, na concetualização deste modelo, a possibilidade de dar visibilidade à intervenção do enfermeiro de reabilitação, no âmbito da reeducação sexual, através do recurso a escalas de avaliação nas diferentes fases do mesmo, nomeadamente: (1) Índice Barthel (domínio físico) (DGS, 2011); (2) *New Sexual Satisfaction Scale* (domínio psicossocial e emocional) (Santos Pechorro *et al.*, 2015), e a (3) WHO *Quality of Life* - 100, a escala de avaliação da qualidade de vida, adaptada à população portuguesa com acréscimo de quatro facetas (domínio físico, domínio psicossocial e emocional, domínio cultura, espiritual e domínio político e económico). Parece-nos adequado o recurso a esta escala na medida em que responde de forma individualizada aos diversos domínios do mesmo, permitindo uma apreciação consistente e abrangente da pessoa (WHO, 1998; Serra *et al.*, 2006).

O modelo de abordagem que propomos aqui, como uma conjugação de modelos pré-existentes, constitui-se como uma proposta para melhorar a sistematização da intervenção do enfermeiro de reabilitação no âmbito da reeducação sexual. No entanto, assume-se a sua natureza teórica e hipotética, carecendo de aprofundamento, aplicação e evidência científica da sua utilização.

5. CONCLUSÃO

Viver após um evento de doença, que culmina na cronicidade da patologia, acarreta alterações significativas na dimensão holística da pessoa.

Em contextos clínicos complexos cujas alterações à funcionalidade são diversas, a sexualidade é colocada em segundo plano pela equipa de saúde. No entanto, a sexualidade e a funcionalidade sexual vão além do plano físico, pois envolvem múltiplos domínios que poderão afetar não só o ato sexual, como também a própria manifestação dos afetos e relacionamentos afetivos, podendo gerar desde isolamento social e afetivo a quadros de depressão, que por sua vez desencadeiam barreiras internas e externas à acessibilidade dos cuidados especializados.

A compreensão pelo enfermeiro de reabilitação da importância desta dimensão humana e o impacto da sua alteração na vida diária da pessoa surgem como necessárias à superação de mitos, preconceitos e ideias pouco fundamentadas, que o profissional retém em si, e que influenciam a sua própria vivência da sexualidade, sendo ele próprio uma eventual barreira ao processo de reabilitação.

Neste sentido, os objetivos do relatório inicialmente definidos assumiram-se como orientadores no decorrer desta RSL, permitindo através da reflexão acerca das atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio: (1) o reconhecimento das lacunas formativas nesta área específica; (2) a necessidade de intensificar o conhecimento, formação e treino dos enfermeiros de reabilitação; (3) a necessidade de aquisição e aperfeiçoamento de competências técnicas e não técnicas; (4) a capacitação do enfermeiro de reabilitação para dar uma resposta especializada no âmbito da reeducação sexual, e (5) o reconhecimento, que no decorrer dos estágios a prestação de cuidados especializados nesta área poderia ter sido realizada de forma mais estruturada e mais aprofundada, do que na realidade foi desenvolvida pela mestranda.

Por outro lado, apesar de não se identificar diretamente as intervenções do enfermeiro de reabilitação na promoção da funcionalidade sexual para uma pessoa com determinada patologia em específico, parece-nos que a tentativa de estruturação desta intervenção e o desenvolvimento da mesma surge como relevante, atendendo às experiências vivi-

das em contexto de estágio, e procurando dar respostas às dificuldades sentidas no decorrer do mesmo.

Ao longo do processo de pesquisa da RSL surgiram alguns constrangimentos pois esses procedimentos revelaram-se complexos pela dificuldade na obtenção de informação relativa a esta temática especificamente no âmbito da enfermagem de reabilitação. No entanto, consideramos que os artigos selecionados surgem como fundamentais na resposta à questão PICO definida, pois enquadram as alterações à funcionalidade sexual no seio da equipa de reabilitação, reconhecendo competências aos enfermeiros de reabilitação, bem como a necessidade de estruturação e acompanhamento desta intervenção, indo de encontro à questão pré-definida.

Resultante das (in)experiências em contexto de estágio, da revisão bibliográfica realizada, análise dos artigos selecionados, de pesquisas sobre o Modelo PLISSIT (Annon,1981), sobre o Modelo de Sexualidade Após a Deficiência Física (Cardoso, 2003), sobre o Modelo Teórico de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (Roper *et al.*, 2001) e sobre o Modelo Teórico de Enfermagem de Meleis, surge esta proposta de “modelo de abordagem” para a intervenção do enfermeiro de reabilitação, em Portugal, que procura combinar e sintetizar os diferentes modelos atrás referenciados.

Este “modelo de abordagem” procura orientar e estruturar a intervenção do enfermeiro de reabilitação, através de seis fases distintas, com etapas e intervenientes específicos, num processo integrativo e interativo, que tem em conta a individualidade da pessoa, mas também a necessidade de integração do parceiro(a), o estabelecimento de objetivos, planeamento, implementação e avaliação da intervenção, e medidas de *follow up*. Idealizamos a sua implementação em contexto comunitário, pela necessidade de estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança e respeito mútuo, no meio mais confortável para a pessoa, de forma a ultrapassar mais facilmente a primeira fase do mesmo. No entanto, a sua aplicabilidade em contexto de internamento parece-nos viável, devendo prosseguir na continuidade de cuidados.

O “modelo de abordagem” proposto, pressupõe que os enfermeiros de reabilitação realizem formação específica no âmbito do aconselhamento em sexologia e em reeducação funcional sexual, o possuam autoconhecimento da sua sexualidade, estereótipos e suas limitações, bem como o acompanhamento e articulação permanente ao longo de todas as etapas com os demais profissionais da equipa interdisciplinar.

Cumpridos os pressupostos anteriormente referidos, parece-nos possível melhorar a qualidade dos cuidados em enfermagem de reabilitação, neste âmbito pois as intervenções

do enfermeiro de reabilitação, realizando-se de forma estruturada, enquadrada no âmbito de um modelo de abordagem, individualizando a sua intervenção, através de padrões de conhecimento e desenvolvimento de competências adequadas às necessidades de cada pessoa no seu contexto de vida, melhoram a sua qualidade e satisfação de vida

Face ao que temos vindo a referir, sugerimos que, no âmbito do plano de estudos dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, seja integrada a intervenção na reeducação sexual, de forma a dar ênfase à visão holística, global e individualizada característica da intervenção do enfermeiro de reabilitação. Do mesmo modo, gostaríamos que fosse possível a continuidade da abordagem aqui sugerida, de forma a testar a sua aplicabilidade e pertinência na intervenção do enfermeiro de reabilitação, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, sua acessibilidade e visibilidade.

Sugerimos a realização de estudos pelos enfermeiros de reabilitação ao nível de mestrado e doutoramento no âmbito desta temática, de forma a melhorar o conhecimento e prática clínica futura. Em suma, o enfermeiro de reabilitação não pode ignorar a sexualidade como um domínio da sua intervenção, procurando assumir as competências preconizadas no Regulamento nº 125/2011, tornando visível a sua prática de cuidados especializados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramsohn, E.; Decker, C.; Garavalia, B.; Garavalia, L.; Gosch, K.; Krumholz, H.; Spertus, J.; Lindau, S. (2013). *“I’m Not Just a Heart; I’m a Whole Person Here”*: A Qualitative Study to Improve Sexual Outcomes in women With Myocardial Infarction. *Journal of the American Heart Association*, pp. 1-11.
- Allgood, M.; Tomey, M. (2006). *Nursing theorists and their work*. 6ª Edição. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- André, F. S.; Maria, V. L. R. (2013). *Sexuality of postinfarction patients: diagnosis, results and nursing intervention*. *Journal of Clinical Nursing*, 23, pp. 2101–2109
- Atallah, A. N. (2004). *A incerteza, a ciência e a evidência*. *Diagn Tratamento*; 9 (1); pp. 27-28.
- Busse, R. *et al* (2010) *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Reino Unido.
- Cardoso, J. (2003). *Reabilitação Sexual Pós-Deficiência Física: Um Modelo Multidimensional*. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 37, pp. 5 -10.
- Cardoso, J. (2004). *Sexualidade na doença crónica e deficiência física*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, pp. 385-394.
- Chicória, M.I.G. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Novembro.
- CIF (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Organização Mundial de Saúde/ Direção Geral de Saúde. Lisboa.
- Collière. M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (2ª tiragem). Lisboa: Lidel - Edições técnicas e Sindicato dos Enfermeiros.
- Conde, A. (2012). *Contributo para a validação da SKAS – Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale em cuidadores formais portugueses*. Tese de Mestrado em Psicologia

- Clínica. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Disponível em: http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/453/1/Tese_Angela_2012.pdf.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Decreto de lei n.º 191/96 (1996). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Publicado em Diário da República, 1ª série A, n.º 205, 4 de Setembro de 1996.
- Decreto de lei n.º 163/2006 (2006). *Promoção da Acessibilidade*. Publicado em Diário da República, 1ª série, n.º 152, 8 de Agosto de 2006.
- Decreto de Lei n.º 93/2009 (2009). *Produtos de Apoio*. Publicado em Diário da República, 1ª série, n.º 74, 16 de Abril de 2009.
- Despacho n.º 7648/2014 (2014). *Alteração ao Regulamento dos Segundos Ciclos de Estudos do Instituto Politécnico de Santarém*. Publicado em Diário da República n.º 111/2014, 2ª série, a 11 de Junho de 2014.
- DGS (2004). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Organização Mundial de Saúde.
- DGS (2011). Acidente Vascular Cerebral: prescrição de medicina física e de reabilitação. Norma 054/2011, 27 de dezembro de 2011.
- Dias, H; Cruz, O.; Santiago, C.; Carreira, T.; Amendoeira, J. (2014). *As atitudes dos enfermeiros na abordagem da sexualidade*. Revista da UIIPS, 5 (2), pp. 7 - 20.
- Garret, A. (2011). *Contributos para a reabilitação da sexualidade dos lesionados medulares: elaboração de um programa reabilitador*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2247/3/TD-%20Ana%20Garrett.pdf>.
- Garret, A.; Teixeira, H. (2006). *A utilização do Modelo PLISSIT na abordagem da sexualidade do lesionado vertebro-medular por trauma*. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 3, pp.237 - 244.
- Godinho, F. (2010). *Engenharia de Reabilitação – Do conceito à prática*. Seminário “D-eficiência - Do conceito à prática”. Vila Real. Disponível em: <http://www.acessibilidade.net/web/>.
- Hall, Joy (2013) *Sexuality and stroke: the effects and holistic management*. British Journal of Nursing, 22 (10), pp.556-559.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

- International Planned Parenthood Federation (2009). *Direitos sexuais: uma declaração da IPPF*. Rio de Janeiro.
- Munn, Zachary *et al* (2014). *Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation*. The Joanna Briggs Institute.
- Johansen,P.; Zwisler, A.; Hastrup-Svendsen, J.; Frederiksen, M.; Lindschou, J.;Winkel, P.; Glud, C.; Giraldi, A.; Steinke, E.; Jaarsma, T.;Berg, S. (2013). *The CopenHeartSF trial—comprehensive sexual rehabilitation programme for male patients with implantable cardioverter defibrillator or ischaemic heart disease and impaired sexual function: protocol of a randomised clinical trial*. *BMJ Open* , 3, pp. 1-11.
- kautz, D.D. (2007). *Hope for Love: Practical Advice for Intimacy and Sex After Stroke*. *Rehabilitation Nursing*; 3 (32); pp. 95-103.
- Kautz, D.D.; Van Horn, E. (2014). *Sex and Intimacy after Stroke: Recommendations from the 2013 AHA Consensus Document*. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, pp. 1-3.
- Leite, V.B.E. e Faro, A.C.M. (2005). *O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora*. *Revista Escolar de Enfermagem da Universidade de São Paulo*; 39 (1); pp. 92-96.
- Levine *et al*. (2012). *Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from American Heart Association*. *American Heart Association* (125), pp. 1058-1072.
- Magalhães, M. (2006). *A invisibilidade da prática de enfermagem e a face qualificante do hospital*. *Pensar Enfermagem* 1 (10), pp. 58-66.
- Magnan, M., Reynolds, K., e Galvin, E. (2005). *Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice*. *Medsurg Nursing*, 14 (5), pp. 282-289.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development & progress*. 5ª Edição. Wolters Kluwer Health: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mellor, R.; Greenfield, S.; Dowswell, G.; Sheppard, J.; Quinn,T; McManus, R. (2013). *Health Care Professionals' Views on Discussing Sexual Wellbeing with Patients Who Have Had a Stroke: A Qualitative Study*. *PLOS ONE*, 8 (10), pp. 1 - 9.
- Menoita, E. (2011). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do enfermeiro: anotações e comentários (Decreto-Lei nº 104/98)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise dos casos.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.
- Petronilho, F. (2007) *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. 1ª Edição, Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Regulamento n.º 122/2011 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 18 de fevereiro de 2011.
- Regulamento n.º 125/2011 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 18 de Fevereiro de 2011.
- Ribeiro, P. (2013). *Formação Contínua em Enfermagem – Quais as motivações?* Revista Nursing Edição digital da edição 288 (outubro/novembro/dezembro), pp 35-37.
- Roper, N. Logan, W. e Tierney, A. (2001) *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores.
- Rutte, A.; Oppen, P.; Nijpels, G.; Snoek, F.; Enzlin, P.; Leusink, P.; Elders, P. (2015). *Effectiveness of a PLISSIT model intervention in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care: design of a cluster-randomised controlled trial*. BMC Family Practice., pp.1 - 9.
- Sampaio, R.F. e Mancini M.C. (2007). *Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica*. Revista Brasileira de Fisioterapia, 11 (1), pp. 83-89.
- Santos Pechorro P.; Almeida, I.; Figueiredo, C. S.; Pascoal, P.M.; Vieira, R.X.; Jesus, S.N. (2015). *Validação portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual (NSSS)*. Revista Internacional de Andrología; 2 (13); pp.47-53.
- Santos, C.; Silva, S.; Barroso, I. (2014). *Empowerment da pessoa com imagem corporal alterada*. Revista da UIIPS, 5 (2), pp. 185 – 198
- Scatolin, H.G. (2012). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. São Paulo; 1 (21); pp. 115-120.
- Secchi, K.; Camargo, B.; Betoldo, R. (2009). *Percepção da Imagem Coporal e Representações Sociais do Corpo*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2 (25), pp. 229-236.
- Serra, A.; Canavarro, M.; Simões, M.; Pereira, M.; Gameiro, S.; Quartilho, M.; Rijo, D.; Carona, C.; Paredes, T. (2006). *Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da*

- qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL - 100) para portugueses de Portugal. Psiquiatria Clínica; 27 (1); pp. 31-40.*
- Serrano, S. (2005). *Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. Análise Psicológica, 2, (XXIII). pp. 137-150.*
- Simpson, G.; Anwar, S.; Wilson, J.; Bertapelle, T. (2006). *Improving the rehabilitative management of client sexual health concerns after neurological disability: evaluation of a staff sexuality training programme in New Zealand. Clinical Rehabilitation, 20, pp. 847-859.*
- Stanhope, M; Lancaster, J. (1999) - *Enfermagem Comunitária: Promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª Edição. Lusociência.*
- WHO (1998) *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Social Science e Medicine; 46 (12); pp. 1569-1585.*
- WHO (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions. Suíça.*
- WHO (2010a). *Developing sexual health programmes- A framework for action: Developing sexual health programmes. Suíça.*
- WHO (2010b). *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Suíça.*
- WHO (2016). *Action Plan for Sexual and Reproductive Health Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. Dinamarca.*

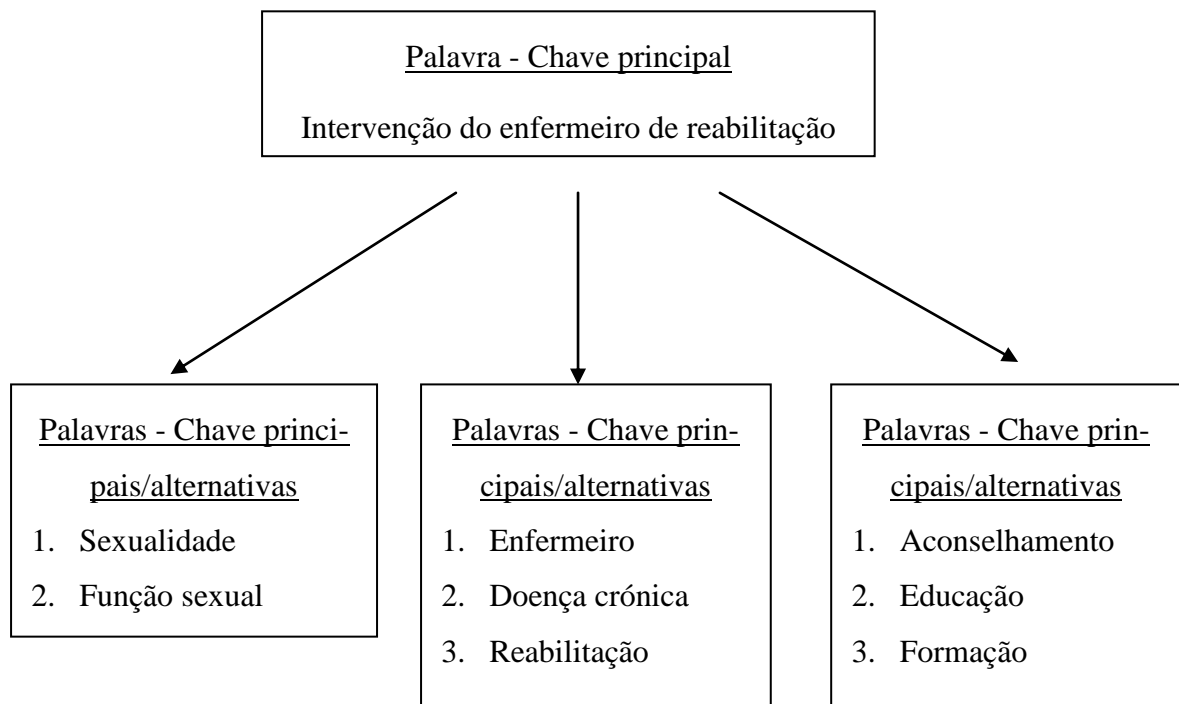
ANEXOS

ANEXO I: Mapa concetual

Figura: Mapa concetual

1. Tópico /área de interesse: Intervenção do enfermeiro de reabilitação à pessoa com alteração da funcionalidade sexual

2. Palavras- Chave principais e/ou alternativas:



3. Diferentes áreas de interesse:

1. Enfermagem;
2. Psicologia;
3. Sexologia;
4. Biologia;
5. Sociologia.

ANEXO II: Projeto de estágio II: Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica traumática



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Projeto Individual de Estágio II e Relatório:

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa/Família com alterações neurológicas
traumáticas



Liliana Marques

Santarém, junho, 2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
UC ENSINO CLÍNICO - ESTÁGIO II E RELATÓRIO

Projeto Individual do Estágio II e Relatório:

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa/Família com alterações à funcionalidade após afeção neurológica traumática

***CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO DO CENTRO -
Rovisco Pais***

Mestranda:

Liliana Marques, nº 140430001

Enfermeira Cooperante:

Enf^ª Catarina Freitas

Enfermeira Chefe:

Enf^ª Catarina Freitas

Professor Orientador:

Professor José Lourenço

Santarém, junho, 2016

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

AVC – Acidente vascular cerebral

AVDs - Atividades de vida diárias

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMRRC – Centro de Medicina de Reabilitação da Região do Centro

ECG – Escala de coma de Glasgow

Enf^a - Enfermeira

MIF – Medida de Funcionalidade Internacional

f. - folha

pp - páginas

RGA – Reabilitação Geral de Adultos

RPQCEER - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

TCE – traumatismo crânio-encefálico

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO.....	4
1. CONTEXTUALIZAÇÃO: CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO DO CENTRO - ROVISCO PAIS.....	6
2. PROJETO DE ESTÁGIO II.....	8
3. CONCLUSÃO.....	17
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
 ANEXOS	
ANEXO I: Horário.....	20
ANEXO II: Sessão de formação – “Sexualidade pós AVC”.....	22
ANEXO III: Folheto – “Sexualidade após AVC”	38
ANEXO IV: Planificação da Sessão de formação – “Sexualidade pós AVC”	41

INTRODUÇÃO

No âmbito do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, desenvolve-se este projeto referente ao Estágio II no contexto específico dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família/comunidade com alterações neurológicas traumáticas, a realizar-se no CMRRC- Rovisco Pais no período temporal de 6 de Junho a 1 de Julho de 2016, sob a orientação do Professor José Lourenço e com a colaboração da Enfermeira Cooperante Catarina Freitas. A escolha deste local de estágio prende-se com a especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados, bem como pelo interesse pessoal na área da Reabilitação Geral de Adultos.

A promoção de qualidade de vida e o alcance da máxima funcionalidade assume-se como um aspeto fundamental em enfermagem de reabilitação, através da reabilitação, reeducação e reintegração da pessoa em processo de doença súbita ou crónica, com alteração a nível cognitivo, motor, sensorial, cardio-respiratório, de alimentação, de eliminação e da sexualidade. (RPQCEER, 2011)

A aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, visa promover a qualidade dos cuidados específicos, aumentando o conhecimento e a experiência, permitindo a prestação de cuidados de excelência adequados e adaptados a cada pessoa, consoante as suas necessidades específicas. Assim, atendendo à especificidade deste bloco de estágio, visionar a pessoa como um todo, permite a maximização das capacidades funcionais da pessoa nos diferentes domínios, de forma a melhorar o seu desempenho. A aquisição de conhecimentos e competências é fundamental, permitindo assim, o ensino, a instrução e treino de técnicas que melhorem a qualidade de vida da pessoa, maximizando as suas capacidades, elaborando para tal, sessões de treino promotoras de saúde e preventoras de lesões (Regulamento nº125/2011), através de uma equipa multidisciplinar, em que a comunicação e colaboração é a chave do sucesso, oferecendo um programa de treino individualizado, adaptado e abrangente. (Hoeman,2011)

Para o Estágio II definem-se como objetivos gerais:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima;
- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem de reabilitação.

Assumindo-se como objetivos específicos:

- Participar na conceção, planeamento, execução e avaliação de programas de cuidados especializados no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção sócio-profissional da pessoa em situação de dependência física;
- Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, aos três níveis de prevenção em saúde, centrados na pessoa ao longo do ciclo vital, na família, grupos e comunidades;
- Capacitar a pessoa/família com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reintegração e exercício da cidadania;
- Desenvolver metodologias de investigação na sua área e implementar os resultados no planeamento, execução e avaliação dos cuidados específicos da enfermagem de reabilitação;
- Participar na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde, no âmbito da sua especialização;
- Desenvolver espírito crítico e reflexivo sobre os cuidados de enfermagem e, em particular, cuidados em enfermagem de reabilitação.

Nesta sequência, o presente projeto tem por objetivo geral permitir a organização e sistematização do desenrolar do ensino clínico, com vista a estruturar a evolução da aprendizagem. Estruturando-se em quatro etapas, a presente introdução, à qual se segue uma breve contextualização do Serviço de RGA, o projeto de estágio propriamente dito, composto por um plano de atividades (competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; objetivos pessoais para o ensino clínico; atividades a desenvolver para alcançar objetivos; intervenientes no decorrer do ensino clínico e tempo/período temporal em que cada objetivo decorre) e por fim, uma conclusão, referências bibliográficas e anexos.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO: CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO DO CENTRO - ROVISCO PAIS: SERVIÇO DE REABILITAÇÃO GERAL DE ADULTOS

A leprosaria Hospital Colônia Rovisco Pais findou a sua pertinência, aquando a sua reconversão em CMRRC – Rovisco Pais, pelo Decreto-Lei nº. 203/96, de 23 de Outubro, tendo recebido os primeiros doentes de reabilitação em Novembro de 2002, aumentado desde então, a sua capacidade de internamento. Na atualidade tem capacidade para 80 utentes, bem como a resposta em ambulatório.

O Centro apresenta é constituído a sua estrutura pavilhonar, contemplando quatro edifícios de internamento e um de Tratamentos, Exames Complementares de Diagnóstico e Consultas Externas; podendo instalar-se outros serviços ou atividades no complexo do centro, tendo em consideração a dimensão e características físicas do mesmo, nomeadamente, unidades de treino de readaptação profissional e social, oficina de próteses, aldeia para alojamento e desporto para pessoas com incapacidade, com vista à dinamização do espaço, e aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados à comunidade.

Atualmente, o CMRRC - Rovisco Pais dispõe de um pavilhão com capacidade para 56 pessoas, onde atualmente estão internados 9 doentes, ex-hansenianos; pavilhão de Reabilitação Geral de Adultos, em funcionamento desde Dezembro de 2002, tendo desde 2010 capacidade para 50 internados; pavilhão com 30 camas de capacidade para internamento para Reabilitação de pessoas com lesões Vértebro-Medulares desde 2007; pavilhão para Ambulatório e área terapêutica específica, com ginásios terapêutico e desportivo; pavilhão com 60 camas para Cuidados Continuados de Convalescença, em funcionamento desde Maio de 2012, direcionado para pessoas em situação de AVC e cirurgia do aparelho locomotor; um núcleo habitacional para pessoas com incapacidade e acompanhantes, com 16 apartamentos tipo T1, desde Julho de 2005, e finalmente, um Centro de Formação, Igreja, bairro residencial para funcionários, e diversas áreas de apoio comum.

O CMRRC-Rovisco Pais objetiva a prestação de serviços de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, garantindo a segurança da pessoa, e a melhoria contínua

dos cuidados de acordo com as necessidades e expectativas dos utentes. Tem por objetivo, constituir-se como um modelo de gestão responsável, competente, efetivo, participado e motivado, enquadrado numa política de desenvolvimento organizacional.

O serviço de RGA está vocacionado para o tratamento de doentes com patologia do foro neurológico traumático (TCE) e não traumático (AVC; Síndrome de Guillan Barré; Esclerose Múltipla e outras doenças neurológicas; politraumatismos; queimados e amputados), tendo como área de abrangência, os distritos de Coimbra, Aveiro, Leiria, Guarda, Castelo Branco e Viseu. No entanto, dada a escassez de resposta a este nível de cuidados, acaba por ter uma resposta a nível nacional.

Este serviço conta com uma equipa de 18 enfermeiros, dos quais 5 são enfermeiros com especialização em enfermagem de reabilitação, que assumem os cuidados de enfermagem integrais à pessoa, bem como os cuidados específicos de enfermagem de reabilitação.

Decorre no serviço de RGA uma visita médica a todas as pessoas internadas à 4ª feira, e subsequentemente uma reunião multidisciplinar à 5ª feira de manhã.

Tendo em vista a preparação para a alta, surgiu a necessidade de desenvolver um projecto de Fim de Semana Terapêutico, o qual estabelece objetivos para o primeiro fim de semana no domicílio, estes estão definidos e são entregues à família, a qual tentará cumprir com os mesmos. Aquando o retorno da pessoa ao internamento, a família expõe as suas dificuldades, e o alcance ou não dos objetivos inicialmente propostos, no sentido da pessoa e família ter perceção das reais necessidades e das possíveis alterações a realizar de forma, a que a preparação da alta se inicie aquando a admissão.

Os registos de enfermagem são realizados através do programa informático Alert desde 2008, e os registos específicos de enfermagem e reabilitação, no programa informático Sisreq. Os programas referidos não utilizam linguagem CIPE.

Atualmente, e dada a pertinência dos sistemas de informação. Esta área encontra-se em plena reestruturação, sendo que passarão a realizar-se através do programa S – Clínico e GHAF, mantendo-se o Sisreq.

2. PROJETO DE ESTÁGIO I

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/2011)				
Competências	Objetivos	Atividades a desenvolver	Intervenientes	Tempo
A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	Desenvolver uma prática profissional e ética.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação na tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada. 	Mestranda Liliana M Enf ^a Cooperante Enf ^a Chefe	Ao longo do ensino clínico
B - Domínio da melhoria contínua da qualidade	Participar na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestador e do desenvolvimento da prática da enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino e treino da pessoa em internamento com integração da família, com vista à reintegração da pessoa na comunidade, de forma segura e adequada às necessidades, promovendo a criação e manutenção um ambiente terapêutico seguro através de medidas promotoras da segurança na prestação de cuidados; ➤ Identificação e participação em programas de melhoria contí- 	Mestranda Liliana M Enf ^a Cooperante	Ao longo do ensino clínico

		<p>nua da qualidade já desenvolvidos na unidade de RGA;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação das necessidades educativas/informativas da pessoa/família/comunidade e pares; ➤ Implementação de um plano específico para a pessoa com afecção neurológica traumática, englobando as necessidades individuais de cada pessoa, através da reeducação funcional motora, respiratória e ao nível de todas os domínios específicos; ➤ Desenvolvimento de formação em serviço destinada aos profissionais de saúde acerca da temática “Sexualidade após AVC”, e criação de folheto informativo para a pessoa com AVC e família, subjacente ao tema. O mesmo tema será desenvolvido tendo em conta as necessidades do serviço, como também numa perspetiva integradora desta temática em contexto de estágio, com o objetivo de dar continuidade à mesma em estágios futuros e desenvolvê-la no âmbito do trabalho de mestrado integrado. 	<p>Enfª Chefe Equipa Multi-disciplinar</p>	
<p>C- Domínio da gestão dos cuidados</p>	<p>Realizar a gestão de cuidados otimizando a resposta de enfermagem de reabilitação, garantindo segurança e qualidade na</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação na adequação dos recursos às necessidades de cuidados, promovendo a sua qualidade, através do acompanhamento da Enfª Chefe, com vista a identificar o método de gestão de recursos humanos e materiais do serviço; ➤ Gestão da utilização dos recursos materiais e equipamento 	<p>Mestranda Liliana M Enfª Cooperante Enfª Chefe</p>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

	prestação dos cuidados específicos.	disponível de forma a garantir a igualdade no acesso aos diversos equipamentos, de aforma ajustada às necessidades de cada pessoa.	Equipa Multi-disciplinar	
D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integrar a equipa multidisciplinar, reconhecendo a especificidade do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. ➤ Desenvolver o autoconhecimento e assertividade relacionado com a enfermagem de reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação e interação com a Enfermeira Cooperante, a Enfermeira Chefe e os demais elementos da equipa, ao nível das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no decorrer do processo de reabilitação; ➤ Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações à funcionalidade na sequência de afeção neurológica traumática; ➤ Participação nas reuniões de equipa multidisciplinar/ passagens de turno da equipa de enfermagem; ➤ Realização de uma reunião no final da semana com a Enfermeira cooperante, de forma a permitir um momento de reflexão no sentido de melhorar continuamente. 	<p>Mestranda Liliana M Enf^a Cooperante Enf^a Chefe Equipa Multi-disciplinar</p>	1 ^a Semana e ao longo do ensi- no clíni- co

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº125/2011)

Competências	Objetivos	Atividades a desenvolver	Intervenientes	Tempo
<p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos a prática de cuidados.</p>	<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração funcional por afeção neurológica traumática:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação no acolhimento da pessoa/ família com vista à sensibilização precoce para o decorrer do processo de reabilitação, promovendo maior adesão ao processo de reabilitação; ➤ Recolha de informação acerca da história clínica, antecedentes pessoais e fatores que sejam concomitantes com o evento traumático e que possam ser facilitadores ou inibidores do processo de reabilitação, na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária; ➤ Realização da avaliação inicial e contínua da pessoa com alterações à funcionalidade: motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, de alimentação, de eliminação e da sexualidade; ➤ Identificação das necessidades de intervenção, para potenciar ou reeducar a funcionalidade, através do recurso a escalas de avaliação em utilização no serviço, ou outras que sejam relevantes no decorrer do processo de aprendizagem (ECG; MIF; Índice de Barthel; Escala de Braden; Escala de Morse e Escala da dor (numérica e observador)); ➤ Avaliação inicial: 	<p>Mestranda Liliana M</p> <p>Enf^a Cooperante</p> <p>Enf^a Chefe</p> <p>Equipa Multi-disciplinar</p>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar a história da doença atual e progressa; terapêutica habitual; história familiar e social com vista a identificar necessidades reais ou potenciais da pessoa e família, perspetivando o processo de reabilitação e a preparação para a alta; ○ Avaliação objectiva: através do exame físico e avaliação neurológica; ○ Preparação da alta (aquando admissão e no decorrer do internamento – programa Fim de Semana Terapêutico) através da recolha de dados significativos para a reintegração da pessoa no domicílio em segurança e com os produtos de apoio e adaptações necessárias a garantir a sua funcionalidade, bem como o suporte familiar nos cuidados necessários. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino e treino de técnicas de relaxamento com vista à redução da ansiedade (massagem, posição de relaxamento); ➤ Ensino e treino da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; ➤ Ensino e treino: tonificação abdómino-diafragmática; abertura 	
--	--	---	--

	<p>➤ TCE</p>	<p>costal global com ou sem bastão na posição sentado ou deitado na posição de descanso, adequando à tolerância da pessoa; abertura costal seletiva com incidência na área pulmonar mais afetada (em posição sentado ou decúbitos laterais consoante tolerância da pessoa);</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino e treino de correção postural com espelho quadriculado, nomeadamente quando detetadas alterações posturais que influenciam a expansão torácica; ➤ Execução e ensino de limpeza de vias aéreas: mobilizando as secreções dos brônquios distais aos principais, com exercícios respiratórios com ênfase na fase expiratória; uso de manobras acessórias; drenagem postural modificada; medidas de facilitação da tosse; posteriormente expulsão das secreções através da tosse assistida/dirigida, Cough Assist, ou aspiração de secreções; ➤ Proporcionar medidas de facilitação da tosse e limpeza das vias aéreas: ingesta hídrica; humidificação de secreções; inaloterapia; ➤ Ensino e treino de exercícios de fortalecimento muscular através de mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas livres, e progressivamente resistidas com pesos, conforme tolerância da 	
--	--------------	---	--

		<p>pessoa, em todos os segmentos corporais;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino e treino de exercícios isométricos e isotônicos a nível dos membros superiores, toraco-abdominal e membros inferiores; ➤ Treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado e em posição ortostática; ➤ Ensino e treino de AVDs (higiene e conforto; vestir e despir; alimentação; eliminação); ➤ Ensino e treino de transferências, marcha e subir e descer escadas, adequando dispositivos auxiliares de marcha às necessidades da pessoa; ➤ Ensino e treino de uso de materiais de apoio. ➤ Integração da família na prestação direta de cuidados e realização de ensinamentos para a preparação para a alta. 		
J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação	Participar na elaboração e implementação de programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações desencadeadas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibilização de informação à pessoa/família produtos de apoio que possam ser uma mais valia, para o processo de reabilitação perspectivando o ensino para uma correta utilização dos mesmos e uma melhor adaptação à limitação quando alta hospitalar, no domicílio (ajudas técnicas e dispositivos de 	Mestranda Liliana M Enf ^a Cooperante	Ao longo do ensino clínico

<p>para a reinserção e exercício da cidadania</p>	<p>pela patologia respiratória, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p>	<p>compensação);</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação na preparação da alta da pessoa com alteração à funcionalidade, potenciando as competências individuais da pessoa/família e comunidade em prol da adaptação e reinserção na sociedade onde se integra; ➤ Participação na identificação e orientação para a eliminação de barreiras arquitetónicas que possam condicionar o pleno desenvolvimento da autonomia da pessoa enquanto integrada no seu meio social, em parceria com a equipa interdisciplinar; ➤ Observação no Serviço de Consulta Externa do CMRRC – Rovisco Pais, no Pavilhão Santana Maia dos cuidados prestados em ginásio, para compreensão da dinâmica do processo de reabilitação interdisciplinar sob a orientação da Enfª Cooperante e na Consulta de Estimulação Neuromuscular em doentes com AVC com internamento no Serviço de RGA. 	<p>Enfª Chefe</p> <p>Equipa Multi-disciplinar</p>	
<p>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>Participar na conceção, implementação e avaliação (e eventual reformulação) de programas de treino</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvimento do conhecimento acerca da função motora e cardio-respiratória, na prevenção de sequelas de imobilidade e maximização da funcionalidade, através de pesquisa bibliográfica; ➤ Participação no ensino e treino sobre técnicas a que melhoram 	<p>Mestranda</p> <p>Liliana M</p> <p>Enfª</p> <p>Cooperante</p>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

	motor e cardio-respiratório atendendo aos resultados esperados.	o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, atendendo aos objetivos da pessoa, e promovem a sua saúde e prevenção de lesões, e beneficiem o processo de reabilitação e a adesão.	Enfª Chefe Equipa Multi- disciplinar	
--	---	--	--	--

3. CONCLUSÃO

A sistematização da aprendizagem contínua e aperfeiçoamento do conhecimento surgem como uma necessidade no decorrer do Estágio II, permitindo orientar o desenvolvimento pessoal e profissional no contexto específico de enfermagem de reabilitação.

Ser enfermeiro especialista em reabilitação parece-me um desafio permanente à resiliência de profissionais dedicados que desempenham a especificidade dos seus cuidados de forma por vezes difícil, pela conjuntura em que esta especificidade ainda é visionada. Um desafio que é acrescido pela especificidade de cada intervenção, que se pretende ajustada às reais necessidades da pessoa, requerendo uma atualização de conhecimentos constante e uma prática estruturada que dê visibilidade à enfermagem de reabilitação.

Visionando o processo de reabilitação como promotor da qualidade de vida, bem-estar e conforto, com vista ao máximo de autonomia e funcionalidade da pessoa, e consequentemente da família, como elemento integrado no processo de reabilitação; o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume uma intervenção crucial na promoção da saúde e qualidade de vida, através de um plano estruturado, com o envolvimento da equipa multidisciplinar e família, com vista a potenciar as capacidades da pessoa, direcionando todas as intervenções no sentido de dar resposta às necessidades da pessoa, de forma a alcançar as suas expectativas realistas.

A possibilidade de conhecer e colaborar na prestação de cuidados específicos num centro de reabilitação, assume-se como uma oportunidade única para o desenvolvimento de competências técnicas e humanas, fundamentais à aquisição e desenvolvimento de competências em contextos anteriores. Pela sua especificidade e características, é uma oportunidade excepcional, poder integrar uma equipa, ainda que de forma temporária, num contexto de tamanha especificidade.

Assim, é necessária uma aprendizagem contínua, que fortaleça a minha intervenção, e me permita adquirir e desenvolver competências para assumir um papel ativo, dinâmico e adequado enquanto membro integrado temporariamente de uma equipa.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centro de Medicina de Reabilitação da Região do Centro – Rovisco Pais. Acedido a 8 de Junho de 2016 em: <http://www.roviscopais.min-saude.pt>

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Medicina de Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.

Regulamento n.º 122/2011 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 18 de Fevereiro de 2011.

Regulamento n.º 125/2011- *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 18 de Fevereiro de 2011.

ANEXOS

ANEXO I: Horário

Tabela 1: Horário

Dia	Turno	Enf^a Cooperante
6/6	Manhã (8-16h)	Enf ^a Catarina Freitas
7/6	Manhã (8-14h)	Enf ^a Ana Abreu
9/6	Manhã (8-18h)	Enf ^a Margarida
11/6	Manhã (8-14h)	Enf ^a Ana Abreu
13/6	Manhã (8-14h)	Enf ^a Catarina Freitas
14/6	Manhã (8-16h)	Enf ^a Catarina Freitas
15/6	Manhã (8-16h)	Enf ^a Catarina Freitas
16/6	Manhã (8-16h)	Enf ^a Catarina Freitas
21/6	Manhã (8-16h)	Enf ^a Catarina Freitas
22/6	Manhã (8-16h)	Enf ^a Catarina Freitas
23/6	Manhã (8-16h)	Enf ^a Catarina Freitas
24/6	Manhã (8-16h)	Enf ^a Catarina Freitas
27/6	Manhã (8-16h)	Enf ^a Catarina Freitas

ANEXO II: Sessão de formação – “Sexualidade Após AVC”



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
6º Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação



Centro de Medicina de Reabilitação da Região do Centro – Rovisco Pais



Sexualidade após AVC



*Elaborado por: En^ª Lílíana Marques
En^ª Cooperante: Catarina Freitas
Professor Orientador: José Lourenço*

Junho, 2016

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Refletir sobre o papel do enfermeiro de reabilitação na promoção da saúde sexual após AVC

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a necessidade de uma abordagem holística da pessoa com AVC – domínio da sexualidade;
- Identificar a importância de profissionais de saúde com formação na área específica da sexualidade;
- Identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da sexualidade após AVC.

Índice

- ✓ Acidente Vascular Cerebral (AVC): definição e classificação;
- ✓ Abordagem terapêutica da pessoa com AVC;
- ✓ Reabilitação da pessoa com AVC;
- ✓ Processo de reabilitação – Etapas;
- ✓ Sexualidade: princípios; situação de doença, profissionais de saúde e AVC;
- ✓ Intervenção na promoção da sexualidade/saúde sexual;
- ✓ Conclusões.

AVC





AVC

Défice neurológico de início súbito

Duração até 24h

Interrupção do fluxo de sangue ao cérebro

Menoita (2011)



AVC



Isquémico

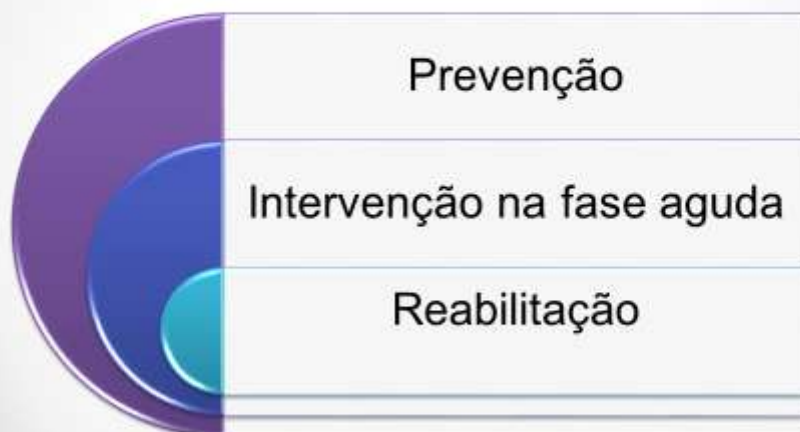


Hemorragico

Menoita (2011)



ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA PESSOA COM AVC



Silva (2011)



REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC



Silva (2011)



PROCESSO DE REABILITAÇÃO - ETAPAS

- 1) Prevenção, reconhecimento e gestão das complicações e comorbilidades;
- 2) Terapia para o máximo de independência;
- 3) Facilitação da capacidade da pessoa e família para gerir a situação e se adaptarem;
- 4) Prevenção do défice secundário, promovendo a reintegração, readaptação e reinserção social;
- 5) Reforço da qualidade de vida atendendo ao défice residual;
- 6) Prevenção de novo AVC ou outras patologias vasculares.

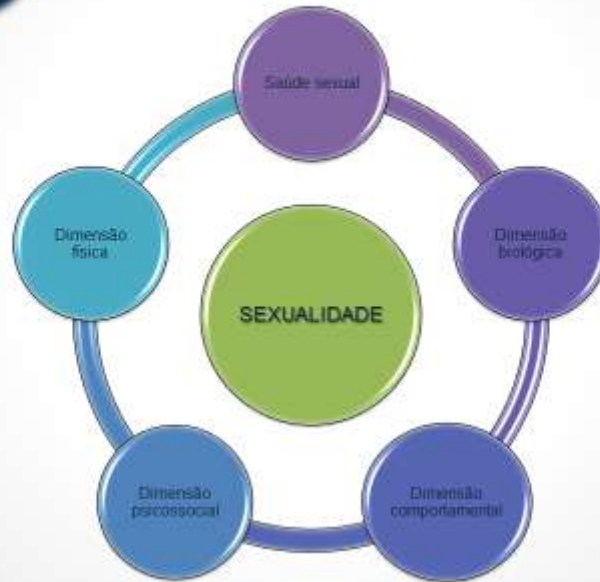
• *Silva (2011)* •

SEXUALIDADE





SEXUALIDADE



WHO (2010) •



SEXUALIDADE



Hoeman (2011) •



SEXUALIDADE

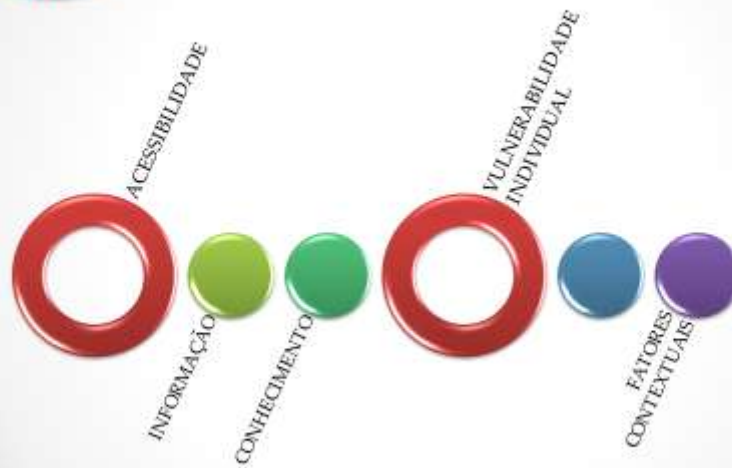


A expressão da sexualidade e o envolvimento íntimo com outra pessoa é fundamental ao longo da vida.

Hoeman (2011)



SEXUALIDADE



WHO (2010)



SEXUALIDADE – PRINCÍPIOS

- 1) Capacidade da pessoa ter prazer com o seu comportamento sexual e reprodutor;
- 2) Libertação de sentimentos de medo, culpa e vergonha bem como de informações incorretas que impedem o relacionamento sexual inibindo a resposta sexual;
- 3) Ausência de doenças orgânicas e incapacidades que se assumam como barreiras à sexualidade e reprodução.

Hoeman (2011)



SEXUALIDADE VS SITUAÇÃO DE DOENÇA



Hoeman (2011)



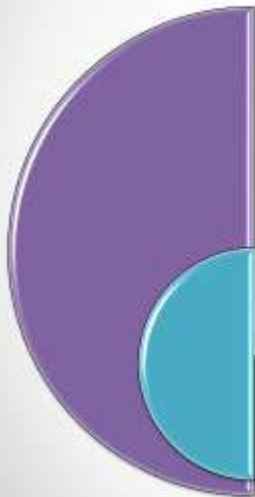
SEXUALIDADE DA PESSOA VS PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Hoeman (2011)



AVC E SEXUALIDADE



• Lesões

- Tronco cerebral, estruturas límbicas e para límbicas (o hipocampo, a amígdala, o cíngulo e os núcleos talâmicos);
- Córtex frontal;
- Área de Brocca e área de Wernicke,;
- Alterações do campo visual;
- Lesões que afetem a regulação hormonal (estrogénios e testosterona).

- Alterações fisiológicas normais decorrentes do envelhecimento

Hoeman (2011)



AVC E SEXUALIDADE

Diminuição do *libido*

Diminuição da frequência da atividade sexual

Diminuição da lubrificação vaginal e orgasmo feminino

Disfunção erétil e ejaculação precoce

Hoeman (2011) •

REABILITAÇÃO - INTERVENÇÃO





Intervenção na promoção da sexualidade/saúde sexual



Abordagem abrangente às preocupações da pessoa com a sua sexualidade, com ênfase na promoção do bem estar sexual e na construção de profissionais com conhecimentos técnicos, competências, e conforto na sua própria vivência da sexualidade.

Hall (2013); Kautz (2011) e Simpson et al (2006)



Intervenção na promoção da sexualidade/saúde sexual



Hall (2013); Kautz (2011) e Simpson et al (2006)



Intervenção na promoção da sexualidade/saúde sexual

- ✓ Identificar quais as informações que a pessoa e parceiro(a) consideram mais úteis, e que métodos de comunicação são mais adequados e eficazes;
- ✓ Discussão da necessidade de modificações na atividade sexual, abordando o efeito da saúde e medicação na sexualidade;
- ✓ Fornecer informação acessível a todas as pessoas, independentemente destes aceitarem o aconselhamento ou não;
- ✓ Informar a pessoa acerca das alterações fisiológicas na sequência do AVC e suas consequências;
- ✓ Compreender que as pessoas se adaptam às mudanças de forma diferente, devendo assumir uma atitude profissional, isenta de julgamentos, assegurando a confidencialidade;
- ✓ Recomendar à pessoa atividades que estimulem o desejo;

Hall (2013); Kautz (2011) e Simpson et al (2006)



Intervenção na promoção da sexualidade/saúde sexual

- ✓ Recomendar a gestão da fadiga, equilibrando o repouso com períodos de atividade, usando produtos de apoio ou assistência para as rotinas diárias, aconselhando a atividade sexual após período de repouso;
- ✓ Recomendar à pessoa e parceiro(a) a procura e aprendizagem de novas formas de obtenção de prazer sexual, através da experimentação de novas posições ou de produtos de apoio, como os vibradores e outros;



Hall (2013); Kautz (2011) e Simpson et al (2006)



Intervenção na promoção da sexualidade/saúde sexual

- ✓ Promover a oferta de socialização em grupo uma a duas tardes por semana, de forma a encorajar a pessoa e família a participar em eventos de socialização como parte do seu processo de reabilitação;
- ✓ Respeitar a privacidade da pessoa, se esta pretender assistir a materiais sexuais explícitos, seja através de revista, video, digital, com limite de uso no seu espaço individual;
- ✓ Encorajar o casal a passar tempo em conjunto, de forma a encontrar formas de comunicação eficaz no caso da pessoa alteração da comunicação;
- ✓ Manter um seguimento à pessoa, para perceber se a sua intervenção foi efetiva na promoção da intimidade e sexualidade da pessoa e parceiro (a).

Hall (2013); Kautz (2011) e Simpson et al (2006)



Conclusões

Os preconceitos face à sexualidade podem levar a pessoa com limitação à funcionalidade a encarar a sua sexualidade com sentimentos conflituosos e de culpa, fazendo com que ocorra uma desistência em manter a sexualidade ativa. Assim, as atitudes dos profissionais, podem contribuir negativamente, resultando num comportamento assexual por parte da pessoa.



Conde (2012)

Referências bibliográficas

- 1) Cundo, Argelia (2012). Contribuição para a validação da SKAS – Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale em casais de idosos portugueses. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Disponível em: http://repositorio.uep.pt/bitstream/123456789/4531/tese_Argelia_2012.pdf
- 2) Hall, Jay (2013) Sexuality and stroke: the effects and holistic management. *British Journal of Nursing*, 22 (10), pp.595-598.
- 3) Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª ed.) Lutas, Lisboa/Brasília.
- 4) Kautz, Dorothé (2007) Hope for Love: Practical Advice for Intimacy and Sex After Stroke. *Rehabilitation Nursing*, 32 (3), pp. 95-103.
- 5) Moreira, C. (2011). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer saudável*. Lutas, Lisboa/Brasília.
- 6) Silva, Emanuel (2010). *Reabilitação após AVC: Tese de Mestrado Integrado em Medicina*. Faculdade de Medicina da Universidade de Porto. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Realizacao%20de%20Tese%20de%20Mestrado.pdf>
- 7) Kingston, Catherine; Anwar, Same; Wilson, Jean; Battapelle, Teresa (2008). Improving the rehabilitative management of client sexual health concerns after neurological disability: evaluation of a staff sexuality training programme in New Zealand Clinical Rehabilitation. 29, pp. 842-855.
- 8) World Health Organization (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action. Developing sexual health programmes*. Switzerland.



ANEXO III: Folheto – “Sexualidade após AVC”

Como viver a minha sexualidade novamente?

1. Cuide de si, invista no seu visual e promova com o seu parceiro/a atividades que estimulem o desejo e que permitam um novo conhecimento do casal e das necessidades de adaptação;
2. O retorno à intimidade é fundamental, pois esta foi perdida durante semanas ou meses devido ao intumescimento;
3. Utilize estratégias alternativas para a comunicação, através do toque, da escrita, ou tecnologias que lhe sejam acessíveis e permitam comunicar;
4. Poderá sentir menos força de um dos lados do corpo, no entanto esta situação é contornável, através da adoção a novas posições sexuais adaptadas.



A sexualidade após AVC é afetada pelos medicamentos?

Alguns medicamentos podem ter alguma interferência diminuindo o desejo sexual, no entanto, caso sinta que os mesmos interferem negativamente na sua sexualidade, deverá consultar o seu médico e partilhar as suas dúvidas.

Maternidade/Paternidade após AVC?

Na idade fértil, poderá querer realizar um controlo da natalidade através de medidas específicas, que devem ser adequadas pelo seu médico. No entanto, caso pretenda engravidar, tal é possível mediante aconselhamento específico para cada situação.



Directora de Serviço:
Dr.ª Anabela Pereira
Enfermeira Chefe:
Enf.ª Catarina Freitas



Serviço Reabilitação Geral de
Adultos



Sexualidade após AVC

A sexualidade após o AVC

O AVC afeta as pessoas de diferente forma, assim as alterações na sexualidade também são diferentes. Algumas pessoas terão dificuldade por não conseguirem comunicar, outras por apresentarem diminuição ou ausência de força de um dos lados do corpo. No entanto, é fundamental a aceitação destas dificuldades, para a criação de uma nova auto-imagem, adaptação e descoberta de um novo mundo de sensações.



Quais as principais alterações da sexualidade após o AVC?

1. Alterações da comunicação verbal e tátil;
2. Dificuldades no posicionamento durante o ato sexual;
3. Alterações da ereção e lubrificação vaginal;
4. Diminuição do desejo sexual pelo parceiro /a.

A atividade sexual pode provocar um novo AVC?

A probabilidade de sofrer um novo AVC é mínima. Durante o ato sexual, é comum sentir batimentos cardíacos mais acelerados e respiração mais acelerada, estas são reações normais à atividade.

Poderá ter uma vida sexual ativa e satisfatória após o AVC.

Não vá para casa com dúvidas, durante o internamento e na alta, colque as suas dúvidas, terá uma equipa de profissionais de saúde capaz de o/a ajudar.



E os sentimentos depressivos após AVC?

Os sentimentos depressivos após AVC são normais, derivam da alteração da imagem corporal e da compreensão de alterações corporais e emocionais em si próprio. Quando diagnosticada, esta poderá ser tratada, através do encaminhamento para os profissionais vocacionados.

Como vai reagir o meu parceiro/a às mudanças em mim?

Em primeiro lugar, deve ao longo do processo de reabilitação ter um papel ativo, sem a sua colaboração e desejo de adaptação e melhoria, este não será tão eficaz como desejaria.

No entanto, algumas sequelas podem permanecer, ainda que diminuídas, após este processo.

É preciso que se adapte à sua nova condição, que se aceite e que aprenda a gostar de si. É normal, sentir medo, revolta, tristeza, mas deve tentar ultrapassar estes sentimentos, partilhando as suas angústias e medos com o seu parceiro /a.

A comunicação entre o casal é o primeiro passo para um entendimento e redescoberta do outro, para que também este processo de reabilitação da sexualidade seja um sucesso.



ANEXO IV: Planificação da Sessão de formação – “Sexualidade pós AVC”



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



6º CMER

**CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DA REGIÃO DO CENTRO -
ROVISCO PAIS**

Planificação da Sessão

Sexualidade após AVC
Duração: 30 minutos
Data: 27 de Junho de 2016 às 15h
Tema: Sexualidade após AVC
Destinatários: Enfermeiros do Serviço de RGA
Grupo de Pretores/Grupo de Trabalho: Liliana Marques (Sob orientação da Enf ^a Catarina Freitas)
Local/Empresa: CMRRC – Rovisco Pais (Serviço de RGA – Sala de Enfermagem)

OBJETIVO GERAL: Refletir sobre o papel do enfermeiro de reabilitação na promoção da saúde sexual após AVC

Fases	Objetivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Métodos Pedagógicos	Material/ Equipamento Didático	Tempo
Introdução	Enquadrar a importância da temática a desenvolver no decorrer da prática profissional de prestação de cuidados holísticos.	<ul style="list-style-type: none">✓ Apresentação da preletora;✓ Comunicação dos objetivos;✓ Comunicação dos conteúdos a abordar.	Expositivo	Power Point (recurso a folheto)	3 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">✓ Compreender a necessidade de uma abordagem holística da pessoa com AVC – domínio da sexualidade;✓ Identificar a importância de profissionais de saúde com formação na área específica da sexualidade;✓ Identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da sexualidade após AVC.	<ul style="list-style-type: none">✓ Acidente Vascular Cerebral (AVC): definição e classificação;✓ Abordagem terapêutica da pessoa com AVC;✓ Reabilitação da pessoa com AVC;✓ Processo de reabilitação – Etapas;✓ Sexualidade: princípios; situação de doença, profissionais de saúde e AVC;✓ Intervenção na promoção da sexualidade/saúde sexual;			15 min

Conclusão		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendações/Conclusões; ✓ Referências Bibliográficas. 			2 min
Discussão	Interação com a plateia, na troca de saberes e experiências acerca da temática.				10min

ANEXO III: Projeto de estágio II: Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração neurológica não traumática



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Projeto Individual de Estágio II e Relatório:

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa/Família com alterações neurológicas
não traumáticas



Liliana Marques

Santarém, julho, 2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

UC ENSINO CLÍNICO - ESTÁGIO II E RELATÓRIO

Projeto Individual do Estágio II e Relatório:

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa/Família com alterações à funcionalidade após afeção neurológica não traumática

CENTRO HOSPITALAR DO OESTE

SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Mestranda:

Liliana Marques, nº 140430001

Enfermeira Cooperante:

Enf^a Graça Ramalheiro

Enfermeiro Chefe:

Enf^o Luís Agostinho

Professor Orientador:

Professor José Lourenço

Santarém, julho, 2016

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD – Atividade de vida diária

AVDs - Atividades de vida diárias

CHO – Centro Hospitalar do Oeste

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

Enf^a - Enfermeira

Enf^o - Enfermeiro

f. - folha

MI – Medicina Interna

pp – páginas

RPQCEER - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO.....	4
1. CONTEXTUALIZAÇÃO: CENTRO HOSPITALAR DO OESTE – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA.....	6
2. PROJETO DE ESTÁGIO II E RELATÓRIO.....	8
3. CONCLUSÃO.....	14
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15
 ANEXOS	
ANEXO I: Horário de estágio.....	17
ANEXO II: Plano de sessão.....	19
ANEXO III: Sessão de formação "Sexo e Sexualidade após EAM".....	22
ANEXO IV: Folheto informativo.....	42

INTRODUÇÃO

No âmbito do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, desenvolve-se este projeto como uma base de desenvolvimento do Estágio II e Relatório, no contexto específico dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família/comunidade com alterações neurológicas não traumáticas, a realizar-se no Centro Hospitalar do Oeste na Unidade de Caldas da Rainha, no Serviço de Medicina Interna, no horizonte temporal de 11 a 15 de julho, e de 12 a 7 de outubro, sob a orientação do Professor José Lourenço e com a colaboração da Enfermeira Cooperante Graça Ramalheiro. A escolha deste local de estágio prende-se com a especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados, bem como pela proximidade à área de residência e local de trabalho.

A promoção de qualidade de vida e o alcance da máxima funcionalidade assume-se como um aspeto fundamental em enfermagem de reabilitação, através da reabilitação, reeducação e reintegração da pessoa em processo de doença súbita ou crónica, com alteração a nível cognitivo, motor, sensorial, cardio-respiratório, de alimentação, de eliminação e da sexualidade. (RPQCEER, 2011)

A aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, visa promover a qualidade dos cuidados específicos, aumentando o conhecimento e a experiência, permitindo a prestação de cuidados de excelência adequados e adaptados a cada pessoa, consoante as suas necessidades específicas. Assim, atendendo à especificidade deste bloco de estágio, visionar a pessoa como um todo, permite a maximização das capacidades funcionais da pessoa nos diferentes domínios, de forma a melhorar o seu desempenho. A aquisição de conhecimentos e competências é fundamental, permitindo assim, o ensino, a instrução e treino de técnicas que melhorem a qualidade de vida da pessoa, maximizando as suas capacidades, elaborando para tal, sessões de treino promotoras de saúde e preventoras de lesões (Regulamento nº125/2011), através de uma equipa multidisciplinar, em que a comunicação e colaboração é a chave do sucesso, oferecendo um programa de treino individualizado, adaptado e abrangente. (Hoeman,2011)

Para o Estágio II definem-se como objetivos gerais:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima;
- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem de reabilitação.

Assumindo-se como objetivos específicos:

- Participar na conceção, planeamento, execução e avaliação de programas de cuidados especializados no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção sócio-profissional da pessoa em situação de dependência física;
- Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, aos três níveis de prevenção em saúde, centrados na pessoa ao longo do ciclo vital, na família, grupos e comunidades;
- Capacitar a pessoa/família com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reintegração e exercício da cidadania;
- Desenvolver metodologias de investigação na sua área e implementar os resultados no planeamento, execução e avaliação dos cuidados específicos da enfermagem de reabilitação;
- Participar na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde, no âmbito da sua especialização;
- Desenvolver espírito crítico e reflexivo sobre os cuidados de enfermagem e, em particular, cuidados em enfermagem de reabilitação.

Nesta sequência, o presente projeto tem por objetivo geral permitir a organização e sistematização do desenrolar do Estágio II e Relatório, com vista a estruturar a evolução da aprendizagem. Estruturando-se em quatro etapas, a presente introdução, à qual se segue uma breve contextualização do Serviço de Medicina Interna, o projeto de estágio propriamente dito, composto por um plano de atividades (competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação; objetivos pessoais para o ensino clínico; atividades a desenvolver para alcançar objetivos; intervenientes no decorrer do ensino clínico e tempo/período temporal em que cada objetivo decorre) e por fim, uma conclusão, referências bibliográficas e anexos.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO: CENTRO HOSPITALAR DO OESTE – SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

O Centro Hospitalar do Oeste (CHO) foi criado no dia 1 de Outubro de 2012, como resultado da fusão hospitalar do antigo Centro Hospitalar do Oeste Norte e do antigo Centro Hospitalar de Torres Vedras, através da Portaria n.º 276/2012. Este integra: a Unidade de Caldas da Rainha, Unidade Termal de Caldas da Rainha; Unidade de Peniche e Unidade de Torres Vedras.

Esta instituição, na sua missão visa prestar cuidados de saúde diferenciados com qualidade e em tempo útil, promovendo a melhoria contínua e o desenvolvimento e satisfação dos seus profissionais, centrando a prestação dos cuidados nas necessidades da pessoa, através da humanização dos cuidados, num quadro de racionalidade económica, que vise a eficiência dos custos e eficácia do seu funcionamento de forma a alcançar a sustentabilidade financeira. (Relatório Anual Atividades, 2014)

A área de abrangência do Centro Hospitalar do Oeste envolve os concelhos: Alcobaça (Alfeizerão, São Martinho e Benedita); Caldas da Rainha; Óbidos; Peniche; Bombarral; Cadaval; Lourinhã; Torres Vedras e Mafra, com uma população residente de 292.546 habitantes. (Relatório Anual Atividades, 2014)

O Serviço de MI da Unidade de Calda da Rainha, tem capacidade para 33 utentes, com um quarto de isolamento, um quarto com duas camas para doentes com patologia oncológica, seguidas no serviço de oncologia, bem como 3 camas de Unidade de AVC e 3 camas da UCD (Unidade de cuidados diferenciados), neste momento, conta com doentes provenientes dos concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Bombarral e Alcobaça (Alfeizerão, São Martinho e Benedita), e parte do conselho do Cadaval.

Predominam doentes com patologias do foro neurológico não traumático (AVC); patologia cardiovascular (EAM); patologia respiratória (DPOC; Pneumonia, Asma; Fibrose pulmonar), e doentes em processo oncológico. Além do Serviço de internamento de MI, a equipa de enfermagem assume, ainda, o serviço de oncologia, em contexto de ambulatório.

A enfermagem de reabilitação faz-se representar por 6 enfermeiros com especialidade em enfermagem de reabilitação, dos quais, apenas uma enfermeira assume horário exclusivo para prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação.

Atendendo ao crescente número de pessoas idosas, e à degradação das condições socio económicas da população, é recorrente a admissão dos doentes no serviço de urgência, por descompensação da doença, muitas das vezes, por incumprimento terapêutico. Neste sentido, a equipa de enfermagem de reabilitação do serviço de MI, desenvolveu um projeto de acompanhamento dos cuidadores e da pessoa doente, denominado *Via Domus*, o qual consiste numa reunião preparatória da alta, no sentido de capacitar a pessoa cuidadora informal a prestar cuidados à pessoa em processo de doença/dependência, permitindo identificar as dificuldades sentidas, sociais, materiais, arquitetónicas, passíveis de ser superadas.

Assim, tem por objetivo visionar a preparação atempada da alta, no decorrer do internamento, e posteriormente manter o acompanhamento da pessoa e cuidador, por forma a oferecer suporte, no sentido de prevenir o número de admissões na urgência e internamentos recorrentes em âmbito hospitalar. Este projeto apesar da sua utilidade e necessidade, não se encontra em funcionamento no momento, por via da escassez de recursos humanos.

Ainda neste serviço, decorre à segunda, quarta e sexta feira uma reunião multidisciplinar (Equipa Médica, Enfermeiro Especialista em Reabilitação e Assistente social), denominada Reunião de AVC, onde ocorre um contato com os cuidadores de referência com vista a dar informação acerca da condição geral da pessoa em internamento com AVC, bem como a preparação para a alta.

Diariamente decorre uma reunião com a Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e a Assistente Social no sentido de garantir um adequado e atempado encaminhamento dos doentes, perspetivando a preparação da alta desde o primeiro dia de internamento, através de uma intervenção precoce.

Os registos de enfermagem são realizados em linguagem CIPE, no entanto, os registos de enfermagem de reabilitação, ainda não são feitos em suporte digital, sendo realizados em suporte papel em documento próprio do serviço, o qual contempla uma avaliação inicial descritiva e as intervenções desenvolvidas.

A prestação de cuidados tem por base a teoria das atividades de vida de Nancy Roper.

2. PROJETO DE ESTÁGIO I

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/2011)				
Competências	Objetivos	Atividades a desenvolver	Intervenientes	Tempo
A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	Desenvolver uma prática profissional e ética.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação na tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada. 	Mestranda Liliana M Enf ^a Cooperante Enf ^a Chefe	Ao longo do ensino clínico
B - Domínio da melhoria contínua da qualidade	Participar na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestador e do desenvolvimento da prática da enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino e treino da pessoa em internamento com integração da família, com vista à reintegração da pessoa na comunidade, de forma segura e adequada às necessidades, promovendo a criação e manutenção um ambiente terapêutico seguro através de medidas promotoras da segurança na prestação de cuidados; ➤ Identificação e participação em programas de melhoria contínua da qualidade já desenvolvidos no Serviço de MI; ➤ Avaliação das necessidades educativas/informativas da pessoa/família/comunidade e pares; ➤ Implementação de um plano específico para a pessoa com afeção neurológica não traumática, englobando as necessidades 	Mestranda Liliana M Enf ^a Cooperante Enf ^a Chefe Equipa Multi-disciplinar	Ao longo do ensino clínico

		<p>individuais de cada pessoa, através da reeducação funcional motora, respiratória e ao nível de todas os domínios específicos;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvimento de formação em serviço destinada aos profissionais de saúde acerca da temática “Sexualidade após EAM”, com criação de folheto informativo, sendo desenvolvido tendo em conta as necessidades do serviço, como também numa perspetiva integradora desta temática em contexto de estágio, com o objetivo de dar continuidade à mesma área temática, a sexualidade em estágios futuros. Refere-se assim, a necessidade e interesse do serviço na temática em causa, bem como o interesse pessoal. 		
C- Domínio da gestão dos cuidados	Realizar a gestão de cuidados otimizando a resposta de enfermagem de reabilitação, garantindo segurança e qualidade na prestação dos cuidados específicos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação na adequação dos recursos às necessidades de cuidados, promovendo a sua qualidade, através do acompanhamento da Enf^o Chefe, com vista a identificar o método de gestão de recursos humanos e materiais do serviço; ➤ Gestão da utilização dos recursos materiais e equipamento disponível de forma a garantir a igualdade no acesso aos diversos equipamentos, de aforma ajustada às necessidades de cada pessoa. 	Mestranda Liliana M Enf ^a Cooperante Enf ^a Chefe Equipa Multi- disciplinar	Ao longo do ensino clínico
D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integrar a equipa multidisciplinar, reconhecendo a especificidade do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. ➤ Desenvolver o autoconhecimento e assertividade relacionado com a enfermagem de 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação e interação com a Enfermeira Cooperante, a Enfermeira Chefe e os demais elementos da equipa, ao nível das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no decorrer do processo de reabilitação; ➤ Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações à funcionalidade na sequência de afeção neurológica não traumática; ➤ Participação nas reuniões de equipa multidisciplinar/ passagens de turno da equipa de enfermagem; ➤ Participação na Reunião de AVC, com vista a perceber o papel do enfermeiro especialista na preparação da alta, bem 	Mestranda Liliana M Enf ^a Cooperante Enf ^a Chefe Equipa Multi- disciplinar	1 ^a Semana e ao longo do ensino clínico

	reabilitação	como na reunião diária com a Assistente social; ➤ Realização de uma reunião no final da semana com a Enfermeira cooperante, de forma a permitir um momento de reflexão no sentido de melhorar continuamente.		
Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº125/2011)				
Competências	Objetivos	Atividades a desenvolver	Intervenientes	Tempo
J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos a prática de cuidados.	Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração funcional por afeção neurológica não traumática (AVC):	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação no acolhimento da pessoa/ família com vista à sensibilização precoce para o decorrer do processo de reabilitação, promovendo maior adesão ao processo de reabilitação; ➤ Recolha de informação acerca da história clínica, antecedentes pessoais e fatores que sejam concomitantes com o evento traumático e que possam ser facilitadores ou inibidores do processo de reabilitação, na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária; ➤ Realização da avaliação inicial e contínua da pessoa com alterações à funcionalidade: motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, de alimentação, de eliminação e da sexualidade; ➤ Identificação das necessidades de intervenção, para potenciar ou reeducar a funcionalidade, através do recurso a escalas de avaliação em utilização no serviço, ou outras que sejam relevantes no decorrer do processo de aprendizagem (ECG; Escala de Braden; Escala de Morse; Escala de Lower; Escala de Ashworth Modificada e Escala da dor (numérica e observador)); ➤ Avaliação inicial: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar a história da doença atual e pregressa; terapêutica habitual; história familiar e social com vista a identificar necessidades reais ou potenciais da pessoa e família, 	Mestranda Liliana M Enf ^a Cooperante Enf ^a Chefe Equipa Multi-disciplinar	Ao longo do ensino clínico

		<p>perspetivando o processo de reabilitação e a preparação para a alta;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliação objetiva: através do exame físico e avaliação neurológica; ○ Preparação da alta (aquando admissão e no decorrer do internamento) através da recolha de dados significativos para a reintegração da pessoa no domicílio em segurança e com os produtos de apoio e adaptações necessárias a garantir a sua funcionalidade, bem como o suporte familiar nos cuidados necessários. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino e treino de exercícios de fortalecimento muscular através de mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas livres, e progressivamente resistidas com pesos, conforme tolerância da pessoa, em todos os segmentos corporais; ➤ Ensino e treino de exercícios isométricos e isotónicos a nível dos membros superiores, toraco-abdominal e membros inferiores; ➤ Treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado e em posição ortostática; ➤ Ensino e treino de AVDs (higiene e conforto; vestir e despir; alimentação; eliminação); ➤ Ensino e treino de transferências, marcha e subir e descer escadas, adequando dispositivos auxiliares de marcha às necessidades da pessoa; ➤ Ensino e treino de uso de materiais de apoio; ➤ Integração da família na prestação direta de cuidados e realização de ensinamentos para a preparação para a alta; ➤ Ensino e treino de técnicas de relaxamento com vista à redução da ansiedade (massagem, posição de relaxamento); 	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino e treino do posicionamento assumindo posição com padrão anti-espástico; ➤ Ensino e treino da técnica de facilitação cruzada com vista a potencializar a utilização e reconhecimento do hemicorpo afetado; ➤ Ensino e treino da automobilização na posição sentada e deitada; ➤ Ensino e treino da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; ➤ Ensino e treino: tonificação abdômino-diafragmática; abertura costal global com ou sem bastão na posição sentado ou deitado na posição de descanso, adequando à tolerância da pessoa; abertura costal seletiva com incidência na área pulmonar mais afetada (em posição sentado ou decúbitos laterais consoante tolerância da pessoa); ➤ Ensino e treino de correção postural com espelho quadriculado, nomeadamente quando detetadas alterações posturais que influenciam a expansão torácica; ➤ Execução e ensino de limpeza de vias aéreas: mobilizando as secreções dos brônquios distais aos principais, com exercícios respiratórios com ênfase na fase expiratória; uso de manobras acessórias; drenagem postural modificada; medidas de facilitação da tosse; posteriormente expulsão das secreções através da tosse assistida/dirigida ou aspiração de secreções; ➤ Proporcionar medidas de facilitação da tosse e limpeza das vias aéreas: ingesta hídrica; humidificação de secreções; inaloterapia; 		
J2 — Capacita a pessoa com deficiên-	Participar na elaboração e implementação de pro-	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibilização de informação à pessoa/família produtos de apoio que possam ser uma mais valia, para o processo de rea- 	Mestranda Liliana M	Ao lon- go do

<p>cia, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p>	<p>grama de treino de AVD's visando a adaptação às limitações desencadeadas pela patologia respiratória, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.</p>	<p>bilitação perspetivando o ensino para uma correta utilização dos mesmos e uma melhor adaptação à limitação aquando alta hospitalar, no domicílio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação);</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação na preparação da alta da pessoa com alteração à funcionalidade, potenciando as competências individuais da pessoa/família e comunidade em prol da adaptação e reinserção na sociedade onde se integra; ➤ Participação na identificação e orientação para a eliminação de barreiras arquitetónicas que possam condicionar o pleno desenvolvimento da autonomia da pessoa enquanto integrada no seu meio social, em parceria com a equipa interdisciplinar. 	<p>Enf^a Cooperante</p> <p>Enf^a Chefe</p> <p>Equipa Multi-disciplinar</p>	<p>ensino clínico</p>
<p>J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>	<p>Participar na conceção, implementação e avaliação (e eventual reformulação) de programas de treino motor e cardio-respiratório atendendo aos resultados esperados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvimento do conhecimento acerca da função motora e cardio-respiratória, na prevenção de sequelas de imobilidade e maximização da funcionalidade, através de pesquisa bibliográfica; ➤ Participação no ensino e treino sobre técnicas a que melhoram o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, atendendo aos objetivos da pessoa, e promovem a sua saúde e prevenção de lesões, e beneficiem o processo de reabilitação e a adesão. 	<p>Mestranda Liliana M</p> <p>Enf^a Cooperante Enf^a Chefe Equipa Multi-disciplinar</p>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

4. CONCLUSÃO

A aprendizagem contínua e o aperfeiçoamento do conhecimento surgem como uma necessidade no decorrer do Estágio II e Relatório, mediante a sistematização da mesma, permitindo orientar o desenvolvimento pessoal e profissional no contexto específico de enfermagem de reabilitação.

Ser enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, surge como um desafio permanente à capacidade adaptativa e persistência dos profissionais que ainda pretendem prestar tão nobres cuidados. A prestação de cuidados especializados em reabilitação por enfermeiros, não têm, na minha visão, a visibilidade que deveria assumir, quer pela especificidade, quer pela importância na manutenção de qualidade de vida, e da funcionalidade, bem como no contributo que podem assumir na redução de tempos de internamento e de admissões aos serviços de urgência hospitalar, se realizados em contexto comunitário.

É sem dúvida, um desafio a todos os profissionais da área, a sua capacidade de adaptação e a prestação de cuidados especializados mediante condições localmente adversas, que além de não permitirem o desenvolvimento profissional dos profissionais, não permitem consequentemente a acessibilidade equitativa aos cuidados a todas as pessoas.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume uma intervenção estruturada, integrando a equipa multidisciplinar e família, com vista à capacitação da pessoa, no sentido de dar resposta às suas necessidades alcançando, assim, as suas expectativas realistas.

A possibilidade de conhecer diferentes contextos sobre outra perspetiva, permite uma elevada amplitude de visão e compreensão da prestação de cuidados especializados.

Acredito que cada experiência me enriquece enquanto pessoa e profissional, e também assim, a minha intervenção se torna mais direcionada e mais ajustada, permitindo adquirir e desenvolver competências para assumir um papel ativo, dinâmico e adequado enquanto membro integrado temporariamente de uma equipa, e futuramente enquanto profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Centro Hospitalar Oeste (2014). *Relatório de Atividades 2014*. Administração Regional de Saúde de Lisboa. pp 1-66.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.

Regulamento n.º 122/2011 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 18 de fevereiro de 2011.

Regulamento n.º 125/2011- *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35, 18 de fevereiro de 2011.

ANEXOS

ANEXO I: Horário

Tabela 1: Horário de estágio

Dia	Turno	Enf^ª Cooperante
11/07	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
12/07	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
14/07	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
12/9	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
14/9	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
15/9	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
19/9	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
20/9	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
21/9	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
26/9	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
27/9	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
28/9	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
30/9	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
3/10	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro
4/10	Manhã (8-16h)	Enf ^ª Graça Ramalheiro

ANEXO II: Plano de sessão



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



6º CMER

CENTRO HOSPITALAR DO OESTE - HOSPITAL DE CALDAS DA RAINHA
SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Planificação da Sessão

Sexo e sexualidade após EAM
Duração: 30 minutos
Data: 27 de Setembro de 2016 às 15h
Tema: Sexo e Sexualidade após EAM
Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Medicina Interna
Grupo de Preletores/Grupo de Trabalho: Liliana Marques (Sob orientação da Enf^ª Graça Ramalheiro)
Local/Empresa: CHO - Hospital de Caldas da Rainha - Serviço de Medicina Interna

OBJETIVO GERAL: Refletir sobre o papel do enfermeiro de reabilitação na promoção da saúde sexual após EAM

Fases	Objetivos Específicos	Conteúdos Programáticos	Métodos Pedagógicos	Material/ Equipamento Didático	Tempo
Introdução	Enquadrar a importância da temática a desenvolver no decorrer da prática profissional de prestação de cuidados holísticos.	<ul style="list-style-type: none">✓ Apresentação da preletora;✓ Comunicação dos objetivos;✓ Comunicação dos conteúdos a abordar.	Expositivo	Power Point (recurso a folheto)	3 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">✓ Compreender a necessidade de uma abordagem holística da pessoa com EAM – domínio da sexualidade;✓ Identificar a importância de profissionais de saúde com formação na área específica da sexualidade;✓ Identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração da sexualidade após EAM.	<ul style="list-style-type: none">✓ Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM): definição e classificação;✓ Abordagem terapêutica da pessoa com EAM;✓ Reabilitação da pessoa com EAM;✓ Reabilitação Cardíaca: programa de reabilitação;✓ Sexualidade: princípios; situação de doença, profissionais de saúde e EAM;✓ Intervenção na promoção da sexualidade/saúde sexual;			15 min
Conclusão		<ul style="list-style-type: none">✓ Recomendações/Conclusões;✓ Referências Bibliográficas.			2 min
Discussão	Interação com a plateia, na troca de saberes e experiências acerca da temática.				10min

ANEXO III: Sessão de formação "Sexo e Sexualidade após EAM"

 Escola Superior de Saúde de Santarém
6º CMER
Estágio II, Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com afeção neurológica não traumática



Sexo e Sexualidade após EAM

Centro Hospitalar do Oeste – Hospital Caldas da Rainha
Serviço de Medicina Interna

Elaborado por:
Enfª Líliana Marques



Enfermeira Orientadora:
Graça Ramalheiro

Professor Orientador:
José Lourenço

Objetivos

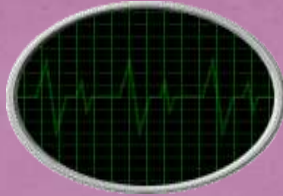
OBJETIVO GERAL:

- Refletir sobre o papel do enfermeiro de reabilitação na promoção da saúde sexual da pessoa após EAM;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Compreender a importância de uma abordagem holística da pessoa com EAM - domínio da sexualidade
- Identificar a importância de profissionais de saúde com formação específica na área da sexualidade;
- Identificar as intervenções de enfermagem de reabilitação à pessoa com afeção da sexualidade após EAM.

Sumário

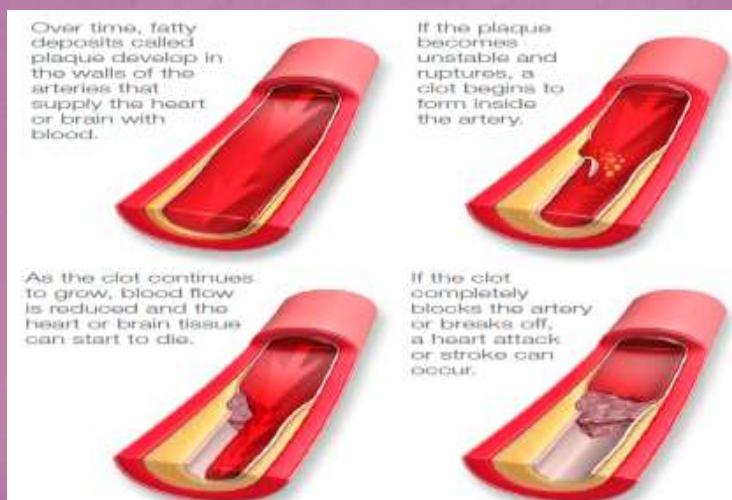


- Reabilitação Cardíaca: Doença cardiovascular e programa de reabilitação cardíaca;
- Sexualidade e atividade sexual: Intervenção e recomendações
- Conclusão

Reabilitação Cardíaca



Doença cardiovascular: EAM



American Heart Association (2015)

Alguns dados....

50% Mortalidade Total na Europa

11909 Internamentos por EAM com 10606 altas hospitalares (2007) em Portugal

2987 Cirurgias coronárias das quais 600 com cirurgia valvular associada (2007) em Portugal

Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Reabilitação cardíaca (RC)

A Reabilitação Cardíaca é a soma das atividades necessárias para garantir à pessoa portadora de cardiopatia as melhores condições física, mental e social, de forma a que eles consigam, reconquistar uma posição normal na comunidade e levar uma vida ativa e produtiva.



Hoeman (2011) citando OMS (2003)

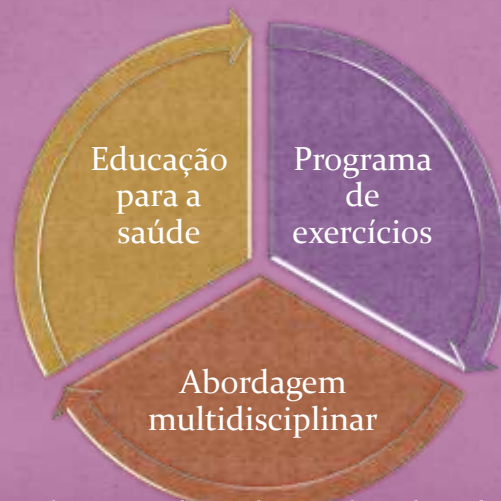
Reabilitação cardíaca (RC)



Os Serviços de Reabilitação cardíaca (RC) assumem programas a longo prazo, que envolvem a avaliação médica, prescrição do exercício, modificação de fatores de risco cardíacos, educação e aconselhamento.

Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Reabilitação cardíaca (RC)



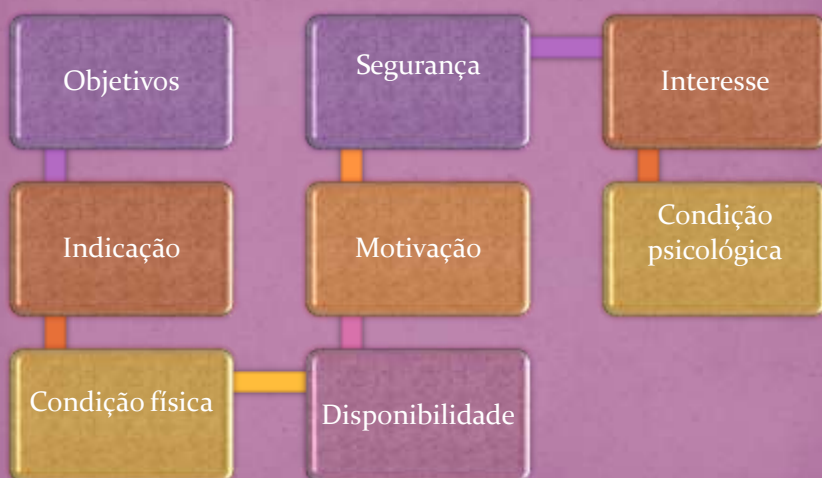
Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Educação para a saúde



Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Programa de exercícios



Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Benefícios da RC

- Controlo dos fatores de risco cardiovasculares;
- Melhoria da perfusão miocárdica e função ventricular esquerda;
- Redução da mortalidade (cerca de 26% aos 3 anos);
- Melhoria das funções respiratória, circulatória e muscular periférica;
- Melhoria da tolerância ao esforço;
- Melhoria dos sintomas e bem-estar psico-social;
- Melhoria da qualidade de vida;
- Redução do número de internamentos e dos custos em saúde.

Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Objetivos do programa de RC

- Permitir ao doente retomar o mais precocemente a vida produtiva e ativa;
- Restaurar a melhor condição física e social possível;
- Restabelecer a auto-confiança;
- Reverter o processo de progressão de aterosclerose;
- Melhorar a qualidade de vida;
- Promover o exercício físico regular.

Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Orientações a cumprir no Programa



Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Avaliação inicial

- Define o estado do doente e guiar o plano individualizado;
- Desenvolve estratégias de treino de exercícios;
- Estabelece um plano de follow-up, orientando-se para a prevenção secundária a longo prazo;
- Estratifica o risco face à progressão de doença e probabilidade de eventos cardíacos adversos durante o exercício, podendo contra-indicar o exercício ou indicar o nível de monitorização e supervisão recomendada.

Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Crítérios de inclusão/ exclusão para RC

QUADRO 7

Crítérios de exclusão:

1) Crítérios médicos de alto-risco ou CI ao exercício:

- angina instável
- IC, classe IV
- Taquiarritmias/bradiarritmias sustentadas não controladas
- estenose mitral/aórtica sintomática, grave
 - MCHO
 - HTP grave
 - PAS>200 mm Hg
- PAD>110 mm Hg
- Miocardite/Pericardite activa/suspeita
- Tromboflebite
- Embolia sistémica/pulmonar recente, significativa

2) Crítérios dependentes do doente:

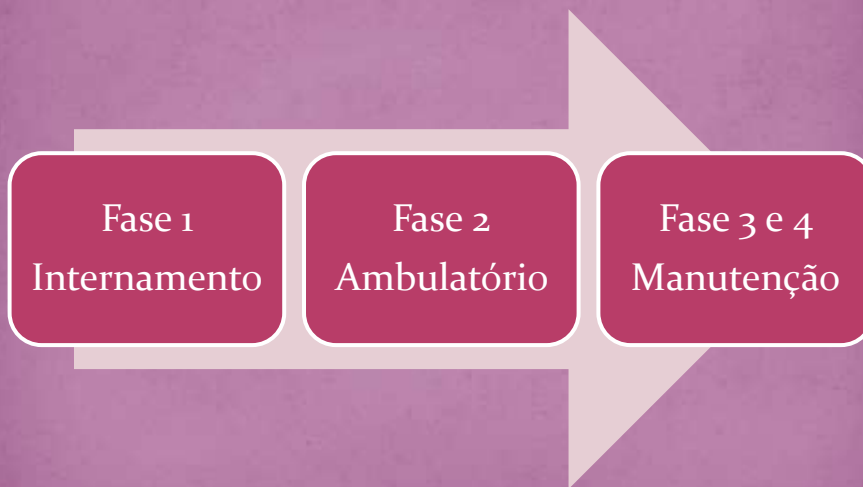
- recusa por falta de motivação
- factor geográfico (distância)
- factor económico

3) Crítérios dependentes do sistema de saúde:

- factor económico
- escassez de centros de RC e deficiente distribuição geográfica

Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Fases da reabilitação cardíaca



Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Fase 2: Ambulatório/Extra Hospitalar precoce

- Inicia-se nos primeiros 3 a 6 meses após o evento podendo estender-se até 1 ano;
- Decorre em ambulatório e envolve a equipa multidisciplinar e família;
- Envolve uma intervenção individual e de grupo;
- Decorre da prescrição do exercício, e sessões dirigidas a alterações de comportamentos de risco;
- Esta fase é iniciada após estratificação do risco com prova de esforço e programa de exercício terapêutico, sob monitorização.

Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Fase 3 e 4: Manutenção /Extra- hospitalar a longo prazo

- Garante a prevenção e reabilitação para doentes em meio extra-hospitalar, após 1 ano.
- Intervenção detalhada a longo prazo, medicamente supervisionada, incluindo: avaliação médica, prescrição de exercício, modificação de fatores de risco, aconselhamento e educação.

Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Fatores de desistência de programa de RC

Fatores individuais:

- Conflito laboral;
- Co-morbilidades;
- Género feminino;
- Desconhecimento/ cepticismo;
- Inércia/ comodismo/ desmotivação;
- Fator psicológico: Negativismo/ depressão;
- Desemprego;
- Fator socio-económico;
- Nível educacional;
- Raça não caucasiana;
- Apoio familiar.

Fatores Institucionais/profissional de saúde:

- Falta de participação do SNS;
- Falta de investimento em recursos humanos e materiais;
- Fator geográfico (escassez de centros e localização concentrada, grandes cidades)
- Cepticismo/ má informação
- Interesse do cardiologista em áreas técnicas e de intervenção
- Fator económico;
- Elevado dispêndio temporal;
- Necessidade de equipa multidisciplinar
- Escassez de referência médica específica;
- Incapacidade médica em avaliar/estimular a motivação do doente;
- Crença do médico que pode substituir a reabilitação.

Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Centros de RC em Portugal

QUADRO 1

Centros de Reabilitação Cardíaca em Portugal, 2007 e Número de Doentes Reabilitados em Portugal, 2007.

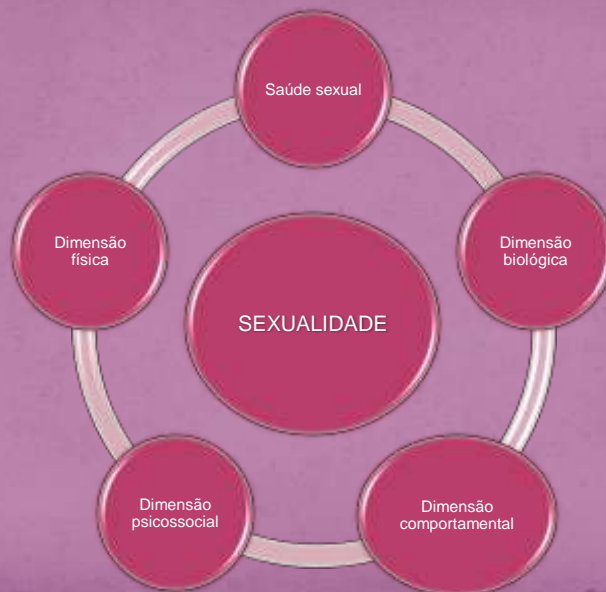
Centros Públicos		Centros Privados	
	Nº doentes		
Norte	364	Norte	97
Hospital Santo António	48	Diprofisio	17
Hospital Vila Nova de Gaia	49	Clinpóvoa	23
Hospital Pedro Hispano	92	Fisimaia	33
Hospital São Sebastião	175	Clinica de Fisioterapia de Gaia	24
Grande Lisboa	91	Grande Lisboa	86
Hospital Santa Marta	12	Instituto do Coração	25
Hospital Militar de Belém	3	Clube Coronário	10
Hospital Fernando Fonseca	76	Clinica Coração de Jesus	7
		Clinica das Conchas	4
		Clinica Dr. Didio Aguiar	40

Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares - Alto comissariado da saúde (2009)

Sexualidade e Atividade Sexual



Intervenção na promoção da Sexualidade após EAM: Conceitos



WHO (2010)

Intervenção na promoção da Sexualidade após EAM: Conceitos



Hoeman (2011)

Intervenção na promoção da Sexualidade após EAM: Características



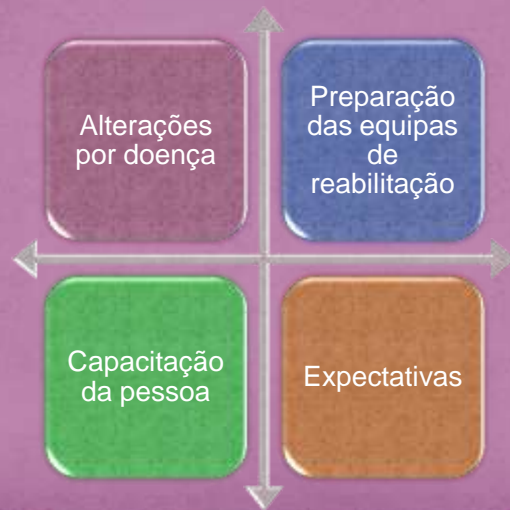
WHO (2010)

Intervenção na promoção da Sexualidade após EAM: Princípios

- Capacidade da pessoa ter prazer com o seu comportamento sexual e reprodutor;
- Libertação de sentimentos de medo, culpa e vergonha bem como de informações incorretas que impedem o relacionamento sexual inibindo a resposta sexual;
- Ausência de doenças orgânicas e incapacidades que se assumam como barreiras à sexualidade e reprodução.

Hoeman (2011)

Intervenção na promoção da Sexualidade após EAM: Requisitos



Hoeman (2011)

Intervenção na promoção da Sexualidade após EAM: Objetivos



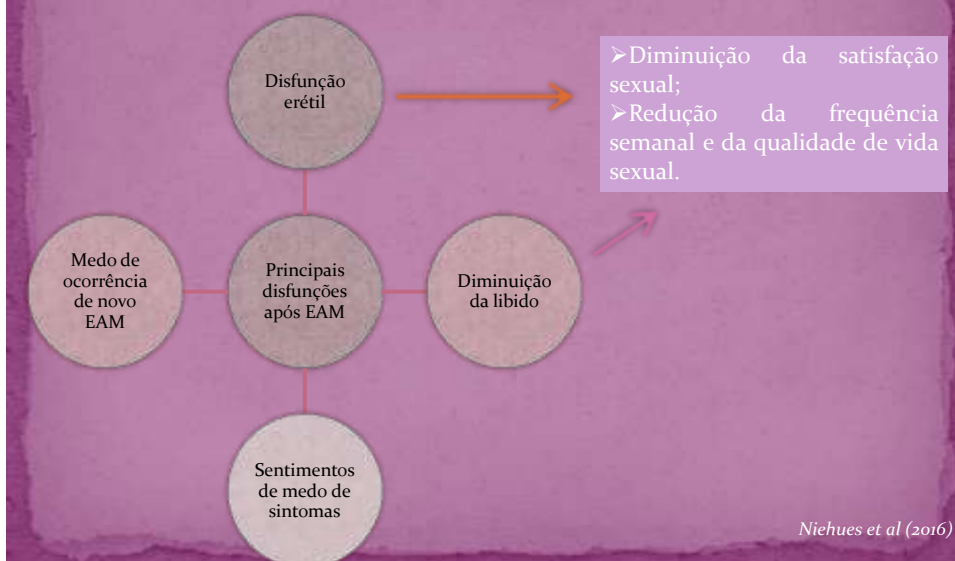
Hoeman (2011)

Intervenção na promoção da Sexualidade após EAM: Consequências



Niehues et al (2016)

Intervenção na promoção da Sexualidade após EAM: Consequências



Niehues et al (2016)

Intervenção na promoção da Sexualidade após EAM: Recomendações

As orientações sobre o retorno à vida sexual ativa deve ser uma prática da equipa da enfermagem, sendo no entanto, da responsabilidade de todos os profissionais da área da saúde que participam no processo de reabilitação da pessoa com EAM, num plano interdisciplinar.

Niehues et al (2016)

Recomendações atividade sexual após EAM

- Não só a pessoa com EAM, mas também o parceiro (a) deve-se integrar em todo o processo de reabilitação cardíaca, nomeadamente na retoma da atividade sexual.
- A sexualidade não é vivida em pleno, se a comunicação entre o casal não for eficaz e permita redescobrir a sexualidade de prática sexual de outra forma.

Filho (2000), Hoeman (2011)

Recomendações atividade sexual após EAM

- Motivar para o controlo dos fatores de risco (alimentação; tabagismo; bebidas alcoólicas; descanso; atividade física regular; medicamentos);
- Alertar para as eventuais alterações de humor, sentimentos depressivos, ansiedade, diminuição da autoestima, autoconfiança;
- Descentralizar a sexualidade, do ato sexual, deixando que a evolução seja progressiva e um processo de descoberta, sem a criação de expectativas irrealistas;
- O reinício da atividade sexual deve diminuir o stress e aumentar a autoestima aproximando o casal, devendo ocorrer após 4 - 8 semanas após o evento, dependendo da condição da pessoa;

Filho (2000), Hoeman (2011)

Recomendações atividade sexual após EAM

- Repouso antes do ato sexual escolhendo um momento de calma e sem stress, de preferência após sono repouso, de manhã ou após a sesta;
- Prática de atividade sexual 1 a 3h após refeições, especialmente se pesadas, ou consumo desaconselhado de bebidas alcoólicas;
- Escolha de um local em ambiente acolhedor, confortável e onde não ocorram interrupções;
- Dedicar atenção aos preliminares (as carícias, o toque, abraço, beijo) como método de aumentar o esforço de forma progressiva, permitindo o aumento progressivo de frequência cardíaca e tensão arterial – gestão e adaptação ao esforço;

Filho (2000), Hoeman (2011)

Recomendações atividade sexual após EAM

- ✓ Não tomar banho de imersão ou duche com água muito quente ou muito fria antes ou após atividade sexual;
- ✓ Reforço da adesão terapêutica e gestão toda medicação, e caso esta interfira com o adequado desempenho sexual, discutir com o médico a situação;
- ✓ Se durante o ato sexual ocorrer dor ou desconforto, realizar repouso imediato e contatar o médico assistente;
- ✓ Evitar posições sexuais que exigem muito apoio do peso corporal nos membros superiores por longos períodos;
- ✓ Atender que o medo, é um dos principais fatores que inibem a retoma da atividade sexual e a vivência da sexualidade em pleno;
- ✓ Integrar o cônjuge na informação fornecida é crucial pois também este, pode ter receios, medos e dúvidas;
- ✓ Fomentar a comunicação entre o casal, como forma de ultrapassar as barreiras à vivência da sexualidade.

Filho (2000), Hoeman (2011)

Recomendações atividade sexual após EAM



Conclusão

“A sexualidade é um componente da boa saúde, inspira a criação e é parte do caminho da alma.”



Isabel Allende

Referências Bibliográficas

- Alto comissariado da saúde: Coordenação nacional para as doenças cardiovasculares (2009). *Reabilitação cardíaca: realidade nacional e recomendações clínicas*. Ministério da saúde..
- American Heart Association (2015). *What are Heart Disease and Stroke?*
- Filho, F. (2000). *A doença cardíaca, a insegurança e a disfunção sexual*. Revista Brasileira de cardiologia, XIII (3), pp 30-56.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Niehues, J. et al (2016). *Orientação para a Atividade Sexual após Infarto Agudo do Miocárdio: Estamos Negligenciando?* International Journal of Cardiovascular Sciences, 29(2), pp. 152-154 .
- World Health Organization (2010). *Developing sexual health programmes- A framework for action: Developing sexual health programmes*. Switzerland.

ANEXO IV: Folheto informativo

- ✓ Se durante o ato sexual sentir palpitações, dor no peito, deve repousar durante 15 minutos, se mantiver sintomas deve recorrer ao seu médico.
- ✓ Evite posições sexuais que exijam elevado esforço físico por longos períodos.
- ✓ Não consuma medicamentos ou substâncias que melhoram a performance sexual, que não lhe tenham sido aconselhados pelo seu médico.



Redescubra a sua sexualidade e um novo mundo de vivências e sensações...

Aprenda a viver com a doença cardíaca.

Não se deixe vencer por sentimentos de medo, angústia e ansiedade.

Viva a sua sexualidade em pleno de forma consciente.

Procure ajuda e aconselhamento junto dos elementos da equipa de saúde que o acompanha.

Serviço de Medicina Interna

Enf^{ce} Chefe Luís Agostinho

Enf^{ce} Especialista Graça Ramalheiro



Centro Hospitalar do Oeste
Hospital de Caldas da Rainha

Sexo e Sexualidade após Enfarte



Serviço de Medicina Interna

Após um Enfarte é normal que viva sentimentos de medo, ansiedade, em relação à atividade sexual, pelo receio de viver sintomas desagradáveis durante o ato sexual.



Retome as suas atividades do dia-a-dia, com moderação e de forma progressiva, mediante o aconselhamento da equipa que o acompanha.



Atente sempre, à toma adequada da medicação que lhe for prescrita, caso, sinta que esta inibe a sua capacidade sexual, deve consultar o seu médico para que este possa reavaliar a sua medicação.



Procure informar-se junto da equipa que o acompanha, junto com a sua (seu) parceira (o), pois juntos poderão redescobrir a sexualidade sem receios e de forma ajustada à sua nova condição.

Algumas recomendações...

- ✓ Poderá retomar a sua atividade sexual 4 – 8 semanas após o enfarte, mediante aconselhamento médico.
- ✓ Procure esclarecer as suas dúvidas junto da equipa que o acompanha.
- ✓ Mantenha o cumprimento da medicação prescrita e a toma adequada da mesma.
- ✓ Procure controlar os fatores de risco para prevenir um novo evento, procure realizar uma alimentação e hidratação equilibrada, reduza ou elimine o consumo de tabaco e álcool, pratique exercício físico moderado mediante o aconselhamento; cumpra a medicação que lhe foi prescrita.
- ✓ Ao retomar a sua atividade sexual, não crie expectativas irrealistas, terá de se adaptar a viver a sua sexualidade de forma progressiva, onde o diálogo entre o casal é fundamental para que decorra sem ansiedade.
- ✓ Procure iniciar a sua atividade sexual de forma progressiva, iniciando nos preliminares antes do ato sexual em si, permitindo que os seus batimentos cardíacos e a sua tensão arterial aumentem progressivamente, é normal que durante o ato sexual sinta os batimentos cardíacos mais acelerados.

- ✓ Procure um local calmo, relaxante, acolhedor e onde não haja interrupções.
- ✓ Evite tomar banho de imersão ou duche com água muito quente ou muito fria.
- ✓ Evite a atividade sexual após refeições, aguarde 1 a 3 h após refeições.

Para o homem...



Para a mulher...



ANEXO IV: Projeto de estágio II: Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família em contexto comunitário



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Projeto Individual de Estágio II e Relatório:

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa/Família com alteração da funcionalidade em contexto comunitário



Liliana Marques

Santarém, Outubro, 2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
UC ENSINO CLÍNICO - ESTÁGIO II E RELATÓRIO

Projeto Individual do Estágio II e Relatório:

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa/Família com alteração da funcionalidade em contexto comunitário

Unidade de Cuidados na Comunidade de Almeirim/Alpiarça

Mestranda:

Liliana Marques, nº 140430001

Enfermeira Cooperante:

Enf^a Susana Silva

Enfermeiro Coordenador:

Enf^o Paulo Guia

Professor Orientador:

Professor José Lourenço

Santarém, Outubro, 2016

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS LVT- Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

AVDs - Atividades de vida diárias

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Enf^a - Enfermeira

Enf^o - Enfermeiro

f. - folha

PIP - Projeto de Intervenção Precoce

pp – páginas

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RPQCEER - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

UCC - Unidade Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO.....	4
1. CONTEXTUALIZAÇÃO: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE ALMEIRIM/ALPIARÇA	6
2. PROJETO DE ESTÁGIO II E RELATÓRIO.....	9
3. CONCLUSÃO.....	19
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
 ANEXOS	
ANEXO I: Horário de estágio.....	22
ANEXO II: "Aprender a respirar - Orientação aos pais de crianças com alterações respiratórias".....	24

INTRODUÇÃO

No âmbito do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, integrado na unidade curricular Estágio II e Relatório, no contexto específico dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alterações da funcionalidade em contexto comunitário, surge a necessidade de sistematizar a aprendizagem e o desenvolvimentos das atividades propostas, através do presente projeto.

Este estágio irá desenvolver-se na Unidade de Cuidados na Comunidade de Almeirim/Alpiarça sob a orientação do Professor José Lourenço e com a colaboração da Enfermeira Cooperante Susana Silva. A escolha deste local de estágio prende-se com a especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados, nomeadamente à criança, no âmbito da intervenção precoce, que se assume como um interesse pessoal.

A promoção de qualidade de vida e o alcance da máxima funcionalidade assume-se como um aspeto fundamental em enfermagem de reabilitação, através da reabilitação, reeducação e reintegração da pessoa em processo de doença súbita ou crónica, com alteração a nível cognitivo, motor, sensorial, cardio-respiratório, de alimentação, de eliminação e da sexualidade. (RPQCEER, 2011)

A aquisição e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, visa promover a qualidade dos cuidados específicos, aumentando o conhecimento e a experiência, permitindo a prestação de cuidados de excelência adequados e adaptados a cada pessoa, consoante as suas necessidades específicas, e nos diferentes contextos de prestação de cuidados. Desta forma, a aquisição de conhecimentos e competências é fundamental, permitindo assim, o ensino, a instrução e treino de técnicas que melhorem a qualidade de vida da pessoa, maximizando as suas capacidades, elaborando para tal, sessões de treino promotoras de saúde e preventoras de lesões (Regulamento nº125/2011).

Para o Estágio II definem-se como objetivos gerais:

- Demonstrar competências adequadas à prestação dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, integrando equipas multidisciplinares/interdisciplinares à pessoa/família em situação de doença e/ou deficiência cerebrovascular, neurológica e neuro-traumatológica visando a sua independência máxima;

- Demonstrar competências que permitam agir como formador e gestor, no âmbito dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular, dos cuidados específicos da sua área de especialização em enfermagem de reabilitação

Assumindo-se como objetivos específicos:

- Participar na conceção, planeamento, execução e avaliação de programas de cuidados especializados no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção sócio- profissional da pessoa em situação de dependência física;
- Prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação, aos três níveis de prevenção em saúde, centrados na pessoa ao longo do ciclo vital, na família, grupos e comunidades;
- Capacitar a pessoa/família com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reintegração e exercício da cidadania;
- Desenvolver metodologias de investigação na sua área e implementar os resultados no planeamento, execução e avaliação dos cuidados específicos da enfermagem de reabilitação;
- Participar na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde, no âmbito da sua especialização;
- Desenvolver espírito crítico e reflexivo sobre os cuidados de enfermagem e, em particular, cuidados em enfermagem de reabilitação.

Atendendo à oportunidade única de poder prestar cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à criança, defino como objetivo pessoal: a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação à criança/família em contexto comunitário.

Assim, neste contexto, a criança é aceite como um membro valorizado da sociedade que integras (Hoeman, 2011), assim, os cuidados de enfermagem de reabilitação dirigem-se à pessoa em todas as etapas do ciclo vital, visionando prevenir o risco de alteração à funcionalidade, promover a readaptação e capacitar para o autocuidado, quando em situação de limitação ou incapacidade. (RPQCEER, 2011)

O presente projeto, é um dos três que constituem a unidade curricular Estágio II e Relatório e objetiva permitir a organização e sistematização do ensino clínico, com vista a estruturar a evolução da aprendizagem. Estruturando-se em quatro etapas, a presente introdução, à qual se segue uma breve contextualização da UCC Almeirim/Alpiarça, o projeto de estágio propriamente dito, composto por um plano de atividades, e por fim, uma conclusão, referências bibliográficas e anexos.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE ALMEIRIM/ALPIARÇA

A unidade de Cuidados na Comunidade de Almeirim e Alpiarça, encontra-se sob influência do ACES Lezíria, e este da ARS LVT. A UCC objetiva contribuir para a melhoria do estado de saúde da população com vista a obtenção de ganhos em saúde.

Desta forma, garante a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional que requeiram um acompanhamento próximo, atuando ainda na educação para a saúde, integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (Decreto-Lei n.º 28/2008).

Integrado na UCC surgem os Cuidados Continuados Integrados, através da RNCCI, que constituem um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrentes da avaliação conjunta, centrada na recuperação global da pessoa como um processo ativo e contínuo, promotor de autonomia, melhorando a funcionalidade em situação de dependência, através da reabilitação, readaptação e reinserção socio-familiar. Estes cuidados são direcionados à pessoa que carecem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, podendo ser prestados em unidades de internamento, de ambulatório ou em equipas hospitalares ou domiciliárias. (Decreto-lei nº 101/2006).

A UCC de Almeirim/Alpiarça desenvolve programas e projetos de intervenção e de promoção da saúde em articulação com outras entidades comunitárias. Os projetos em desenvolvimento são: Classe de Gerontomotricidade; Nascer em Saúde, que consiste na preparação para a parentalidade e recuperação pós-parto; ECCI, com atividades de intervenção no domicílio, encaminhamento para RNCCI; Visitação domiciliária integrada na UCC e educar para cuidar; Núcleo Local de Inserção; Conselho Local de Ação Social; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens; Saúde Escolar; e Programa de Intervenção Precoce dos 0 aos 6 anos de idade.

A equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), consiste numa equipa domiciliária que presta cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de

convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar -se de forma autónoma. Assim, para sua implementação é fundamental uma avaliação multidisciplinar da pessoa e a elaboração de um plano individual de intervenção. A ECCI é da responsabilidade dos cuidados de saúde primários, enquadradas no âmbito da prestação de cuidados dos ACES, integrados ou não em unidade local de saúde em articulação com as unidades e outras equipas da RNCCI. (Portaria nº 174/2014)

Assim, as ECCI objetivam a prestação dos cuidados de saúde promovendo o envolvimento/capacitação dos familiares ou cuidadores informais, através da cuidados personalizados mediante a identificação de um profissional, preferencialmente, enfermeiro, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual, garantindo a comunicação os intervenientes na prestação de cuidados. Assegurando a prestação de apoio psico-emocional; consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de natureza paliativa; apoio no desempenho das AVDs; e promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia. (Portaria nº 174/2014)

A UCC/ ECCI de Almeirim/Alpiarça é constituída por: 1 Assistente Operacional; 1 Assistente Administrativa; 2 Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária; 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; 1 Enfermeira Especialista em Saúde Materna; 4 Enfermeiras Graduas; 1 Enf.^a Pós-graduada em Enfermagem em Cuidados Paliativos); 1 Psicóloga Clínica; 1 Terapeuta Ocupacional; 1 Fisioterapeuta; 1 Educadora Social; 1 Técnica Higienista Oral; 1 Técnico de Cardiopneumologia.

Na ECCI de Almeirim/Alpiarça é utilizado o método de gestor de caso, sendo este o elemento de articulação entre todos os intervenientes, facilitando a comunicação e a coordenação entre a equipa, sendo o responsável pela atualização e acompanhamento do plano individual de intervenção, que se assume como o conjunto de objetivos realistas a atingir atendendo às necessidades identificadas, e as intervenções que daí advêm, visionado a recuperação ou manutenção da pessoa/família. (Conselho de Enfermagem, 2009)

Atendendo à oportunidade única de participar na prestação de cuidados específicos de enfermagem de reabilitação à criança, no âmbito do PIP, optei por direcionar este estágio com características especiais para uma área de meu interesse pessoal, possibilitando compreender a enfermagem de reabilitação e a dimensão da sua importância numa perspetiva ampla, que me permita acompanhar o processo de reabilitação ao longo do ciclo vital.

Assim, o PIP, é constituído por uma equipa de profissionais pluridisciplinar especializados em diversas áreas, que direcionam a sua atividade para o apoio à criança com problemas de desenvolvimento ou em risco de os adquirir entre os 0 e os 6 anos até ao momento de admissão no ensino básico, proporcionando condições facilitadoras, garantindo o apoio informações e aconselhamento às famílias/cuidadores, bem como encaminhamento para o estabelecimento escolar.

Assumindo a família um papel muito importante em todo o processo de intervenção, pois esta é quem mais tempo esta com a criança e quem melhor a conhece, apresentando-se como um parceiro no cuidado e na intervenção especializada. Esta intervenção decorre em âmbito domiciliário, no Centro de Saúde ou em instituições como creche, ama, ou jardim de infância. Este projeto desenvolve-se com recurso a parcerias de entidades na comunidade.

Os registos de enfermagem de reabilitação são realizados em linguagem CIPE através do Programa S - Clínico, e através do registo em suporte papel.

O referencial teórico de enfermagem subjacente à prestação de cuidados baseia-se no modelo teórico das atividades de vida de Nancy Roper que tem por base o modelo de vida, através do qual é possível a descrição do que significa viver, o que para a maioria das pessoas, passa por uma série de atividades integrantes da vida que podem ser executadas de forma aparentemente inconsciente, essas são as atividades de vida, que contribuem em conjunto para a complexidade do processo de vida. (Roper, Logan e Tierney, 2001)

Assumindo esta base teórica, define-se AVD, como um conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma rotineira no seu dia a dia.(Parecer nº 12/2011)

2. PROJETO DE ESTÁGIO II E RELATÓRIO

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/2011)				
Competências	Objetivos	Atividades a desenvolver	Intervenientes	Tempo
A- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	Desenvolver uma prática profissional e ética.	➤ Participação na tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada.	Mestranda Liliana M Enf ^a Cooperante Enf ^o Coordenador	Ao longo do ensino clínico
B - Domínio da melhoria contínua da qualidade	Participar na promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestador e do desenvolvimento	➤ Ensino e treino da pessoa na comunidade com integração/capacitação da família, com vista à reintegração da pessoa na sua comunidade, de forma segura e adequada às necessidades, promovendo a criação e manutenção um ambiente tera-	Mestranda Liliana M	Ao longo do ensino clínico

	to da prática da enfermagem de reabilitação	<p>pêutico seguro através de medidas promotoras da segurança na prestação de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação e participação em programas de melhoria contínua da qualidade já desenvolvidos; ➤ Avaliação das necessidades educativas/informativas da pessoa/família/comunidade e pares; ➤ Implementação de um plano específico para a pessoa, englobando as necessidades individuais de cada pessoa, através da reeducação funcional motora, respiratória e ao nível de todas os domínios específicos; ➤ Desenvolvimento de folheto informativo e explicativos direcionados para a família/cuidadores da criança com afeção respiratória em programa de reabilitação funcional respiratória ao abrigo do PIP; ➤ Elaboração de tabela de registo para organização/gestão dos cuidados específicos de enfermagem de reabilitação; ➤ Organização do Kit "Sopro da Vida" no âmbito do PIP. 	<p>Enf^a Cooperante Enf^o Coordenador Equipa Multidisciplinar</p>	
C- Domínio da gestão dos cuidados	Realizar a gestão de cuidados otimizando a resposta de enfermagem de reabilitação, garantindo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação na adequação dos recursos às necessidades de cuidados, promovendo a sua qualidade, através do acompanhamento da Enf^o Coordenador, com vista a identificar o método de gestão de recursos humanos e materiais do serviço; 	<p>Mestranda Liliana M Enf^a Cooperante</p>	Ao longo do ensino clínico

	segurança e qualidade na prestação dos cuidados específicos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestão da utilização dos recursos materiais e equipamento disponível de forma a garantir a igualdade no acesso aos diversos equipamentos, de aforma ajustada às necessidades de cada pessoa. 	Enfº Coordenador Equipa Multidisciplinar	
D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integrar a equipa multidisciplinar, reconhecendo a especificidade do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. ➤ Desenvolver o autoconhecimento e assertividade relacionado com a enfermagem de reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação e interação com a Enfermeira Cooperante, Enfermeiro Coordenador e os demais elementos da equipa, ao nível das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no decorrer do processo de reabilitação; ➤ Realização de pesquisa bibliográfica sobre cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alteração à funcionalidade e à criança dos 0 aos 6 anos; ➤ Participação nas reuniões de equipa multidisciplinar; ➤ Realização de uma reunião no final da 3º semana com a Enfermeira cooperante, de forma a permitir um momento de reflexão no sentido de melhorar continuamente. 	<p>Mestranda Liliana M Enfª Cooperante Enfº Coordenador Equipa Multidisciplinar</p>	1ª Semana e ao longo do ensino clínico

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº125/2011)

Competências	Objetivos	Atividades a desenvolver	Intervenientes	Tempo
<p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos a prática de cuidados.</p>	<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/família com alteração funcional por afeção neurológica não traumática:</p> <p>Esclerose Múltipla</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recolha de informação acerca da história clínica, antecedentes pessoais e fatores psico-sociais que possam ser facilitadores ou inibidores do processo de reabilitação, na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária; ➤ Realização da avaliação inicial e contínua da pessoa com alterações à funcionalidade: motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, de alimentação, de eliminação e da sexualidade; ➤ Identificação das necessidades de intervenção, para potenciar ou reeducar a funcionalidade, através do recurso a escalas de avaliação em utilização no serviço, ou outras que sejam relevantes no decorrer do processo de aprendizagem (Escala Expandida do estado de Incapacidade); ➤ Avaliação inicial: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificar a história da doença atual e pregressa; terapêutica habitual; história familiar e social com vista a identificar necessidades reais ou potenciais da pessoa e família, perspetivando o processo de reabilitação e reintegração na comunidade; 	<p>Mestranda Liliana M</p> <p>Enf^a Cooperante</p> <p>Enf^o Coordena- dor e</p> <p>Equipa Multi- disciplinar</p>	<p>Ao longo do ensino clínico</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliação objetiva: através do exame físico e avaliação neurológica adaptando à situação de incapacidade; ○ Observação do domicílio, com identificação de barreiras que possam comprometer a segurança, e expor alternativas/medidas ou necessidade de utilização de produtos de apoio e adaptações necessárias a garantir a sua funcionalidade, bem como o suporte familiar nos cuidados necessários. ➤ Ensino e treino de exercícios de fortalecimento muscular conforme tolerância da pessoa, em todos os segmentos corporais; ➤ Ensino e treino de exercícios isométricos e isotônicos a nível dos membros superiores, toraco-abdominal e membros inferiores; ➤ Treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado e em posição ortostática; ➤ Ensino e treino de AVDs (higiene e conforto; vestir e despir; alimentação; eliminação); ➤ Ensino e treino de transferências, marcha e subir e descer escadas, adequando dispositivos auxiliares de marcha às necessidades da pessoa; ➤ Ensino e treino de uso de materiais de apoio; 	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Integração da família/cuidadores de referencia na prestação direta de cuidados e realização de ensinios para a sua capacitação; ➤ Ensino e treino de técnicas de relaxamento com vista à redução da ansiedade (massagem, posição de relaxamento); ➤ Ensino e treino da auto-mobilização na posição sentada e deitada; ➤ Ensino e treino da consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios; ➤ Ensino e treino: tonificação abdómino-diafragmática; abertura costal global com ou sem bastão na posição sentado ou deitado na posição de descanso, adequando à tolerância da pessoa; abertura costal seletiva com incidência na área pulmonar mais afetada (em posição sentado ou decúbitos laterais consoante tolerância da pessoa); ➤ Execução e ensino de limpeza de vias aéreas, proporcionando medidas de facilitação da tosse e limpeza das vias aéreas; ➤ Realizar o acolhimento da criança, por forma a estabelecer uma relação de confiança com a criança e família; ➤ Recolha dos antecedentes pessoais, através da consulta do pro- 	
--	--	--	--

	<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à criança/família integrada no PIP com alteração à funcionalidade respiratória.</p>	<p>cesso e informações fornecidas pelos pais/cuidadores;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulta de avaliações prévias, de forma a compreender a evolução do desenvolvimento aquando a sua avaliação; ➤ Avaliação do desenvolvimento da criança através das etapas de desenvolvimento, tendo por base a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada; ➤ Avaliação da interação da criança com familiar que a acompanha ao Centro de saúde ou no Domicílio, atender à interação e tipo de comportamento com o adulto de referência e irmãos; ➤ Realizar técnicas e exercícios de reeducação funcional respiratória, adaptados à faixa etária da criança, patologia e suas particularidades, bem como atender às contra-indicações para a realização de algumas técnicas. <p><u>Na criança até aos 2/3 anos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da respiração através da identificação das suas características e parâmetros vitais; ➤ Execução e ensino de limpeza de vias aéreas à família, através da utilização de manobras acessórias, drenagem postural e facilitação da tosse, se necessário recorrendo à aspiração de 	
--	--	---	--

		<p>secreções;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizar como recurso à prestação do cuidado a bola terapêutica na drenagem postural de secreções, ou como medida de relaxamento; ➤ Integrar a família na prestação do cuidados, promovendo o ensino, educação e execução de técnicas que sejam necessárias no cuidado à criança, possibilitando um espaço de esclarecimento de dúvidas; ➤ Ensino à família acerca dos sinais de alarme do ponto de vista respiratório, de forma a intervir de forma ajustada à necessidade. <p><u>Na criança com mais de 2/3 anos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estabelecer uma relação empática mas com limites bem definidos, que permitam uma interação organizada e adequada com cada criança e com os seus familiares; ➤ Ensino e treino da dissociação e consciencialização dos tempos respiratórios; ➤ Ensino e treino de técnicas de expiração forçada ou lenta, com recurso a atividade lúdicas e brincadeiras que motivem a crian- 	
--	--	--	--

		<p>ça;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensino e treino da tosse , e medidas de fluidificação de secreções e desobstrução nasal; ➤ Execução de técnica de manobras acessórias para mobilização e expulsão de secreções, com recurso se necessário à aspiração de secreções; ➤ Integração da família em todo o processo de reabilitação, independentemente do contexto de prestação dos cuidados, promovendo uma atmosfera empática, com uma intervenção no sentido de capacitar a família a cuidar, assumindo-se como parceira nos cuidados à criança. 		
J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	Participar na elaboração e implementação de programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações desencadeadas pela patologia respiratória, promovendo a mobilidade, a acessibilidade	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibilização de informação à pessoa/família produtos de apoio que possam ser uma mais valia, para o processo de reabilitação perspetivando o ensino para uma correta utilização dos mesmos e uma melhor adaptação à limitação aquando alta hospitalar, no domicílio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação); ➤ Participação na promoção das competências individuais da pessoa/família e comunidade em prol da adaptação e reinserção na sociedade onde se integra; 	<p>Mestranda Liliana M Enf^a Cooperante</p> <p>Enf^o Coordenador</p> <p>Equipa Multi-</p>	Ao longo do ensino clínico

	e a participação social.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação na identificação e orientação para a eliminação de barreiras arquitetônicas que possam condicionar o pleno desenvolvimento da autonomia da pessoa enquanto integrada no seu meio social, em parceria com a equipa interdisciplinar. 	disciplinar	
J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	Participar na conceção, implementação e avaliação (e eventual reformulação) de programas de treino motor e cardio-respiratório atendendo aos resultados esperados.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvimento do conhecimento acerca da função motora e cardio-respiratória, na prevenção de sequelas de imobilidade e maximização da funcionalidade, através de pesquisa bibliográfica; ➤ Participação no ensino e treino sobre técnicas a que melhoram o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, atendendo aos objetivos da pessoa, e promovem a sua saúde e prevenção de lesões, e beneficiem o processo de reabilitação e a adesão; ➤ Desenvolvimento do conhecimento na área específica da reabilitação da criança. 	Mestranda Liliana M Enf ^a Cooperante Enf ^o Coordenador Equipa Multidisciplinar	Ao longo do ensino clínico

3. CONCLUSÃO

A aprendizagem contínua e o aperfeiçoamento do conhecimento surgem como uma necessidade no decorrer do Estágio II e Relatório, mediante a sistematização da mesma, permitindo orientar o desenvolvimento pessoal e profissional no contexto específico de enfermagem de reabilitação.

Ser enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, surge como um desafio permanente à capacidade adaptativa e persistência dos profissionais que ainda pretendem prestar tão nobres cuidados.

A possibilidade de dentro da especificidade, poder aprender, compreender e acompanhar a enfermagem de reabilitação numa perspectiva pediátrica, assume-se como uma experiência gratificante, desafiante a cada dia, a cada intervenção, fazendo-me admirar ainda mais o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros de reabilitação.

Assumi esta opção no início desta pós-licenciatura, e apesar das dificuldades, tem sido um desafio a cada dia, redescobrir a criança, obter e pesquisar o conhecimento específico e acompanhar a cada intervenção a dignidade e a grandiosidade do que é ser enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

É sem dúvida, um desafio a todos os profissionais da área, a sua capacidade de adaptação e a prestação de cuidados especializados mediante condições localmente adversas, que além de não permitirem o desenvolvimento profissional dos profissionais, não permitem consequentemente a acessibilidade equitativa aos cuidados a todas as pessoas.

A possibilidade de conhecer diferentes contextos sobre outra perspectiva, permite uma elevada amplitude de visão e compreensão da prestação de cuidados especializados.

Acredito que cada experiência me enriquece enquanto pessoa e profissional, e também assim, a minha intervenção se torna mais direcionada e mais ajustada, permitindo adquirir e desenvolver competências para assumir um papel ativo, dinâmico e adequado enquanto membro integrado temporariamente de uma equipa, e futuramente enquanto profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho de Enfermagem (2009) - *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Referencial do Enfermeiro*.

Cordeiro, M e Menoita, E (2012). – *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória- Conceitos, Princípios e Técnicas*. 1ª ed. Loures: Lusociência.

Decreto-Lei n.º 28/2008 - *Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde*. Publicado em Diário da República, 1.ª série , nº 38, 22 de Fevereiro de 2008.

Decreto-lei nº 101/2006. Publicado em Diário da República I Série - A, Nº 109, 6 de junho de 2006.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2011). *Parecer nº12/2011: Parecer sobre as atividades de vida diárias*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*.

Portaria nº 174/2014 - *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Publicado em Diário da República, 1.ª série, nº 174, 10 de setembro de 2014.

Regulamento n.º 122/2011 - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República, 2.ª serie, n.º 35, 18 de fevereiro de 2011.

Regulamento n.º 125/2011- *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Publicado em Diário da República, 2.ª serie, n.º 35, 18 de fevereiro de 2011.

Roper, N.; Logan, W.; Tierney, A. (2001) - *O modelo de enfermagem de Roper - Logan - Tierney*. (1ª ed.). Lisboa. Climepsi Editores.

ANEXOS

ANEXO I: Horário

Tabela 1: Horário de estágio

Dia	Turno	Enf^a Cooperante
12/10	M 9-16H	Enf ^a Susana Silva
13/10	ATESTADO ENF ^a COOPE- RANTE	
14/10	ATESTADO ENF ^a COOPE- RANTE	
18/10	M 9-16H	
19/10	M 9-16H	
20/10	M 9-14h	
21/10	M 9-14H	
24/10	M 9-16H	
26/10	M 9-14H	
27/10	M 9-16H	
28/10	M 9-16H	
31/10	M 9-16H	
02/11	M 9-16H	
03/11	M 9-16H	
04/11	M 9-16H	

ANEXO II: "Aprender a respirar - Orientação aos pais de crianças com alterações respiratórias"

Através da brincadeira é possível estimular a criança para exercícios importantes de uma forma divertida e adequada ao seu desenvolvimento.

*Faça parte do processo de reabilitação da criança,
colabore, brinque, participe... esteja atento!*



Em caso de dúvida, contacte o profissional de saúde da equipa de reabilitação que acompanha o seu filho, procure ajuda sem receio.

ACES Lezíria

Unidade de Cuidados na Comunidade de Almeirim/Alpiarça

Pólo Almeirim

Tej: 243 594 350

Telem: 964 391 305

Pólo Alpiarça

Tej: 243 558 467

Telem: 965 491 814

Elaborado por*

Enf.^a Liliana Marques (6.^º CMER
ESS Santarém)

Enf.^a Susana Silva (Especialista
em Enfermagem de
Reabilitação)



ACES Lezíria



Unidade de Cuidados na Comunidade de Almeirim/Alpiarça

Aprender a respirar...



**Orientação aos pais de crianças
com alterações respiratórias**

A respiração da criança...

A respiração da criança ocorre principalmente pelo nariz, devido a alterações normais da estrutura da boca, que durante o crescimento se modificam.

As vias respiratórias da criança são mais estreitas que as dos adultos e os reflexos como a tosse, por vezes estão afetados, principalmente nas crianças prematuras cujo sistema respiratório ainda se encontra em desenvolvimento, pelo que é necessário ensinar e ajudar a criança a respirar.

A respiração tem dois momentos diferentes: a inspiração (o ar que entra pelo nariz) e a expiração (o ar sai pela boca)



Inspiração



Expiração

Sinais de alteração da respiração!

- ✘ Alterações do sono ou alimentação;
- ✘ Mudança do tipo de tosse e/ou que se prolonga, por mais de 3 semanas;
- ✘ Presença de febre elevada ($> 38^{\circ}\text{C}$ na axila ou $> 38.5^{\circ}\text{C}$ retal) e com duração superior a 2/3 dias;
- ✘ Alteração do tipo de respiração (respiração mais rápida ou mais lenta que o habitual; ruidosa)
- ✘ Risco de objeto estranho de pequenas dimensões na via aérea;
- ✘ Falta de ar como: "gatinhos"/ chiar, mudança da coloração dos lábios ou unhas que ficam roxas ou azuladas, elevação das asas do nariz na inspiração, movimentos do tórax forçados;



E a expectoração (secreções)?

A expectoração da criança é eliminada através da tosse ou da aspiração. Através da tosse, a criança deita a expectoração pela boca ou nariz ou engole, sendo eliminada nas fezes.

Vigie a cor da expectoração, normalmente é transparente ou esbranquiçada, se ficar amarela e/ou esverdeada pode indicar alguma complicação devendo expor a situação a um profissional de saúde.

O que é a tosse?

A tosse é um reflexo que permite defender os pulmões das agressões do ambiente.

Ter tosse não significa que o seu filho está doente.

Por exemplo, quando o seu filho se engasga ele tosse para evitar que os alimentos entrem no pulmão.



Quais os tipos de tosse?

Tosse seca - não tem expectoração e pode ser causada por alguma alergia como o pó, pólen, ou por refluxo gástrico ou até pela mudança do tempo...



Tosse produtiva - tem expectoração e pode ser causada por situações mais complicadas como rinites, sinusites, bronquiolites...

Algumas recomendações...

- ✘ Mantenha o ambiente em casa, bem arejado;
- ✘ Deve sacudir, aspirar ou lavar os cobertores uma vez por mês;
- ✘ Mude os lençóis da cama todas as semanas;
- ✘ Evite objetos que possam acumular pó (tapetes, almofadas, livros);
- ✘ Escolha brinquedos que não sejam de peluche;
- ✘ Não fume dentro de casa;
- ✘ Remova as humidade/fungos que possam instalar-se em casa, utilize o desumidificador para ajudar na remoção de humidades;
- ✘ Promova a hidratação do seu filho com água, chá, leite, sumos de fruta;
- ✘ Evite iniciar/introduzir novos alimentos durante o período



em que tiver tosse;

✘ Se o seu filho tiver o nariz entupido, use soro fisiológico/ água do mar para o limpar. Em crianças

que não se conseguem assoar, deve aspirar as secreções;

- ❖ Evite transportar o seu filho para ambientes poluídos, muito fechados ou com grande afluência de pessoas (estacionamentos subterrâneos, cafés, bares, supermercados);



- ❖ Evite o contacto do seu filho com pessoas que estejam com constipação, gripe, viroses, e que não coabitem com a família.



Porquê aspirar as secreções nasais?

A aspiração de secreções contribui para manter uma boa respiração, impedindo que as secreções desçam até aos pulmões e se acumule, podendo causar doenças mais complicadas, como bronquiolites.

Aspetos a ter em conta aquando a aspiração da secreções?

Deve:

- ❖ Aspirar o seu filho sempre que este se encontrar mais congestionado impedindo uma respiração adequada;
- ❖ Se necessário pode fluidificar as secreções (torná-la mais fluida) através da inalação de soro fisiológico (em quantidade ajustada à idade do seu filho) ou água do mar (com pressão ajustada à idade do seu filho) e através dos vapores inalados durante o banho ou de aerossol com soro fisiológico.



Como aspirar as secreções nasais?

Deve:

- Adquirir um aspirador nasal;
- A aspiração deve ser realizada de manhã, antes das refeições e ao deitar;
- Preparar todo o material necessário previamente (soro fisiológico; aspirador; fralda/guardanapos de papel);
- Posicionar o seu filho de forma a poder aceder com facilidade à região nasal e que também seja confortável para a criança;



- Inserir a cânula de aspiração na narina e realizar sucção durante a expiração do seu filho (por exemplo, durante o choro) e posteriormente na outra narina;
- Humidificar e aspirar uma narina de cada vez;
- Após aspiração trocar o filtro do aspirador e deixar preparado para nova utilização;



- Atender aos sinais de alerta já referidos.



Como melhorar a respiração da criança?

Ensine a criança a encher o peito de ar (inspiração) e a esvaziar o peito de ar, soprando (expiração), através de brincadeiras...

Brincar é o segredo para ensinar...

Inspiração



Expiração



Inúmeras são as brincadeiras para ajudar a criança a respirar melhor... ensine a inspirar e expirar... imagine... e brinque...

Porquê ensinar a respirar através de brincadeiras?

- Os exercícios permitem que o seu filho aprenda a respirar com motivação;
- Possibilitam o fortalecimento dos músculos respiratórios e abdominais;
- Permitem a expansão dos pulmões e o seu esvaziamento, possibilitando uma maior capacidade pulmonar e uma respiração mais eficaz;
- Na criança mais pequena (recém nascidos e até aos 2/3 anos) a colaboração nos exercícios não existe ou é reduzida, pelo que é preciso ajudá-la a realizá-los;



- ✎ Uma opção viável é através da Bola Suíça que além de ser divertida, permite ensinar a respirar, relaxa o seu filho e ajuda a mobilizar as secreções.

Quais os cuidados especiais na utilização da Bola?

Alguns posicionamentos da criança na bola, nomeadamente na criança com refluxo gastro esofágico ou complicações pós hidrocefalia e cirurgia não devem assumir posição de barriga para baixo com inclinação para baixo da cabeça e tronco.

Quando utilizar a bola?

- ✎ Deve utilizar a bola, sempre antes das refeições, de forma a evitar os vômitos, náuseas;
- ✎ Após a utilização da bola, o seu filho pode alimentar-se como habitual;



- ✎ É normal que o seu filho fique mais cansado, após os exercícios com a bola.

Que exercícios pode realizar?

- ✎ Posicione a bola encostada a uma superfície e posicione-se do lado oposto, para evitar quedas acidentais.



- ✎ Pode posicionar o seu filho de forma a melhorar a sua capacidade motora, equilíbrio, ajudando a respirar e a mobilizar as secreções com a mudança de posição na bola.



Posicionado de costas na bola

Posicionado sentado na bola, virado para si ou para a superfície contrária (espelho, parede...)



O posicionamento na lateral facilita a mobilização das secreções.

Na posição de barriga para baixo, o seu filho assume uma posição de relaxamento, ajudando a mobilizar as secreções.



ANEXO V: Critérios de inclusão e exclusão

Tabela: Critérios de Inclusão e Exclusão dos artigos selecionados

	Inclusão	Exclusão
População (P)	Adulto com idade igual ou superior a 19 anos (adulto jovem, adulto e idoso); Pessoa adulta em processo de doença crónica e com alteração à funcionalidade sexual.	Pessoa com idade inferior a 19 anos; Pessoa adulta em processo de doença crónica: cancro; doença infecto-contagiosa (VIH/SIDA), doença mental, deficiência visual e diabetes.
Intervenção (I)	Intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa/família com alteração à funcionalidade sexual em contexto de doença crónica.	Intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa que não inclua alteração da funcionalidade sexual.
Contexto (Co)	Todos os contextos	
Resultados esperados (Outcomes)	Identificação de intervenções estruturadas adaptadas à enfermagem de reabilitação no âmbito das alterações à funcionalidade sexual e sexualidade.	Intervenção de enfermagem de reabilitação à pessoa que não inclua alteração da funcionalidade sexual e sexualidade.
Tipos de estudos	Estudos de investigação de natureza qualitativa ou quantitativa. Estudos num horizonte temporal de 10 anos (2007-2017)	Excluem-se revisões sistemáticas da literatura. Excluem-se artigos no âmbito do ensino em enfermagem. Excluem-se os artigos que não cumpram os critérios de inclusão

ANEXO VI: Estratégia de pesquisa: pesquisa em bases de dados

Tabela: Pesquisa em bases de dados: número de artigos encontrados por base de dados

Base de dados Palavra-chave	Pub Med	EBSCO host						B - on	Scielo	Reahb data
		CINA HL	MEDLINE	Nursing & Allied Health Collection - Comprehensive	Mediclatina	Library Information on Science & technology Abstracts	Cochrane Methodology Register			
1 (Nurs*)	50132	1387	24874	65164	2114	2888	160	605723	1224	7
2 (Rehabilitation)	68486	93	22716	9489	921	3099	36	65158	4190	176
3(Sexuality)	37244	37	1546	2024	367	1044	0	14879	165	9
4(Sexual Dysfunction)	15186	4	1194	233	79	5	0	2470	363	0
1+2	7616	31	1305	1813	53	73	0	9294	17	0
1+3	3053	14	137	329	23	10	0	2411	172	0
1+4	925	3	63	48	2	0	0	470	19	0
2+3	2405	0	48	40	0	2	0	292	22	1
2+4	1590	0	62	17	2	0	0	92	6	0
3+4	6937	2	175	99	26	2	0	718	96	0
1+2+3+4	148	0	3	0	0	0	0	10	0	0
Nº total de artigos	161									

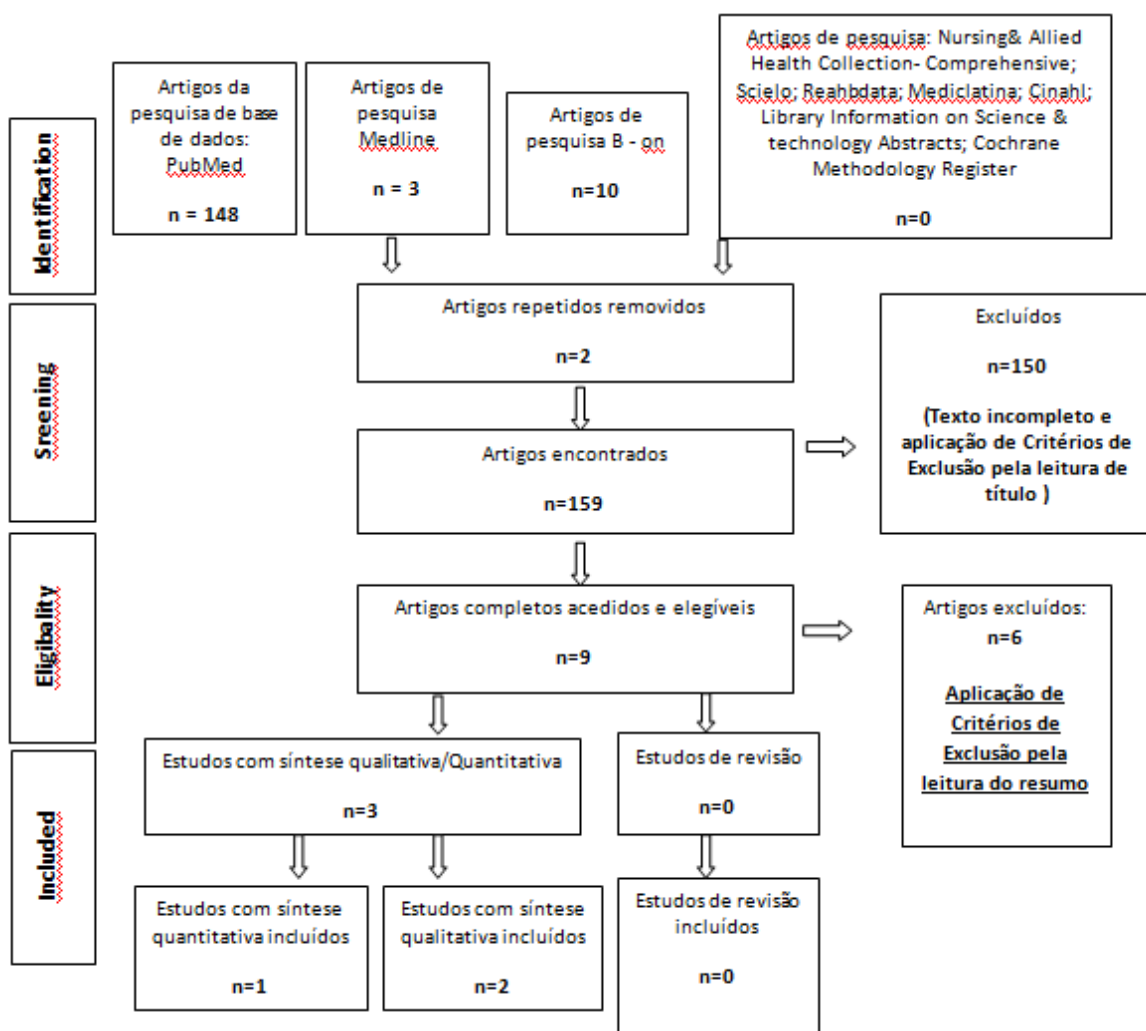
ANEXO VII: Limitadores de pesquisa nas bases de dados

Tabela: Limitadores de pesquisa nas bases de dados

PubMed	EBSCO host						B-on	SciELO	Reahb data
	CINAHL	MEDLINE	Nursing & Allied Health Collection - Comprehensive	Medic Latina	Library Information on Science & technology Abstracts	Cochrane Methodology Register			
Data da publicação: últimos 10 anos Open Access	Boleano Língua Inglês Qualquer autor: enfermeiro Idioma: inglês Faixa etária: all adults Data da publicação: maio2007 - maio 2017 Texto completo PDF	Boleano Língua inglesa Faixa etária: all adults - mais de 19 anos Data da publicação: maio 2007 - maio 2017 Qualquer autor: enfermeiro Texto completo PDF	Boleano Tipo de documento: tudo Data da publicação: maio 2007- maio 2017 Texto em PDF	Boleano Tipo de documento: tudo Data da publicação: maio 2007 - maio 2017 Texto em PDF	Boleano Língua inglesa Data da publicação: maio 2007 - maio 2017	Boleano Data da publicação: maio 2007 - maio 2017	Disciplina: Enfermagem e profissionais de saúde Boleano Língua inglesa Data da publicação: maio 2007 - maio 2017 Texto integral	Ciências da saúde e humanas; enfermagem; reabilitação. Língua inglesa Data da publicação: maio2007 - maio 2017	Texto disponível Data da publicação: maio2007 - maio 2017
Pesquisas realizadas no dia 16 de junho de 2017 em Caldas da Rainha entre as 9h - 13h.									

ANEXO VIII: Prisma *Flow Chart*

Figura: Prisma *Flow Chart*



ANEXO IX: Artigos incluídos na RSL

Artigo 1: "I'm not just a heart, I'm a whole person here: a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction"

ORIGINAL RESEARCH



"I'm Not Just a Heart, I'm a Whole Person Here": A Qualitative Study to Improve Sexual Outcomes in Women With Myocardial Infarction

Emily M. Abramsohn, MPH; Carole Decker, RN, PhD; Brian Garavalia, PhD; Linda Garavalia, PhD; Kensey Gosch, MS; Harlan M. Krumholz, MD; John A. Spertus, MD, MPH; Stacy Tessler Lindau, MD, MAPP

Background—Little is known about recovery of female sexual function following an acute myocardial infarction (MI). Interventions to improve sexual outcomes in women are limited.

Methods and Results—Semistructured, qualitative telephone interviews were conducted with 17 partnered women (aged 43 to 75 years) purposively selected from the Translational Research Investigating Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients' Health Status Registry to deepen knowledge of recovery of female sexual function following an acute myocardial infarction (MI) and to improve sexual outcomes in women. Sixteen women had a monogamous relationship with a male spouse; 1 had a long-term female partner. Most women resumed sexual activity within 4 weeks of their MI. Sexual problems and concerns were prevalent, including patient and/or partner fear of "causing another heart attack." Few women received counseling about sexual concerns or the safety of returning to sex. Most women who discussed sex with a physician initiated the discussion themselves. Inquiry about strategies to improve sexual outcomes elicited key themes: need for privacy, patient-centeredness, and information about the timing and safe resumption of sexual activity. In addition, respondents felt that counseling should be initiated by the treating cardiologist, who "knows whether your heart is safe," and then reinforced by the care team throughout the rehabilitation period.

Conclusions—Partnered women commonly resume sexual activity soon after an MI with fear but without directed counseling from their physicians. Proactive attention to women's concerns related to sexual function and the safety of sexual activity following an MI could improve post-MI outcomes for women and their partners. (*J Am Heart Assoc.* 2013;2:e000199 doi: 10.1161/JAHA.113.000199)

Key Words: aging • myocardial infarction • outcomes • sex • women

From the Program in Integrative Sexual Medicine for Women and Girls, Department of Obstetrics and Gynecology, Section of Gynecology Oncology, the University of Chicago, Chicago, IL (E.M.A., S.T.L.); Saint Luke's Mid America Heart and Vascular Institute, University of Missouri, Kansas City, MO (C.D., B.G., K.G., J.A.S.); Department of Pharmacy Practice and Administration, University of Missouri-Kansas City School of Pharmacy, Kansas City, MO (L.G.); Department of Medicine, Yale School of Medicine, New Haven, CT (H.M.K.); Section of Health Policy and Administration, Yale School of Public Health, New Haven, CT (H.M.K.); Center for Outcomes Research and Evaluation, Yale-New Haven Hospital, New Haven, CT (H.M.K.); Section of Cardiovascular Medicine and the Robert Wood Johnson Clinical Scholars Program, New Haven, CT (H.M.K.); University of Missouri-Kansas City School of Medicine, Kansas City, MO (J.A.S.); Department of Medicine-Geriatrics, University of Chicago, Chicago, IL (S.T.L.); Biological Sciences Division, University of Chicago Pritzker School of Medicine, Chicago, IL (S.T.L.); MacLean Center for Clinical Medical Ethics, Chicago, IL (S.T.L.); University of Chicago Cancer Research Center, Chicago, IL (S.T.L.).

An accompanying Data S1 is available at <http://jaha.ahajournals.org/content/2/4/e000199/suppl/DC1>.

Correspondence to: Emily M. Abramsohn, MPH, the University of Chicago, 5841 S. Maryland Ave., MC2050, Chicago, IL 60637. E-mail: abrabsohn@uchicago.edu

Received March 15, 2013; accepted June 5, 2013.

© 2013 The Authors. Published on behalf of the American Heart Association, Inc., by Wiley-Blackwell. This is an Open Access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Interventions to improve myocardial infarction (MI) outcomes have significantly affected the survival of the acute event.¹⁻³ As a result, the vast majority of people with MI (>80% in US and European studies) survive to 1 year.⁴⁻⁷ Longer-term outcomes are less well documented, especially in the domain of sexual function. Survivors of MIs value sexuality as an important aspect of health and quality of life,⁸ and satisfaction with sexual life has been associated with a reduced risk of incident coronary heart disease.⁹

Recent guidelines from the American College of Cardiology and the American Heart Association recommend that physicians counsel patients about resuming sexual activity following an MI.^{10,11} Similar guidelines for MI management from the European Society of Cardiology provide general recommendations around the timing of resumption of sexual activity.¹² Cardiac rehabilitation guidelines include identification and management of sexual dysfunction,¹³ yet evidence-based strategies to improve sexual outcomes following an MI, especially in women, are very limited.

The Translational Research Investigating Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients' Health Status Registry (TRIUMPH) is a multisite, prospective, longitudinal

study that followed patient outcomes for 12 months after MI hospitalization. Analysis of TRIUMPH data previously showed that a majority of men (74%) and 44% of women were sexually active in the year before their MIs, and many continued to be sexually active in the year after.¹² However, only 47% of men and 35% of women reported receiving counseling about resuming sexual activity after an MI. Those who were not counseled on discharge were significantly less likely to be sexually active 1 year later; the magnitude of this effect was more pronounced in women.

This qualitative substudy of female TRIUMPH participants who were sexually active in the year before MI was conducted to expand on quantitative findings from the larger TRIUMPH Study. Specifically, this study aimed to more fully understand female sexual recovery following an MI and to inform design of an evidence-based strategy to improve female sexual outcomes after MI.

Methods

Sample and Setting

The TRIUMPH study design has been previously described.^{14,15} This qualitative substudy enrolled women from the TRIUMPH Registry who reported sexual activity in the year before MI. Purposive random sampling was used to select patients from the TRIUMPH Registry to enroll approximately equal numbers from 3 age groups (55 to 64, 65 to 74, and 75+ years). All participants were interviewed within 18 months of completing the TRIUMPH study (mean, 12 months) or within 30 months of their MIs (mean, 24 months). This study was approved by the Institutional Review Board of Saint Luke's Hospital in Kansas City (TRIUMPH Study Coordinating Center) and the University of Chicago. All participants provided informed consent.

Procedure

A semistructured interview guide (Data S1) was developed to complement data generated through the large-scale, multisite TRIUMPH Registry, which used closed-coded surveys (items administered with a finite set of predetermined response options) to generate quantitative observations.¹⁴ This substudy was designed to gain contextualized, patient-driven understanding of communication and counseling about sexuality after an MI and to elicit themes related to the desired features of an effective intervention to address sexual outcomes following an MI.

Domains of inquiry were developed with expertise from an interdisciplinary research team (a nurse with clinical and research expertise in cardiology [C.D.], a psychologist [L.G.], a public health researcher with clinical and research knowledge about female sexuality [E.M.A.], a medical anthropologist

[B.G.], and a gynecologist with clinical and survey research expertise in female sexuality in the context of aging and disease [S.T.L.]) and triangulation with quantitative results from the TRIUMPH Registry and a thorough review of the literature (Table 1). The team was supported by the TRIUMPH Study's statistician, who identified the sampling frame (K.G.), and 2 cardiologists and outcomes researchers (H.M.K., J.A.S.), who reviewed the coding and analysis process used by the team and contributed to the rigor of the interpretation, the process for data reduction, and the conclusions drawn. Data obtained from participants' TRIUMPH baseline interviews were used to characterize sociodemographic and other health characteristics.

A recruitment letter was mailed to eligible participants that asked for participation and included instructions on how to decline participation. Two experienced qualitative researchers (B.G., L.G.; 1 male, 1 female) conducted the interviews using the same script and interview guidelines. Interviews were serially completed to reach theme saturation ($n=17$); this occurred when information gained from participants became redundant and additional interviews provided no new insights.¹⁶

Audio-recorded telephone interviews, averaging 25 minutes, were transcribed verbatim and coded, allowing the researchers to assess the added value of each interview until theme saturation occurred. Individual respondents' quotes are noted by a randomly generated number "x," noted as R_x; age "y" is noted in years A_y. Further deidentification was accomplished by assigning variation to respondents' age by randomly adjusting by an integer between -2 and 2.

Data Analysis

Transcripts were coded by an interdisciplinary team; this was important for establishing the construct validity¹⁷ of the coding scheme. An initial taxonomy was created to establish consistency in coding across interviews and by coders to achieve consensus; this taxonomy is reflected in the domains of the interview guide. All transcripts were individually coded by 6 members of the research team (E.M.A., C.D., B.G., L.G., K.G., and S.T.L.) and exchanged for final reconciliation. Grounded theory, a common theoretical framework used in qualitative data analysis, was employed to systematically analyze the data and, using inductive reasoning, to develop concepts central to informing the design of an intervention.¹⁸ Content analysis, a qualitative research methodology used to analyze and interpret both apparent and latent content, was used to search for patterns and themes that occurred frequently in a single interview or across interviews (units of analyses) and resulted in categorical codes.¹⁹ Text was organized by domain and coded with a theme and keyword identifiers. Themes emerged in response to primary and secondary items and prompts within relevant domains (see

Table 1. Qualitative Interview Guide Domains and Example Items

Domains	Example Primary and Secondary Items
Health	
Self-reported health	Over the last 4 weeks, would you say your health is excellent, very good, good, fair, or poor?
Comorbidities	How was your health before the heart attack?
Time since MI	About how long ago was your heart attack?
Pre-MI sexuality	
Quality of sex life	How would you describe your sex life before your heart attack?
Sexual problems (patient and partner)	Thinking back to the 12 months before your heart attack, has there ever been a period of several months or more when you were not interested in sex or were having difficulties with sex? <ul style="list-style-type: none"> How bothered were you by these problems? Had your partner (spouse) been having any difficulties with sex in the 12 months prior to your heart attack?
Post-MI sexuality	
Resumption and quality of relationship	Thinking about the time after your heart attack, how would you describe your sex life? <ul style="list-style-type: none"> When did you begin to have sexual activity again? Have you noticed any differences in your sexual relationship since your heart attack? Why haven't you been sexually active since your heart attack?
Sexual problems (patient and partner)	Thinking back to the time since your heart attack, has there ever been a period of several months or more when you were not interested in sex or were having difficulties with sex? <ul style="list-style-type: none"> How bothered were you by these problems? Was your partner (spouse) having any difficulties with sex at that time? How bothered were you by his/her problems?
Motivation	People have sex for different reasons; what are the reasons that you have sex?
Satisfaction	How satisfied are you with how things are going with your sex life now? <ul style="list-style-type: none"> How do you think your partner (spouse) feels? What could be better about your sex life?
Impact of MI on sexual life	Have you noticed any differences in your sexual relationship since your heart attack? <ul style="list-style-type: none"> Do you sense any reluctance or hesitation? Have you noticed any differences in the kinds of sexual activities, in the frequency or the intensity of the activities you do? Do you have any worries about having sex since your heart attack?
Communication	
Physician-patient discussion	Has your doctor ever talked to you about sex after having a heart attack? <ul style="list-style-type: none"> If yes, tell me about that discussion. If no, why do you think that is? What kind of information would you have liked to have about this topic?
Intervention	
Initiation	Who would you prefer to talk with about resuming sexual activity?
Context	Where would be an optimal setting for physicians to deliver this information?
Timing	When do you think it would be the most appropriate time to talk to women?
Content	What kind of information do you think women would want to know regarding their sex life after a heart attack?

MI indicates myocardial infarction.

Table 1). Themes were iterated until consensus was reached among the coders. In addition to the transcribed interviews, data sources included team meeting notes, e-mails, and field/phone notes, which were collected, reviewed, and integrated throughout the content analysis period. This documented the taxonomy evolution and construction of the coding schema. The audit trail was periodically reviewed as the team moved to consensus of the final domains and themes. Any conclusions

drawn from the qualitative data were reviewed in the context of the entire data set with the goal of finding discrepant information. Conclusions were modified if discrepancies were found. The cardiologists provided additional review of the content analysis and conclusions for face validity and to reduce the possibility of researcher bias or faulty clinical logic. Transcripts and codes were entered into an electronic data analysis program (ATLAS.ti GmbH, Berlin, Germany).

Results

Specific themes emerged that detailed respondent characteristics, sexuality and recovery, issues related to resumption of sexual activity, patient-physician communication about sexual activity, and the initiation, context, timing, and content of an intervention to improve sexual outcomes following an MI.

Cooperation, Demographic, and Health Characteristics

Cooperation and refusal rates are summarized in Figure 1. Of 30 eligible female TRIUMPH patients who could be contacted, 17 were interviewed. Two interviews were discontinued by the interviewer because the respondent was too ill. Only 1 of 11 respondents who declined participation had refused the sexuality items in the larger TRIUMPH Study 12-month interview. Refusal rates among women who were contacted by the male interviewer were slightly higher than those for the female interviewer (8 and 3, respectively); however, no woman explicitly stated that participation or refusal was based on interviewer gender.

Respondent characteristics are summarized in Table 2. Median age of participants was 60 years (range, 43 to 75 years), consistent with the age distribution in the TRIUMPH Registry. Sixteen women were married, and 1 reported a long-term same-sex relationship. Most respondents had a current romantic partner. Self-reported health at the time of the

interview was generally rated as good to very good. Common comorbidities included diabetes ($n=4$) and "stress" ($n=4$). Four women said their partners had heart disease or a history of MI.

Pre- and Post-MI Sexuality: Perceived Importance, Quality, and Recovery

Women were asked to reflect on their sexual life before their MIs. Themes emerged detailing the quality and frequency of sexual activity. Most women used positive or neutral terms to describe their prior sexual life, such as "active," "very good," "routine," or "normal." In contrast with the period before their MIs, a prevalent theme of "indifference" about sex was common post-MI: "I can take it or leave it. It's not a big thing anymore (R_{1A66}); "When we do have sex it's acceptable ... It's okay (R_{10A69})." Most women discussed the quality of their sexual lives post-MI in terms of decreased frequency but improved satisfaction:

"It's certainly not as often as either of us would like. But you know, sometimes life gets in the way when you let it... I think we're both kind of on the same page that we'd like to get to it more often. But when we do it's very good." (R_{15A63})

"I just think that now ... things are better than they ever have been because we've committed ourselves to not allowing that part of our relationship to become routine, but to become better all the time. So I'd say it's great." (R_{6A56})

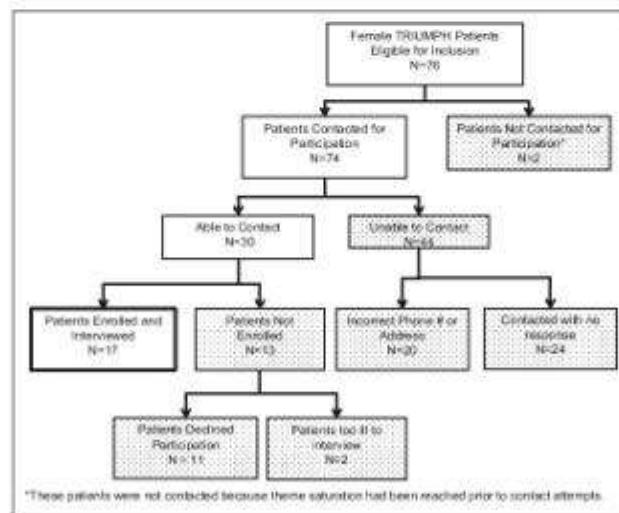


Figure 1. TRIUMPH qualitative interview enrollment flow chart. TRIUMPH indicates Translational Research Investigating Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients' Health Status.

Table 2. Characteristics of TRIUMPH Qualitative Interview Respondents (n=17)^a

Demographics	
Age, (y), median (range)	58 (43 to 75)
40 to 49	5/17
50 to 59	4/17
60+	8/17
Married	16/17
Race/ethnicity ^b	
White	15/17
Black or African American	2/17
Health characteristics	
Post-MI self-reported health	
Excellent/very good/good	12/16
Fair/poor	4/16
Length of time since MI ^c	
20 to 24 months	10/17
25 to 29 months	7/17
Menopausal ^d	13/17
Depression ^e	9/17
GRACE risk score ≥ 89 ^f	9/17
Sexuality	
Current romantic partner	10/10
Resumed sex following MI	16/17
Length of time to resume sex following MI	
Never	1/14
Within 1 month	8/14
More than 1 month	4/14

TRIUMPH indicates Translational Research Investigating Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients' Health Status; MI, myocardial infarction.

^a Displayed as n/N of respondents of whom the question was asked.

^b Taken from respondents' TRIUMPH baseline interview.

^c Menopausal status determined dichotomously (Y/N).

^d Depression assessed using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9).¹¹

^e Elements of the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) risk score were prospectively collected at baseline and used to describe the severity of patients' MIs based on their predicted 6-month mortality.¹²

Participants reported sexual problems both before and following their MIs, including low desire and vaginal dryness (Figure 2A). Themes of attribution to older age, medical problems, fatigue, menopause, and medication side effects were common. Following MI, several women reported new sexual concerns attributed to the MI or related procedures: "My concern was ... some positions you get in, you're flat on your bed ... different positions put pressure on your chest. So that was my main concern, that [staples from open-heart surgery] might come open (R₅A_{5,4})."¹ One woman who did not resume sexual activity felt her loss of libido was due to antidepressant therapy for depression since her MI (R₆A_{6,9}).

Sexual problems experienced by respondents' partners both before and following their MIs included erectile dysfunction and low desire and sexual issues related to health problems such as diabetes, heart disease, and fatigue (Figure 2B).

Resumption of Sexual Activity: Motivation and Fear

For many women, sexual activity was less frequent but nonsexual physical intimacy increased and satisfaction was higher after the MI. "I want to hold his hand more and snuggle more and have more hugs and stuff like that (R₆A_{6,7})."² Others talked about sex after an MI as life affirming and important for regaining a sense of normalcy.

"I think the first couple of times you get to it after the heart attack, and it's with a lot of things and not just sex ... you want to do it just to prove that you can and to feel normal again. You don't always want to be the lady that had the heart attack." (R₁₇A₁₂)³

"I just didn't want to be stigmatized as a heart patient at that point. So, of course, I was concerned about that and also just wanting to return to a normal life." (R₅A_{5,6})⁴

Motivation

Despite prevalent themes of fear, the majority of women expressed motivation to resume sexual activity. Most had resumed sex within 4 weeks of their MIs; all but 1 had resumed within 6 months. Many women were motivated to have sex for closeness with their spouse or partner: "I think, after you have a heart attack, you want somebody close to you (R₁₇A₁₂)."⁵ Others were mainly seeking physical pleasure ("For orgasm, basically ... that's the primary goal. That's still the same [R₁A_{1,3}]"⁶) or to please their partner ("I enjoy him having his and that's all I need (R₁A_{6,8})").

Fear

Fear of engaging in sexual activity after MI emerged as a prevalent theme. Respondents were fearful, and many had partners who were scared that sex could be harmful. For example:

"Well, I did not know that I would even have a problem with it until after I had experienced sex after having my heart attack and my heart wanted to pant too fast for me; it was my own fear. So, I thought that was me." (R₆A_{6,6})⁷

"At first he was afraid because he thought I would have another heart attack ... and I told him I'd rather die with a smile on my face ... I had to convince my husband that I wasn't going to die in bed." (R₁₇A₁₂)⁸

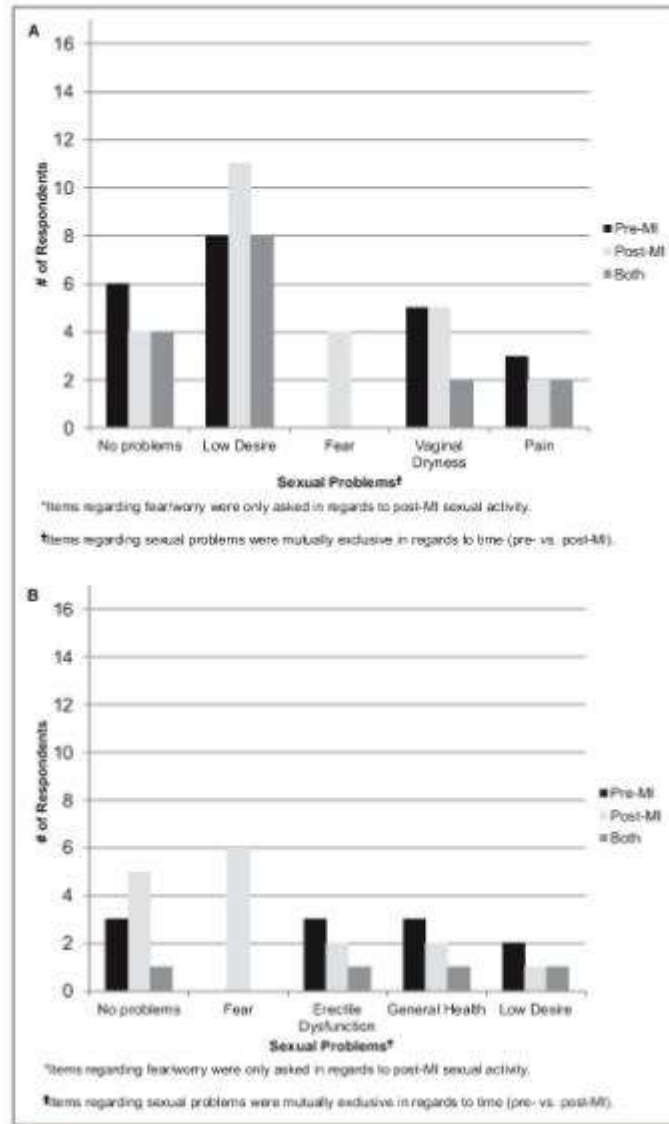


Figure 2. A, Patients' sexual problems reported by TRIUMPH interview respondents.* B, Partners' sexual problems reported by TRIUMPH interview respondents.* TRIUMPH indicates Translational Research Investigating Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients' Health Status; MI, myocardial infarction.

In many cases, fear was identified as the driving factor behind women's loss of sexuality following MI:

"It's certainly psychological... Fear is not conducive to a healthy romp." (R₁₅A₁₃)

"I was trying so hard I had a real heart palpitation... And my heart beat real fast and it scared me. And so I didn't want to get to that point, so ... apparently I was cutting [sex] off." (R₆A₁₅)

Patient-Physician Communication About Sexual Concerns After MI

The vast majority of women interviewed did not recall receiving instructions from their physicians regarding the resumption of sex post-MI. Of the few women who did ($n=5$), most initiated the discussion themselves at the time of hospital discharge. Women who received instructions were particularly concerned about the safety of returning to sex, specifically in terms of levels of exertion and timing of resumption. Respondents recounted details of instructions received at the time of discharge; many described feeling overwhelmed and dissatisfied.

"There is so much being thrown at you on what to do and what to take and this, that, and the other that it's hard to remember everything." (R₇A₆₀)

"You're totally overwhelmed with what has happened to you anyway; definitely overload." (R₁₃A₅₄)

Discussions about resuming sexual activity were described as vague:

"The day before I left the hospital I said, 'You didn't tell me when I could have relations.' So then he says, 'Well, that's going to be up to you, how you feel.' But that's not giving me an answer." (R₁₇A₆₃)

"[The physician] was walking out the door, and I said, 'How long do I have to wait to have sex?' And then he said, 'Oh, just whenever, it's fine.' And that was about it." (R₁A₄₃)

Or they were confusing:

"When I came home ... I asked the doctor point-blank when could I have sex again, because ... we were really sexually active. And he said when you can climb two flights of stairs without getting out of breath. Well, I couldn't hardly climb two flights of stairs before I had a heart attack." (R₆A₅₄)

Respondents also identified factors that could facilitate or act as a barrier to patient-physician communication about sexual activity following an MI (Table 3). Physician-initiated communication and a positive patient-physician relationship were seen as facilitators. Perceived barriers to communication about sexual activity following an MI included male sex of physician and perceived physician uncertainty about patients' receptivity to discussing sexual matters.

Elements of an Effective Intervention: Initiation, Context, Timing and Content

Almost all women ($n=16$) felt that physicians should address resumption of sexual activity following an MI. Participants'

views on the elements of an effective intervention to improve sexual outcomes following an MI were summarized by the following themes.

Initiation of Discussion

Most women felt the cardiologist was the most appropriate member of the medical team to counsel patients regarding sexual activity following an MI. The cardiologist was described as "the one that would really know whether your heart is safe or not (R₁₂A₅₄)." Some women felt that their primary care doctor or gynecologist could also be helpful in addressing sexual issues later in the continuum of care.

"Well, your cardiologist is the one who should tell you. He's the one that takes care of you while you're in the hospital, and before you leave there, he should tell you, along with his other guidelines, what his guideline is for that." (R₇A₇₃)

"I think [the cardiologist] knows your health situation better than anybody, so I think he is definitely the one that should talk to you." (R₂A₆₀)

"I really do think my [cardiologist] would be effective... Had she initiated discussions about it, I probably would have responded to her questions... But I think I have a good relationship with her, that I would have been comfortable discussing it had she made it a routine part of our checkups." (R₈A₆₀)

Context for Discussion

Most women preferred a private conversation with their physician, rather than a group discussion. The minority who were receptive to group counseling felt this should complement physician counseling and suggested an all-female discussion session in the context of cardiac rehabilitation.

"I know that my doctor initially tried to get me to join a women's group ... like that would be an avenue where I could meet other women who had had similar experiences... But I still don't think suggesting going to a support group ... is a good replacement for the doctor discussing it [sex] with you as a patient." (R₆A₆₀)

"One thing that I was real pleased about with my particular care were all the different support classes that they had on nutrition and exercise... But there was nothing offered in the sexuality area. That would be one area that they might want to look into." (R₉A₆₇)

Timing of Discussion

Key subthemes included immediate versus delayed implementation of an intervention and expressions of feeling over-

Table 3. Access and Barriers to Patient-Physician Communication About Sexual Activity

Theme	n	Example
Access		
Physician assertiveness	4	"Just bring it up and open the door... Maybe once they've been asked about it ... they feel more comfortable saying or asking something (R ₁ A ₃₃)."
Patient-physician relationship	5	"I have a good relationship with her ... I would have been comfortable discussing it had she made it a routine part of our checkups (R ₆ A ₁₀)."
Patient assertiveness	5	"My doctor ... would never have brought this up, but I asked because I knew how active I was before I came in, and that was before I had the heart attack. So I thought I better ask (R ₉ A ₁₄)."
Barriers		
Male sex of physician	5	"I think they're probably afraid to say anything to women, though. For the guys, they might say something. But for the women, they just don't know ... it might be taken the wrong way (R ₁₇ A ₁₁)."
Perceived sex or age discrepancies in receptivity of discussions about sexual activity	7	"They think women are more passive [during sex] than men, so they would be more likely to tell a man who had a heart attack (R ₁₃ A ₁₄)." "I was very young ... So maybe because they're used to seeing women that are that much older ... nobody really thinks to bring it up (R ₁₅ A ₁₁)."

whelmed by information at hospital discharge. Most women felt the discussion around resumption of sexual activity should be initiated on hospital discharge and then more fully explored during the aftercare continuum. Introducing the subject early in a patient's care conveyed to the patient that the physician was open to this discussion should problems arise:

"I think for a doctor to develop a comfort level with a patient, that they should be asking about it every time. Especially on the 1-month visit, because it sets a precedent. And it could take some women more visits before they would want to open up about it. Just knowing that it's an open topic would go a long way in encouraging women to discuss it more openly." (R₆A₁₀)

Content of Counseling

Women expressed the importance of identifying "risk factors" for complications from sexual activity and "how to know when it's safe to resume activity (R₁₇A₁₁)," specifically in terms of exertion levels.

"I think what they're expecting is for their doctor to give them a timeline, like, don't do this for 4 weeks, don't do this for 6 weeks... You might have some kind of guideline for exertion, but I think that's something the doctors would have to come up with." (R₇A₇)

"[I]t should be something that the doctors do talk to women about ... when they've had a heart attack ... [S]ex is strenuous and it's a lot on your heart muscles... They tell you when you have a heart attack not to run the vacuum cleaner, not to do this or that for so many months after ... Why not say, as far as your sexual activity, hold off for 4 weeks until you come back?" (R₁₂A₁₄)

Key subthemes around delivery of the counseling included patient-centeredness and counseling that addresses the patient holistically: "He dismisses [my questions] as not being what's important to him. What's important is the heart. And it's like, I'm a whole person here (R₁₃A₁₄)."

Discussion

Guidelines recommend that physicians counsel patients regarding resumption of sexual activity following an MI.^{10,11} In this study, most women had resumed sexual activity within 4 weeks of their MIs, despite fear of reinfarction or death, without directed communication from their physicians regarding safety. Of those who did discuss sexual matters with their physicians, most initiated the conversation themselves, and most were dissatisfied with the quality of instructions they received.

Lack of patient-physician communication, rather than lack of information about safety, presents a major barrier to improving sexual outcomes for women after MI. Studies have repeatedly shown that sexual activity after MI is relatively safe.²² Studies consistently show that middle-aged and older women and men value their sexual life and regard sex as relevant for health and appropriate for discussion with a physician,²³⁻²⁵ yet major gaps in communication—especially for women—persist.²⁶ Recommendations for how the topic of sex should be handled after MI varies across studies. Some recommend that the topic be handled primarily in the rehabilitation setting by cardiac rehabilitation nurses.^{26,27} Other studies recommend a self-help strategy, using educational literature or video.^{28,29} Group education or couples' counseling sessions have also been recommended.¹³ One prior study suggested that, like the women we interviewed,

communication about sexual matters after MI be initiated before hospital discharge and continued through aftercare.³⁰ Themes from the women we interviewed pointed to some additional features of an intervention that would be effective in improving sexual outcomes for women after MI: (1) initiation of discussion by the treating cardiologist before hospital discharge, with a focus on safety to mitigate patient and partner fear, timing of resumption, and problems women might encounter; (2) attention to sexual function through the continuum of recovery; and (3) delivery in a one-on-one rather than a group setting. Patient and partner fear of sexual activity following MI has been demonstrated in previous studies and appears to be a major barrier that should be addressed by an intervention to improve sexual outcomes after MI.^{31,32}

Very few interventions exist that are specifically designed to improve sexual outcomes for women following an MI. One important randomized, controlled trial ($n=115$, 20% female) evaluated a home-based, self-administered videotape to increase knowledge around resuming sexual activity, decrease related anxiety, improve sexual satisfaction, and decrease time to resumption.²⁹ Compared with controls who received usual care (verbal and/or written instructions on resumption of sexual activity that varied based on cardiac rehabilitation nurses' time constraints), those in the experimental group showed increased short-term knowledge regarding sex after MI, yet had higher rates of anxiety at 1 month. No differences between groups were seen in sexual satisfaction or time to resumption of sexual activity. Based on our findings, most MI patients with sexual concerns do not initiate discussion of these with their physicians.¹⁴ An effective intervention to improve sexual outcomes without raising anxiety may need to be embedded in a 2-way, physician-initiated discussion.

Cardiac rehabilitation (CR) is effective at increasing survival, decreasing subsequent cardiac events, and improving quality of life through multifaceted programming.^{33,34} However, women are less likely than men to be referred to and enrolled in CR programs.^{35,36} Identification of sexual dysfunction is recommended as a component of psychosocial management in CR programs, but treatment strategies are not provided.¹³ Based on our findings, an effective intervention to improve sexual outcomes for women after MI likely begins at discharge with discussion of parameters about resuming sexual activity and referral to CR. Women can only benefit from CR if they participate. Future research is needed to know whether cardiologists might promote women's participation in CR and overall recovery by initiating pre-discharge discussions that include issues that are salient to a woman's "whole person" recovery—like sexuality. A strategy for "whole person" training and materials for CR providers that includes but is not limited to sexual recovery after MI should also

support cardiologists, primary care physicians, and gynecologists involved in long-term care of women with a history of MI.

Limitations of the Study

These findings should be interpreted in the context of potential limitations. This study was based in the United States, so it may have limited relevance in countries with different or more comprehensive models of aftercare for MI. The findings presented are based on those who agreed to participate in this research study and therefore may reflect attribution bias. Social response bias is always possible in survey research, although we did find consistency between patient responses in open-ended interviews and the structured survey responses in the TRIUMPH Registry database. In addition, the mode of interview did not allow for collection or interpretation of nonverbal expressions. Despite broad inclusion criteria, participants in this sample were more likely than sexually active participants in the larger TRIUMPH Registry to be white and married. Also, interviews relied on recall, potentially introducing bias. However, recall bias was assessed in prior analysis, indicating no significant discrepancy between the medical record and patient recall about communication with a physician about sexual matters prior to hospital discharge.¹⁴

Conclusions and Next Steps

Partnered women were sexually active soon after an MI, even with concerns of safety and issues related to sexual function. Evidence-based strategies to improve sexual outcomes in women following an MI are needed. MI is a life-threatening event that some patients experience as traumatic. Social cognitive theory finds self-efficacy to be an important indicator of differences in coping after a traumatic event³⁷ that may extend to how patients and couples cope with sexual life after MI. Patient self-efficacy may also influence the patient-physician relationship.³⁸ Development of an effective intervention might include brief assessment of patient self-efficacy and coping style early in the course of MI care and use this information to personalize care for improvement of sexual and other outcomes. An effective intervention to improve sexual outcomes in women after an MI should be informed by additional research to gain cardiologists' input, leverage advances in health information technology that can be used for real-time, personalized decision making and counseling support, fit efficiently into healthcare work flows, extend to other primary care providers, and be easily updated to accommodate expected advances in knowledge about treatment for female sexual dysfunction.

Sources of Funding

This work was supported by the National Heart, Lung, and Blood Institute (Center for Cardiovascular Outcomes Research at Yale University grant number U01 HL105270-02, to H.M.K.; Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients [VIRGO] grant number R01 HL081153-05, to Dr Krumholz; and CV Outcomes, Inc., Kansas City, MO, grant number P50 HL077113, to Dr Spertus) and the National Institute on Aging (grant numbers K23AG032870, to Dr Lindau, and the Chicago Core on Biomeasures in Population-Based Health and Aging Research, at the NORC - University of Chicago Center on Demography and Economics of Aging (P. L. Waite SP30 AG 012857). Contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the National Institutes of Health or the National Institute on Aging.

Disclosures

All authors have completed the Unified Competing Interest form at http://www.icmje.org/col_disclosure.pdf (available on request from the corresponding author) and declare no support from any organization for the submitted work other than grant support listed above (Drs Abramsohn, Lindau, Decker, B. Garavalia, L. Garavalia, and Gosch). Dr Krumholz discloses that he is the recipient of a research grant from Medtronic, Inc, through Yale University and is chair of a cardiac scientific advisory board for UnitedHealth. Dr Spertus discloses that he has partial salary support from grant number 1UL1RR033179.

References

- Silver S. Evidence-based management of ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI). Latest guidelines of the European Society of Cardiology (ESC) 2010. *Rev*. 2010;35:558-564.
- Tunali-Pedro H, Vanuzzo G, Hobbs M, Mahonen M, Cepalis Z, Kuulasmaa K, Kell U. Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations. *Lancet*. 2000;355:688-700.
- Fitzhett D, Theroux P, Brophy J, Cantor W, Cox J, Gupta M, Karland H, Mehta S, Welsh R, Goodman S. Assessment and management of acute coronary syndromes (ACS): a Canadian perspective on current guideline recommended treatment—Part 2: ST-segment elevation myocardial infarction. *Can J Cardiol*. 2011;27:S402-S412.
- Fox K, Steg P, Eagle K, Goodman S, Anderson F, Dronger C, Rafter M, Bulej A, Durr A. Core I. Decline in rates of death and heart failure in acute coronary syndromes, 1999-2006. *JAMA*. 2007;297:1892-1900.
- Jernberg T, Johanson F, Hekli C, Svenblad B, Lindback J, Wallentin L; SWEDEHEART/RKS-HIA. Association between adoption of evidence-based treatment and survival for patients with ST-elevation myocardial infarction. *JAMA*. 2011;305:1677-1684.
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RL, Berry JD, Brown TM, Carnethon MR, Dai S, de Simone G, Ford ES, Fox CS, Fullerton HJ, Gillespie C, Greenlund KJ, Hailpern SM, Heit JA, Ho PM, Howard VJ, Kissela BM, Kittner SJ, Lackland DT, Lichtman JH, Lisabeth LD, Makuc DM, Marcus GM, Marelli A, Mather DE, McDermott MM, Meigs JB, Moy CS, Mozaffarian D, Mussolino ME, Nichol G, Paynter NP, Rosamond WD, Sorlie PD, Stafford RS, Turin TN, Turner MB, Wong ND, Wyke-Roetj J. Heart disease and stroke statistics—2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123:18-E209.
- Setoguchi S, Olyn R, Avorn J, Mittelman B, Levin R, Winkelmayer W. Improvements in long-term mortality after myocardial infarction and increased use of cardiovascular drugs after discharge. *J Am Coll Cardiol*. 2008;51:1247-1254.
- Droty Y, Kravetz S, Weingarten M. Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. *Am J Geriatr*. 2000;48:1283-1287.
- Boehm JK, Peterson C, Kivimaki M, Kulzinsky LD. Heart health when life is satisfying: evidence from the Whitehall II cohort study. *Eur Heart J*. 2011;32:2673-2677.
- Anderson J, Adams C, Antman E, Bridges C, Calif R, Cassy DJ, Chavey WE, Fesmire F, Hochman J, Levin T, Lincoff A, Peterson E, Theroux P, Wenger N, Wright R. ACCF/AHA focused update incorporated into the ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57:e235-e267.
- Levine G, Steinko E, Bakacsoz F, Bickart B, Chertin M, Conti J, Foster E, Jaarala T, Kloner R, Lange R, Lindau S, Mason R, Moser D, Olman E, Seltzer A, Stewart W. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125:1058-1072.
- Steg G, James SK, Alar D, Badano LP, Blomstrom Lundqvist C, Botzer MA, Di Mario C, Dickstein K, Ducrocq G, Fernandez-Aviles F, Gershlick AH, Giannuzzi P, Halvorsen S, Huber K, Juni P, Kastrup A, Knuuti J, Lenzen M, Mahaffey KW, Valgimigli M, van't Hof A, Widimsky P, Zahger D. Authors Task Force on ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2012;33:2569-2619.
- Balady G, Williams M, Ades P, Bittner V, Comess F, Foody J, Franklin B, Sanderson B, Southard D. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology, the Council on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2007;115:2675-2682.
- Lindau S, Abramsohn E, Gosch K, Wroblewski K, Spatz E, Chan P, Spertus J, Krumholz H. Patterns and loss of sexual activity in the year following hospitalization for myocardial infarction: a U.S. national, multi-site observational study. *Am J Cardiol*. 2012;109:1439-1444.
- Arnold S, Chan P, Jones P, Dackiw C, Buchanan D, Krumholz H, Ho P, Spertus J. Translational Research Investigating Underlying disparities in acute Myocardial infarction Patients' Health status (TRIUMPH): design and rationale of the prospective multicenter registry. *Circulation*. 2011;124:457-476.
- Marshall M. Sampling for qualitative research. *Fam Pract*. 1998;13:522-525.
- Campbell D, Fiske D. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychol Bull*. 1959;56:81-105.
- Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, IL: Aldine; 1967.
- Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today*. 2004;24:105-112.
- Spitzer R, Klerman K, Williams J. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*. 1999;282:1737-1744.
- Eagle K, Lim M, Dabbous O, Pkiser K, Goldberg R, Van de Werf F, Goodman S, Granger C, Steg PG, Gore J, Budaj A, Avramov A, Rafter M, Fox K. A validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome: estimating the risk of 6-month postdischarge death in an international registry. *JAMA*. 2004;291:2727-2733.
- Dahabreh I, Paolis J. Association of episodic physical and sexual activity with triggering of acute cardiac events. *JAMA*. 2011;305:1225-1233.
- Davison S, Bell R, LuChina M, Holden S, Davis S. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *J Sex Med*. 2008;6:2690-2697.
- Laumann E, Paik A, Gassan D, Kang J, Wang T, Levinson B, Morava E, Nicolosi A, Gungor C. A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Arch Sex Behav*. 2006;35:145-161.
- Lindau S, Schumm L, Laumann E, Levinson W, O'Muircheartaigh C, Waite L. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007;357:762-774.
- Steinko E, Mosaack V, Barnason S, Wright D. Progress in sexual counseling by cardiac nurses, 1994 to 2009. *Heart Lung*. 2011;40:e15-e24.
- Barnason S, Steinko E, Mosaack V, Wright D. Comparison of cardiac rehabilitation and acute care nurses' perceptions of providing sexual counseling for cardiac patients. *J Cardiopulm Rehabil*. 2011;31:157-163.

28. Steinke E. A videotape intervention for sexual counseling after myocardial infarction. *Heart Lung*. 2002;31:348-354.
29. Steinke E, Swan J. Effectiveness of a videotape for sexual counseling after myocardial infarction. *Res Nurs Health*. 2004;27:269-280.
30. Steinke E, Patterson-Mogley P. Importance and timing of sexual counseling after myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil*. 1998;18:401-407.
31. Kazemi-Saleh D, Fakhrou B, Assari S, Tavallai S. Fear of sexual intercourse in patients with coronary artery disease: a pilot study of associated morbidity. *J Sex Med*. 2007;4:1619-1625.
32. Steinke E, Wright D. The role of sexual satisfaction, age, and cardiac risk factors in the reduction of post-MI anxiety. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2006;5:190-196.
33. Savage P, Sanderson B, Brown T, Berra K, Aedes P. Clinical research in cardiac rehabilitation and secondary prevention. *J Cardiopulm Rehabil*. 2011;31:335-341.
34. Shepherd C, White A. Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2012;49:755-771.
35. Aragam K, Moscacci M, Smith D, Riba A, Zainer M, Chambers J, Sharf D, Gurm H. Trends and disparities in referral to cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention. *Am Heart J*. 2011;161:544.e2-551.e2.
36. Leon A, Franklin B, Costa F, Balady G, Berra K, Stewart K, Thompson P, Wilkins M, Lauer M. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in collaboration with the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2006;113:369-376.
37. Benight C, Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behav Res Ther*. 2004;42:1129-1148.
38. Raymond M, Iltis S, Harzi D, Swift C, Gilman G, Stuck A. Health risk appraisal for older people 5: self-efficacy in patient-doctor interactions. *Prim Health Care Res Dev*. 2011;12:348-356.

Artigo 2: "Health care professionals' views on discussing sexual wellbeing with patients who have had a stroke: a qualitative study."

Health Care Professionals' Views on Discussing Sexual Wellbeing with Patients Who Have Had a Stroke: A Qualitative Study

Ruth M. Mellor¹, Sheila M. Greenfield^{1*}, George Dowswell¹, James P. Sheppard², Tom Quinn³, Richard J. McManus²

¹Primary Care Clinical Sciences, University of Birmingham, Birmingham, United Kingdom, ²Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, Oxford, United Kingdom, ³Faculty of Health and Medical Sciences, University of Surrey, Guildford, United Kingdom

Abstract

Objectives: To examine the experiences of health care professionals discussing sexual wellbeing with patients who have had a stroke.

Design: In-depth qualitative interview study with purposive sampling and thematic analysis.

Participants: 30 health care professionals purposively recruited to include different roles and settings along the stroke patient pathway in secondary and primary care.

Setting: Two hospitals and three general practices in the West Midlands, UK.

Results: Sexual wellbeing was a topic that participants did not raise with patients and was infrequently raised by patients. Barriers to raising discussion were on four levels: structural, health care professional, patient, and professional-patient interface. Barriers within these levels included: sexual wellbeing not present within hospital stroke policy; the perception that sexual wellbeing was not within participants' role; participants' concern that raising the issue could cause harm to the patient; and the views that discussion would be inappropriate with older people or unimportant to women. Resources exist to aid discussion but many participants were unaware of them, and most of those that were, did not use them routinely.

Conclusions: Participants lacked motivation, ownership, and the confidence and skills to raise sexual wellbeing routinely after stroke. Similar findings have been reported in cancer care and other taboo subjects such as incontinence potentially resulting in a sub-optimal experience for patients. Normalisation of the inclusion of sensitive topics in discussions post-stroke does not seem to need significant structural intervention and simple changes such as information provision and legitimisation through consideration of the issue in standard care policies may be all that is required. The experiences recounted by professionals in this study suggest that such changes are needed now.

Citation: Mellor RM, Greenfield SM, Dowswell G, Sheppard JP, Quinn T, et al. (2013) Health Care Professionals' Views on Discussing Sexual Wellbeing with Patients Who Have Had a Stroke: A Qualitative Study. *PLoS ONE* 8(10): e78802. doi:10.1371/journal.pone.0078802

Editor: Christoph Harms, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Germany

Received: May 30, 2013; **Accepted:** September 23, 2013; **Published:** October 29, 2013

Copyright: © 2013 Mellor et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Funding: This paper presents independent research funded by the National Institute for Health Research (NIHR). The views expressed are those of the authors and not necessarily those of the NHS, the NIHR or the Department of Health. All authors were funded by the National Institute for Health Research (NIHR) through the Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care for the Birmingham and Black Country (CLAHRC-SBC) programme. RM was funded by an NIHR Career Development Fellowship. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

* E-mail: sm.greenfield@bham.ac.uk

Introduction

Stroke is a common cause of morbidity and mortality with an incidence ranging from 95–269 per 100,000 population in Europe and the US[1], causing, in 2010, 11.1% of deaths globally[2]. One effect of stroke sometimes overlooked is the impact on the sex lives of stroke survivors and their spouses[3]. Whilst a minority of patients experience hypersexuality following stroke[4], hyposexuality is frequent with several international studies describing reduction in libido[5,6], reduced frequency[7], or cessation[5] of intercourse; reduced erectile capacity[5] or erectile dysfunction[8] for men; and reduced vaginal secretion for women[5]. Lowered

sexual wellbeing is not exclusive to older people; middle aged stroke survivors[9] or spouses[10] can also be affected. Furthermore problems may persist, with only 41% of stroke survivors in the Netherlands reporting satisfaction with their sex life three years post-stroke[11]. Around 50% of patients and spouses reported interest in sexual counselling as part of rehabilitation[5], suggesting patients have a desire to know more.

There are several potential reasons for these issues: physical disability could prevent couples from practicing certain sexual positions. Communication problems may prevent discussions around sex, and even where speech is unaffected, it can be a difficult topic to raise[12,13]. Co-morbidities or their associated

medications may influence the problem, for example diabetes, heart disease[8,14], or depression[9,15].

Change in life context can influence sexual satisfaction and expectations. The move from 'spouse' to 'carer/giver' influences relationship dynamics, roles and identities, which may now be less compatible with that of 'lover'[13,16]. Changes in physical appearance can affect self-consciousness and willingness to have physical contact[16] which may impact on patient and partner's view on their desirability[13]. Resulting lack of sex within the relationship can cause guilt and further stress[16]. A particular concern is that sex would lead to a further stroke[12,13,16].

The UK National Stroke Strategy states patients need access to emotional support services (which includes supporting sexual wellbeing) and that all staff working with stroke should be able to signpost relevant specialist help[17]. Resources regarding sex after stroke are available. For example, the Stroke Association has a specific 'Sex after stroke' information leaflet[18].

Health care professionals (HCPs) have reported difficulty discussing sexual wellbeing in other situations including cancer[19–21], cardiac patients[22,23], the elderly[24], and lesbian or gay patients[25]. Barriers include the widely shared societal assumption that older people are not sexually active [26] HCPs also report a lack of time, belief that patients are too ill, assumptions that disfigured bodies are no longer attractive, concerns about uncovering needs which may not be addressed, fear of medico-legal boundaries and simply the presence of third parties during consultations [27] HCPs often report feeling inadequately trained or insufficiently skilled [19] However there is a dearth of information on HCPs' perspectives in relation to patients who have had a stroke, with only McLaughlin and Gregan[28] survey of 13 stroke HCPs in Northern Ireland available. They suggested just over half thought addressing sexuality would be part of their rehabilitation role, although the majority had not received training in this area.

There are well known patient barriers to discussion of sexual wellbeing. Half of patients calling an erectile dysfunction helpline in Italy had not discussed it with their doctor[29]. Identifying which HCP to approach is problematic for many patients. A study of women with type two diabetes reported not feeling comfortable discussing sexual wellbeing with their GP, feeling a gynaecologist, if anyone, would be more appropriate[30]. In contrast, 70% of cardiac patients said of all sexual health services available to them, they would prefer to consult with a General Practitioner (GP)[31]. Almost half (48%) of cardiac patients would have liked chance to discuss, or extend discussions around sex[31]. Men with colorectal cancer[32] and women with ovarian cancer[33] reported difficulty raising the issue but wanted to discuss it. Barriers to older people raising sexual problems also include perceiving it as normal with aging, disassociating it from a health problem, not viewing the problem as serious, and concern that the physician would be uncomfortable discussing it[34]. Patients worried about recurrence of illness often perceive a high risk associated with potentially offending HCPs who are responsible for their care [32,33]. Yet counselling around sexual activity can influence resumption of sex. Both male and female patients with acute myocardial infarction who had not received counselling on discharge reported greater loss of sexual activity 12 months later[36] than those who received counselling.

This research used a qualitative approach to examine the views and experiences of health care providers discussing sexual wellbeing with patients who have had a stroke to identify barriers and suggest improvements to information provision.

Methods

The Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ) checklist [37] helped guide the reporting of this study.

Ethics statement

This study was approved by the London-Queen Square Research Ethics Committee (09/H0716/71).

Conducting interviews

In-depth interviews with HCPs who were involved in roles within the stroke patient pathway were conducted by the first author Ruth Mellor (RM). HCPs were asked about their experience of discussing sexual wellbeing with patients who have had a stroke and resources available to assist them. Within the study, sexual wellbeing was defined broadly, in line with the WHO[38] definition: 'a state of physical, emotional, mental and social well-being related to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity.' However this definition was not imposed upon participants, who were free to raise and discuss whichever elements they wished.

The study was part of a programme evaluating current practice and studying service change within the Birmingham and Black Country Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care project[39]. Participants worked within study sites; two hospital trusts and three general practices in the West Midlands. A set of sexual wellbeing questions was embedded within a longer interview on their experience of the stroke patient pathway. Other topics within the longer interview included identification of stroke, participants understanding of the wider pathway and the linking up of services across the pathway.

HCPs were purposively recruited on location and role; across the stroke patient pathway from hospital admission, acute and rehabilitation wards, to care in the community; and targeting doctors, nurses, therapists, health care assistants (HCA), and support coordinators. A mixture of snowball (where participants informed their colleagues about the study and suggested they participate)[40] and judgement sampling (where participants were specifically selected from the total HCP population based on RM's judgement and experience of the study)[41] were used for recruitment. Prior to starting recruiting participants at the hospital trusts, gatekeepers (consultants on wards) gave permission for staff to be approached, but were not informed which staff would be approached or who agreed to be interviewed. RM had an honorary contract at both trusts and had been present on site prior to recruitment for other aspects of her job. She advertised the study at trust stroke training sessions and through face-to-face contact on the ward. RM is based within a Primary Care department and recruited participants from general practice through GP contacts within the department. Two participants agreed to be interviewed but then dropped out due to practical difficulties; however their location and role within the stroke pathway characteristics were covered by other participants.

Participants received an information sheet that stated the purpose of the interview: 'to find out about the views of healthcare professionals on the service offered to patients by the Stroke and TIA services'. Prior to each interview RM introduced herself, her role in the CLARHC study, and answered any questions. If participants had queries about the study post-interview, the information sheet contained study contact details, including details for complaints.

Interviews continued to ask about the discussion of sexual wellbeing with patients post-stroke until saturation was reached, where no new themes emerged and collecting additional data on it

seemed unnecessary. Within the wider study further interviews were conducted around other elements of the stroke patient pathway which did not ask about sexual wellbeing, some with staff such as paramedics and GP receptionists where the topics was not deemed relevant to their role, these findings will be reported elsewhere.

Interviews were conducted between September 2011 and December 2012, at participants' place of work. Interview duration ranged from 14 to 60 minutes, average 34 minutes, this included discussion of other topics, but excluded introductions and questions. All participants were interviewed once by RM, individually (21 participants), in pairs (six participants) or in one case in a three. Written informed consent was gained from all participants, which included consent for quotes, with name and identifier removed, to be used in publications. Interviews were audio recorded and transcribed verbatim. Fieldnotes were recorded after some interviews.

Data will not be deposited in a publicly available resource, but the study will comply with University of Birmingham archiving policies.

Analysis

Transcripts were checked for completeness and accuracy and analysed by RM (a non-clinical mixed methods sexual health researcher; she has experience and training in qualitative methods through completion of a mixed methods PhD). Identifiable information from transcripts i.e. names, hospital names, were removed. Data were managed using NVivo 9 (QSR International)[42]. An inductive, data rather than hypothesis driven, approach was taken. The sections of text concerning sexual wellbeing were extracted from the rest of the interview data and considered separately from the rest. After the first 10 interviews, initial analysis of the sexual wellbeing data was conducted using the 'one sheet of paper' (OSOP) method, where the issues raised in each extract, along with the participants pseudonym, were noted onto a single large sheet of paper[43]. These issues were grouped to show the main themes and to identify variation in responses. The OSOP highlighted further areas requiring discussion which were included in the topic guide, specifically ease of discussion in front of patients' relatives and HCP perception of safety of having sex post-stroke.

Additional themes/sub-themes were added when they emerged from later interviews[44]. A constant comparison approach, where different segments of data are compared to look for similarities and differences[45], was used in the analysis, at the individual level and also by role and stage in the stroke patient pathway.

To ensure rigour within the analyses and a multi-disciplinary perspective, the lead author, Richard McManus, (a general practitioner) double coded a subset of interviews and checked analytical interpretations. Differences of interpretation were resolved by discussion. Transcripts were not returned to participants to get feedback on the findings; a lay summary report will be sent to those who requested one, at the end of the study. Excepting McLaughlin & Cregan's[26] 13 person survey, no qualitative evidence existed to test the qualitative components against.

Results

Thirty HCPs were interviewed before saturation on the discussion of sexual wellbeing with patients theme was achieved; a range of HCPs were recruited, but most worked within secondary care, the biggest group was doctors, the majority were women, and approximately half had over five years of experience in their roles (Table 1).

Their results are structured into three main themes two of which reflect the overarching topics raised in the sexual wellbeing section of the interview topic guide; experiences of discussing sexual wellbeing post stroke and the potential resources available to assist with these concerns. The third theme, barriers to discussion, emerged from the analysis. It was split into four sub-themes: the structural care pathway level, health care professional level, patient level, and HCP-patient interface. The emphasis on discussing barriers was chosen as through their identification and probing, solutions can be raised. Only the participant's occupational role is presented under each quotation to maintain anonymity.

Experience of raising or having the issue of sexual wellbeing raised

Support coordinators were the only HCPs who reported raising the issue of sexual wellbeing with patients who have had a stroke but used their discretion as to when they thought this was appropriate. Other HCPs had either never thought about it, or did not think it was an appropriate subject for them to raise.

Interviewer (I): Do you ever talk to your patients about sex? Sex and stroke, is it an issue?

HCP7: I've never actually had a conversation about it [laugh], I've never thought about it to be honest. HCP7-Nurse

HCPs varied in the frequency with which they had experienced patients raise the issue themselves. Some had never had a stroke patient raise it, for others it was a rare occurrence (once or twice in career thus far) but for some HCPs it was an uncommon but not unusual discussion topic. It was more likely to be raised in a one-to-one setting, for example in a clinic appointment or at the patients' home, although one Health Care Assistant (HCA) reported a patient raising it whilst she escorted him to the toilet. Usually such discussions took place after the patient had left hospital as can be seen in HCP6's quotation.

...in their acute phase [in hospital], it doesn't come up that often. It's rarely a conversation that we have. But clearly I see patients after they've been discharged, approximately six weeks after they've gone home. Once you've gone home, settled back into home life, there then does come, this thought about lots and lots and lots of different things. Can I go and play cricket still, can I play football, blah blah blah, walking the dog, going on holiday, sex. All comes in, definitely. HCP6-Nurse

When sexual wellbeing was discussed, the reported topics were around: safety of having sex, timing of resuming sex, erectile problems, and at the other end of the spectrum, the normality of not wanting to have sex.

There was a sub-set of the HCPs, with little experience of discussing sex, who reported it in the context of people with mental health problems. In addition, one experienced participant (who described having many conversations around sexual wellbeing in a past role), voiced concerns about the appropriateness of patients raising discussion around sexual wellbeing with HCAs; that this could be a patient manipulating the HCA-patient relationship, rather than genuine information seeking behaviour. This association and the general undercurrents of not discussing sexual health highlights it remains a taboo topic.

Table 1. Characteristics of participants.

Category	Sub-category	N (N=30)
Where in the pathway they work	Accident and Emergency Department	1
	In hospital – acute ward	12
	In hospital – rehabilitation	5
	Across hospital (ie, accident and emergency department, acute ward, rehabilitation clinic)	5
	Primary care	3
Position	Across hospital and community	4
	Nurse	6
Gender	Doctor	15
	Therapist	7
	Support coordinator	4
	Health care assistant	3
	Male	9
Years of experience in the role	Female	21
	Less than 1 year	4
	Greater than or equal to 1 year, less than 5 years	11
	Greater than or equal to 5 years, less than 10 years	7
	10 years or more	7
	Did not answer	1

doi:10.1371/journal.pone.0078802.t001

HCP2: I've not had any patients ask for ages about that and if they have they've been - it's been in an inappropriate conversation, that the patient has asked...

HCP1: If they lose their inhibitions.

HCP2: Then they can sometimes talk about that kind of stuff. But actually they're probably not really under - sort of aware that they're asking those questions. So...

I. Rather than...

HCP2: Yeah, rather than them actively going 'oh what's, what's going to happen?'

HCP1&2-Therapists

HCP30: The fact that actually because you're dressing them, you're bathing them, in hands on care, when people actually ask them, 'Can I?' or, 'Do you think I should?' I think there's a very - it's not a line to be drawn, but I think you actually have to be careful it's not all part and parcel of something else.

I. That they're like trying to hit on the HCPs you mean?

HCP30: Yeah, or, or to an extent - I was going to say groom, but that may be not the right word, but actually sort of start the conversation, start the ball rolling. HCP30-Doctor

Barriers and opportunities to raising the issue

Barriers to the provision of information were divided into four sub-themes: the structural care pathway level, health care professional level, patient level, and HCP-patient interface. Each will be discussed in turn.

Structural care pathway level. At an organisational level, staff involved with hospital management perceived that sexual wellbeing was not an area of concern in the hospital stroke patient pathway, as it was not "included in the [hospital] stroke policy".

Moreover participants viewed there was lack of specialist service provision in this area, which was perceived in part to be due to lack of demand for such services.

I think you would need to draw on other services. If [discussing sexual wellbeing] wouldn't be a service that we would put in for stroke, but it would be a service that we would put in for a cohort of patients. So, for example like, on the neurology wards, clearly it's a much bigger problem, but can we draw from that service HCP17-Nurse

In contrast some of the support coordinators reported that sexual health was one of the areas specified in their assessment tool. This could legitimise such discussions, although time limitations on visits might curtail or prevent discussion.

In the first assessment tool that's [sexual health] one of the options... And our visits, well we try and keep them to under an hour; I think maximum of an hour and a half is plenty. But there's a lot to cover. So it might be that you feel 'Well that's enough for now, we'll pick up on something a bit later if needs be' HCP11-Support Coordinator

Health Care Professional level. At the individual HCP level, particularly within the hospital setting there was the perception that sexual wellbeing was not within their role and that someone else was better suited to deal with it.

I think doctors are probably not particularly... probably the nurse is more aware. The doctors are not very good at, not really interested in delving into that side of things HCP24-Doctor

Reasons given for non-inclusion in role included lack of training, a concern that if something was raised it would be of a magnitude that they were unable to deal with, although questions such as 'will things go back to normal' some HCPs were unsure how to answer. For some staff there was implicit embarrassment around dealing with the topic, for example six participants did not use the word 'sex' or a similar phrase during the interview, rather referring to 'it' and 'those kinds of things'. This embarrassment was not systemic, as other staff in the hospital setting reported a willingness to have such discussions. However, concern was expressed about a lack of formal support nor any obvious referral pathway should problems be identified, nor had they seen colleagues engaged in such discussions. This reinforced the feeling that sexual issues were not within their remit – someone else's problem - and raising them could leave the hospital staff exposed.

I know OT [Occupational Therapist] wise we did do it but about it at Uni [university]... like more so as something to, like, that could be looked at by an OT, but I don't know, I've never, anywhere that I've worked, we've necessarily, like, talked to patients about it, but I suppose we could, OT wise we could. It's an activity that you do, isn't it? HCP21-Therapist

For HCPs seeing patients when they had left hospital, the perspective was that patients were free to raise what they liked (including sexual wellbeing) with the acknowledgement that the HCP would deal with what they could and direct them to relevant services. The emphasis on passing patients onto other professionals shows concern around ability to deal with this situation, that it was not their role to raise the issue, but they could respond. Several reported trying to create an environment that was conducive to such conversations, stressing the importance of making patients comfortable and then asking about broader topics, changes to home life, relationship, etc. As much as HCP27 did not identify herself as asking about sexual wellbeing, she is clearly providing opportunity for it to be raised.

I would always ask about life, I would always ask about relationships at home, I would always ask about work, I would always ask about social circumstances but – and I would always ask how your wife is coping or how your husband is coping and that side of things, but I wouldn't necessarily specifically ask about the sexual side of their relationship. I think if you do ask something that's very intimate and personal like that, I think it's important always to place it in context and not just ask it out of the blue. HCP27-Doctor

Difference in HCP perspective between acute care and care once patients left hospital seemed due to the acute versus holistic nature of their posts. The focus in acute settings was on patients' immediate survival needs, whereas later on it was possible to deal with a wider range. HCPs later on seemed less shocked with the idea that patients might want to discuss sexual wellbeing.

Patient level. At the level of the patient, a minority of HCPs thought that sexual wellbeing would not be relevant to patients at all. More common was the view that it was not a priority for patients or indeed the staff, particularly during the acute phase where getting back to basic health was the aspiration. Furthermore there was a feeling that patients would not be aware of sexual

wellbeing as a potential problem whilst in hospital, as they would not be having or thinking about sex at that point.

HCP5: Maybe that could be later down the road. Maybe, rather than in the first six weeks talking about that.

HCP5: Depends what your priorities are [name of HCP5/ [laugh]

HCP5: Yeah, to eat, drink and look after yourself is kind of a higher priority generally.

HCP3, 4 & 5-Therapists

Later on in care, there could still be more pressing matters, with emphasis on the 'medical model', including blood pressure and medications. Even in the context of sexual wellbeing, problems were perceived to be mechanical for example diagnose erectile dysfunction and prescribe medication to solve. Some HCPs acknowledged the emotional side, but then were less certain how to deal with it.

I mean it wouldn't be top of my list to be honest, you know, I sort of think making sure that they're on the right medication, that the blood pressure's well controlled, that they're medically stable would be my number one thing really. Then, you know, perhaps advise them about driving would – you need to work out just how they're coping at home and I guess that it would fall under the coping at home category really... If it was a man who was like struggling with like erectile dysfunction or something then I'd either consider suitability for Viagra or I'd refer onto an urologist and kind of let them deal with it really. HCP28-Doctor

One participant voiced concern about raising the issue that it could indeed cause harm to the patient, for example mentioning sexual dysfunction might have a psychological effect and result in increasing the likelihood of developing dysfunction.

I have had a few people come back and say, you know 'I've noticed this [erectile dysfunction]'. I've said 'Well this could be your medication.' But it's not the first thing I say when I start issuing this medication. Because I'm not sure whether it has a psychological component as to whether it will affect their performance if I tell them that 'this could affect your performance'. HCP9-Doctor

HCP-Patient interface. At the HCP-patient interface across the pathway and within each professional group, there were individuals who reported concern that raising the issue of sexual wellbeing could harm the relationship. It was felt there was potential to embarrass or offend the patient or fear that the patient would think badly of the HCP for raising the issue.

F: Would you ever raise it, do you think?

HCP16: I don't think I would, only because it's quite a sensitive thing, because at the end of the day, once, when a patient comes in new, they're a stranger to you, aren't they, and it's quite a personal thing to bring up with somebody, and a lot of people get embarrassed. You have to be quite careful at how you approach certain things. So, I don't know, I don't feel equipped to be able to do that. HCP16-Nurse

Interestingly there was some debate about whether a long term relationship between HCP and patient would either support or inhibit such conversations and whether the relative anonymity of someone they know less well might provide a safer space. Furthermore there was discussion as to whether the role of the HCP, or other characteristics such as gender, influence the likelihood of asking: would a patient be more comfortable with a nurse (often female) whom they have more contact with or a doctor (either male or female) whom they may feel would have more expert knowledge.

For those participants who had experience of discussing sexual wellbeing with patients, there was awareness that patients may not want partners present for discussions. Those who had had such experiences dealt with them in different ways, either they accepted the request and talked to patients on their own, or in one instance as described by HCP12, she insisted on a joint discussion with both partners. It was felt inappropriate to raise discussion of sexual wellbeing if there were other family members present.

[The patient] actually asked me in a room away [from partner], so I had to bring them back in because it, it was obvious they both had to talk. But not being a sexual counsellor in any type of thing, I was 'gaww', I was thinking 'Get me out of here.' But professionally anyway it worked. HCP12-Support Coordinator

Raising the issue of sexual wellbeing could imply that patients had been having sex and wanted to have sex again in the future. One HCP, HCP30, reported experience of having such discussions being unwelcome as stroke could be viewed as an excuse by a partner to stop engaging in sexual intercourse.

I've seen it has been sort of its sort of men being told [by partners] they shouldn't have [sex] because they've had a stroke, and when that's been, you know, when I've said 'no', that's clearly that's been a - that's been the wrong thing to say. HCP30-Doctor

HCPs suggested characteristics of patients they felt it would be inappropriate to discuss with, primarily people who they thought would not be having sex: those who live alone or in a nursing home, were widowed, cognitively impaired or more broadly 'older'. Despite their being acknowledgement amongst some interviewees that older people have sex, there were more extreme views presented such as HCP20.

Obviously, a lot of our elderly gentlemen and ladies don't do that [have sex] anymore, because their partners have either passed away or they don't think it's suitable ... the older generation tend to stick to one partner. HCP20-Health Care Assistant

In addition there were a minority of HCPs who perceived sexual wellbeing to be not worth raising. This was either for young people because there was an assumption it 'goes back to normal'. Or for women as there was the perspective that a stroke would be unlikely to affect their sexual wellbeing or indeed that they are less interested in sex in any case.

A man might want to know that he can still perform in that way. It doesn't matter so much for a woman because she

doesn't have to...a woman, when I say it doesn't matter, she hasn't got to have an erection, has she? She hasn't got to actually...a woman can have sex without actually doing anything physical if you like. HCP26-Support Coordinator

Resources available but underutilised

Many HCPs were unaware of the existence of the Stroke Association 'Sex after stroke' information leaflet, despite both hospitals having Stroke Association representatives (Support Coordinators) visiting patients weekly on the stroke wards.

I. Have you ever seen any information about that about, or...?

HCP18: No, I haven't, I know we've got the stroke booklet but I haven't had a look at it. I'm not sure really what it's got in it. From a doctor's stroke guidelines, it's more about dealing with acute situations. So, no, I've not seen any leaflets, nothing like that. HCP18-Doctor

However, even for those who did know of their existence use of such information was not routine. Support coordinators have a tool which outlines a range of potential discussion topics to raise with patients who have had a stroke and their carers, with sexual health as one of them. However this was seen as optional and reported frequency of discussion varied by support coordinator. Strategies were employed to avoid directly raising the issue: waiting for patients to raise it; highlighting there are a range of information sheets, giving patients responsibility for selecting that specific sheet and giving the sheet out in a bundle along with many other sheets. The first two strategies continued to put the impetus on the patient.

I remember giving someone a couple of fact sheets. And I said 'Well actually, you know, this is the list that, that I've got' I said 'Is there anything else that you actually want?' And that was the one they chose. So it wouldn't have been in my thought process to say something about it straight away. So it was a way forward anyway... HCP11-Support Coordinator

Even the most frequent discussant of sexual wellbeing post-stroke, who gave leaflets out quite frequently, still used her discretion when deciding who to give them to. Her ability to routinely hand out 'Sex after stroke' leaflets seemed grounded in her view that it was an area of importance for people, believing that patients might want to discuss it even if they had not raised it, which was evidenced by her experience of having had 'a number of people' talk about it. She also reported having either neutral or positive responses to distributing the leaflet, so had not been put off distribution. She was confident about the boundaries within which she could discuss it, and reported having referred patients to their GP. She reported that patients were comfortable with her, citing that they knew she was there to support them, and a certain trust had been built as she was seeing them across their patient pathway.

I'm going through my papers and say "oh, perhaps you could, might like to lose a little bit of weight so I'm putting this healthy eating one in" and then I'll say "and there's a 'Sex After Stroke' and I'm putting that in" and they just usually say thank you. Then sometimes they might say "Oh,

we never had any sex before the stroke [Laughter] so why should we have it after" and they make a joke of it. HCP26-Support Coordinator

Discussion

Main findings

Most HCPs interviewed in this study perceived significant barriers to initiating discussion about sexual wellbeing leaving the onus on patients to raise it. Issues concerning role and perceived competence were driven by minimal training regarding sexual issues leading to a lack of responsibility for it on the part of HCPs in general and little consideration of it within the stroke care pathway in particular. Only stroke support coordinators reported having it specified in their remit.

Many HCPs considered it inappropriate to raise sexual wellbeing as a discussion topic and that doing so could harm the clinician/patient relationship. HCPs were unaware of relevant patient information sources or underutilised them. Barriers to information provision included concerns regarding how to sensitively communicate sexual topics, for example concerns over raising the issue in front of a patient's partner. An additional factor was HCPs' understanding of who the appropriate recipients of such information would be, for example their relevance to people who are 'older'. The minority of HCPs who reported confidently having such discussions suggest that normalisation of the consideration of sexual wellbeing could be possible.

Strengths and Limitations of the study

The key strengths of this study were the range of HCPs included and that sexual wellbeing was one component of a broader interview on experience of the stroke patient pathway. Therefore, participants who might not have volunteered for an interview specifically on sexual wellbeing were able to talk about it in context. The ability to interview HCPs involved at different stages along the patient pathway ensured we could examine what patients might experience throughout their journey after stroke. RM conducted all HCP interviews; she is a non-clinician and informed participants of this during the interviews. This non-clinical background may have influenced how or what participants reported, and enabled the interviewer to probe participants as an outsider within a "safe" context. The majority of participants were interviewed on their own, but a few chose to be interviewed alongside close colleagues. Discussion of sensitive topics in front of a colleague has the potential to inhibit discussion, due to fear of repercussions or gossip[46] but this did not appear to be the case: length and depth of discussion were similar to individual interviews and in some cases the participants' interaction stimulated further discussion.

A limitation of this study is the small proportion of male HCPs interviewed, although this is representative of the NHS workforce[47]. In addition, interviews were conducted in HCPs' places of work, with limited time available and in a few instances were ended prematurely due to HCPs being called away. The experiences recounted may have been influenced by the fact that all participants were from one area of the country and we cannot comment on how similar or widely these views are shared among the wider HCP community.

Comparison with the literature

The current study presents novel data in stroke but similar barriers have been previously reported in primary care[23,24], a mental health ward[48], coronary heart disease treatment[25] and

cancer treatment facilities[19–21]. Lack of time, of privacy in ward setting, and of emphasis in guidelines have all been described. As with stroke, cancer studies have suggested that sexual wellbeing is not the main priority of the patients during treatment[19,20]. This often emerges as a patient need at some point during the recovery period but generally remains unaddressed because patients lack knowledge of how to access care and receive not encouragement to do so from HCPs [49]. Many patients are simply embarrassed about raising the issue of sexual wellbeing, lack confidence or perceive help-seeking as too risky [50].

Widespread reporting of stereotyping around patients' age, gender and ethnic background suggests an endemic problem within health services in general [19–21]. Parallels can be drawn with other areas of patient care including faecal and urinary incontinence, where stigma appears to preclude access to effective treatment[51]. Up to 75% of patients with faecal incontinence do not seek medical help[52] and finding appropriate information on these conditions can be difficult for patients[53] highlighting the important role of HCPs. Yet, a Canadian study found that only 35% of family physicians were comfortable dealing with urinary incontinence[54]. Unvoiced patient agendas often lead to misunderstandings, dissatisfaction and poor outcomes[55]. A European comparative study found that urinary incontinence care in the UK was considerably worse than elsewhere[56].

Clinical implications

This study suggests that whilst structural changes may be needed – in terms of inclusion of sexual wellbeing in care pathways and improving information provision, relatively small changes might allow individual HCPs to change practice by legitimising the topic, and making its consideration routine practice[57]. This is important as having a stroke can impact on patients' and their partners' sexual wellbeing, be it sexual dysfunction or concerns over safety of having sex.

Increased awareness amongst HCPs that sexual wellbeing can be an area of importance for many people, regardless of gender or age might be achieved through simple training. Building communication skills around raising sensitive topics may also be of value to discussing other taboo areas including incontinence and could be tackled both pre- and post-qualification. Routine provision of information such as that provided by the Stroke Association could help HCPs know what resources and services are available. Further training on sexual health management has been called for previously[19,21,22,24,58]. This study suggests that recognition of the legitimacy of patients having sex lives, and the appropriateness of such discussions needs a proactive approach including explicit "permission" to raise sensitive topics along with time and a comfortable environment to have these discussions. Interventions that would facilitate this are not expensive and should be implementable in a wide range of settings.

Integrated care pathways are becoming more common within the NHS as a mechanism for managing clinical processes and improving patient outcomes [59]. Coordinating Primary and Secondary Care provision is increasingly necessary for the management of chronic conditions. Also, recognition of the importance of self-management support is growing [60]. These twin approaches based on coordinated care [61] and empowering patients are not unknown in the management of stroke [62]. Through a recent qualitative synthesis, *gaining or developing a new self and role* has been identified as a major issue following stroke[63]. The need for focussed self-management programmes to address this broad issue of recovery and adjustment has been strongly suggested but the lack of specific attention to sexual wellbeing in this literature remains a matter of concern.

Conclusion

Some HCPs lack motivation, ownership and the confidence and skills to raise sexual wellbeing routinely after stroke, potentially resulting in a sub-optimal experience for their patients. Normalisation of the inclusion of sensitive topics in discussions post-stroke does not seem to need large structural transformation; rather, simple changes such as information provision and acknowledgement of the issue in standard care policies. The experiences recounted by professionals in this study suggest that such policies require attention now.

References

1. Mulherer D, Paul CG (2011) Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurology* 2(6): 585–590. doi:10.4236/1.100925-9 [doi:10.1016/j.wneu.2011.07.023] [doi]
2. Izzano R, Naghavi M, Ferretini K, Liu S, Shibuya K, et al. (2013) Global and regional mortality from 235 causes of death for 29 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380(9901): 2051–2120. doi:10.1016/S0140-6736(12)11683-0 [doi:10.1016/S0140-6736(12)11683-0] [doi]
3. Ghossein RT (2008) Sexual dysfunction after stroke: a need for more study. *Eur J Neurol* 15: 641. doi:10.1111/j.1468-1331.2008.02577.x [doi]
4. Moga TN, Moga M, Raitu MS, Harjanto M (2006) Hypersexuality in stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 87: 432–437.
5. Korpelainen JT, Niemi P, Mylly VV (1999) Sexual Functioning Among Stroke Patients and Their Spouses. *Stroke* 30: 715–719.
6. Kimura M, Maruya Y, Shimoda K, Robinson RG (2001) Sexual dysfunction following stroke. *Comp Psychiatry* 12: 217–221. doi:10.1002/comp.10044 [doi:10.1002/comp.10044] [doi]
7. Jung JH, Kim SC, Cho SM, Joo SU, Lee SH, Hyun JS (2008) Sexual dysfunction in male stroke patients: correlation between brain lesions and sexual function. *Urology* 71: 99–103. doi:10.1054/urol.2007.09047.X [doi:10.1054/urol.2007.09047.X] [doi]
8. Reuter A, Al-Hamad AD, Kanaan S, Al-Anazi A (2008) Prevalence of erectile dysfunction in male stroke patients, and associated comorbidities and risk factors. *Int Urol Nephrol* 40: 701–706. doi:10.1007/s11255-008-9334-y [doi]
9. Daniel K, Wolfe CD, Bush MA, McKevitt C (2009) What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. *Stroke* 40: e431–e440. doi:10.1161/STROKEAHA.108.534487 [doi:10.1161/STROKEAHA.108.534487] [doi]
10. Bakstons B, Saalio S (2010) The experience of living a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke six months after discharge from a rehabilitation clinic. *Scand J Caring Sci* 24: 116–124. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00904.x [doi]
11. Roumanis H, Schepens VP, Post MDX, Vivas-Melby JM (2011) Social activity contributes independently to life satisfaction three years post stroke. *Clin Rehabil* 25: 400–407. doi:10.1177/0309191110380314 [doi:10.1177/0309191110380314] [doi]
12. Heaton K (1984) Sexual adjustment of men who have had strokes. *J Psychosom Res* 28: 243–249.
13. Schmidt MA, Finkelstein M (2010) Perspectives on poststroke sexual issues and rehabilitation needs. *Top Stroke Rehabil* 17: 204–213. doi:10.1080/10777021.2010.491404 [doi:10.1080/10777021.2010.491404] [doi]
14. Kaur DD (2007) Hope for love: practical advice for intimacy and sex after stroke. *Rehabil Nurs* 12: 93–103.
15. Kim BJ, Kim O (2008) Influence of mood and sexual frequency on depression in Korean men after a stroke. *J Psychosom Res* 63: 365–369. doi:10.1016/j.jpsyres.2008.06.005 [doi:10.1016/j.jpsyres.2008.06.005] [doi]
16. Thompson HS, Ryan A (2008) The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person with stroke. *J Clin Nurs* 19: 1003–1011. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02004.x [doi]
17. Department of Health (2007) National Stroke Strategy.
18. Stroke Association (2012) *Factbook 11: Sex after stroke*. 2.
19. Heaton AJ, Street AF (2007) Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: mismatched expectations and unmet needs. *Med J Aust* 186: 224–227.
20. Broad ML, Brown JM, Falowski L, Selby P (2007) Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer* 96: 666–671.
21. Forbes L, White I, Marshall-Lavigne S, Kelly D (2012) Discussing the sexual consequences of treatment in radiotherapy and surgery consultations with couples affected by prostate cancer. *BJU Int* 109: 38–405. doi:10.1111/j.1464-4029.2011.03257.x
22. Jaarsma T, Stensborg A, Fridlund B, De Geest S, Malmros J, et al. (2010) Sexual Counseling of Cardiac Patients: Nurses' Perception of Practice, Responsibility and Confidence. *Eur J Cardiovasc Nurs* 9: 24–29.
23. Bree M, Dobson S, McGee H, Murphy A (2010) General practitioners views about discussing sexual issues with patients with coronary heart disease: a national survey in Ireland. *BMC Fam Pract* 11: 46. doi:10.1186/1471-2268-11-46.

Acknowledgments

Thanks to all those who participated in the study. Thanks to Mrs Sheila Bailey and Ms Cristina Penabaz for proof-reading the paper.

Author Contributions

Conceived and designed the experiments: RMM SG GD JS TQ RJM. Performed the experiments: RMM. Analyzed the data: RMM SG GD JS TQ RJM. Wrote the paper: RMM SG GD JS TQ RJM. Gained the funding: RJM SG.

24. Gatt M, Galvin E, Hinchliff S, Eford H (2004) "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* 21: 520–526.
25. Hinchliff S, Gatt M, Galvin E (2005) 'I might find it embarrassing': general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health Soc Care Community* 13: 345–353. doi:10.1111/j.1365-2534.2005.00566.x
26. Shel JA, Smith CK (1994) Sexuality and the older person with cancer. *Obstet Nurs Forum* 21: 553–559.
27. Swoboda K, Yoo E (2003) Sexuality and body image after cancer. *Ann Fam Physician* 32: 19–23.
28. McLoughlin J, Coogan A (2005) Sexuality in Stroke Care: A neglected quality of life issue in stroke rehabilitation? A pilot study. *Sex Disabil* 23: 213–226.
29. Mirou V, Guellec V, Zazzo G, Terry M, Lesps N, et al. (2002) Did men with erectile dysfunction discuss their condition with partner and physician? A survey of men attending a free call information service. *Int J Impot Res* 14: 226–230.
30. Sakaki A, Rosenquist U (2003) Communication in the medical encounter: female sexual dysfunction in primary care contacts. *Fam Pract* 10: 161–166.
31. Bruce M, Dobson S, Murphy AW, McGee BM, Jaarsma T (2010) The CHARMS Study: Cardiac patients' experiences of sexual problems following cardiac rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Nurs* 10: 117–124. doi:10.1177/1474513110372723
32. Dossou G, Benad T, Grenfield S, Clifford N, Hancock B, Wilson S (2011) Men's experience of erectile dysfunction after treatment for colorectal cancer: qualitative interview study. *BMJ* 343: e1024.
33. Stoad ML, Brown JM, Falowski L, Selby P (2001) Communication about sexual problems and sexual interest in ovarian cancer: a qualitative study. *BMJ* 323: 636–637.
34. Hinchliff S, Gatt M (2011) Seeking medical help for sexual concerns in mid- and late life: A review of the literature. *J Sex Res* 48: 106–117.
35. Gatt M, Hinchliff S (2007) Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Fam Pract* 25: 600–605.
36. Lantieri ST, Abramocho E, Geach K, Wroblewski K, Spatz ES, et al. (2012) Patterns and Loss of Sexual Activity in the Year Following Hospitalization for Acute Myocardial Infarction in United States National Medicare Observational Study. *Am J Cardiol* 109: 1439–1444.
37. Tang A, Srinivas P, Craig J (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 19: 349–357.
38. WHO (2006) Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. 1–30.
39. Sheppard JP, Mellor RM, Bailey SM, Burton P, Bival A, et al. (2012) Protocol for an observational and implementation study investigating optimisation of the management of stroke and transient ischaemic attack (TIA). *BMJ Open* 2: 1–7. doi:10.1136/bmjopen-2012-001430 [doi:10.1136/bmjopen-2012-001430] [doi]
40. Ritchie J, Lewis J, Elam G (2003) Designing and selecting samples. In: Ritchie J, Lewis J, editors. *Qualitative Research Practice: A guide for social science students and researchers*. London: SAGE, pp. 17–30.
41. Murphy E, Dingwall R, Grintchatch D, Parker S, Watson P (1990) Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technol Assess* 2: 1–276.
42. QSR International Pty Ltd (2010) NVivo qualitative data analysis software. Version 9.
43. Zaslavski A, McPherson A (2006) Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DHPs' personal experiences of health and illness. *Med Educ* 40: 402–414.
44. Strauss A, and Corbin J (1990) *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory*. London: SAGE.
45. Corbin J, Strauss A (2008) Strategies for qualitative data analysis. In: Corbin J, Strauss A, editors. *Basics of Qualitative Research 3e*. London: SAGE, 40–86.
46. Flack H, Lewis J (2007) Focus groups. In: Ritchie J, Lewis J, editors. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: SAGE, pp. 170–190.
47. Yoo M, Dix D, Bajbouj M (2006) Socio-demographic characteristics of the healthcare workforce in England and Wales - results from the 2001 Census. *Health Soc Q* 32: 44–50.

45. Higgins A, Butler P, Begley CM (2005) 'Writing sexualities': a grounded theory of mental health nurses' responses to issues of sexuality. *J Adv Nurs* 52: 307–317. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04590.x

46. Hughes MK (2000) Sexuality and the cancer survivor: a silent consistency. *Cancer Nurs* 23: 477–492.

47. Ibrahim K (2001) Intimacy and sexuality after cancer: a critical review of the literature. *Cancer Nurs* 31: E9–17.

48. Brown S, Waldman H, Nelson R (2010) Surgery for fecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 9. doi:10.1002/14621030.CD001757.pub3

49. Whithead W (2005) Diagnosing and managing fecal incontinence: if you don't ask, they won't tell. *Gastroenterology* 129: 6.

50. Miller J, Spina J, Moore K (2008) Men's experiences following laparoscopic radical prostatectomy: a qualitative descriptive study. *Int J Nurs Stud* 45: 767–774.

51. Stinson J, Sharkey J, Harrison B, Kaczmarek J (2002) Urinary incontinence in Canada: National survey of family physicians' knowledge, attitudes, and practices. *Can Fam Physician* 62: 96–99.

52. Barry C, Bradley C, Reiter N, Stevenson F, Barber N (2000) Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ* 320: 1266–1269.

53. Meier B, Hampel C, Prokes S, Wagg A, Pitts M, Stumm G (2012) A description of health care provision and access to treatment for women with urinary incontinence in Europe - a five-country comparison. *Maturitas* 72: 83–87.

54. May C, Finch T (2009) Implementing, embedding and integrating practice: an outline of normalisation process theory. *Sociology* 43: 535–554.

55. Steink E, Patterson-Matley P (1996) Sexual counseling following acute myocardial infarction. *Clin Nurs Res* 5: 462–472.

56. Currie L, Harvey G (1998) Care pathways development and implementation. *Nurs Stand* 12: 35–38.

57. Kennedy A, Sorely P, Reeves D, Blakeman T, Bowen R, et al. (2013) Implementation of self-management support for long-term conditions in routine primary care settings: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 346: e7852. doi:10.1136/bmj.e7852

58. Sinclair E, Radford R, Grant M, Tenny J (2013) Developing stroke-specific vocational rehabilitation: a self-system analysis of current service provision. *Disabil Rehabil*. doi:10.1186/17452975131259149

59. Linton S, McKeown S, Jones T (2013) Self-management programmes for people post-stroke: a systematic review. *Clin Rehabil*. doi:10.1177/0269215513501107

60. Smith T, Gray EE, Hart I, Potts J, de Souza R, et al. (2013) Patients' views on the impact of stroke on their roles and self: a thematic synthesis of qualitative studies. *Arch Phys Med Rehabil* 94: 1121–1130.

Artigo 3: "The CopenHeartSF trial—comprehensive sexual rehabilitation programme for male patients with implantable cardioverter defibrillator or ischaemic heart disease and impaired sexual function: protocol of a randomised clinical trial"

Open Access

Protocol

BMJ Open The CopenHeartSF trial – comprehensive sexual rehabilitation programme for male patients with implantable cardioverter defibrillator or ischaemic heart disease and impaired sexual function: protocol of a randomised clinical trial

Pernille Palm Johansen,^{1,2} Ann-Dorthe Zwister,^{2,3} Jesper Hastrup-Svendsen,^{2,4} Marianne Frederiksen,¹ Jane Lindschou,⁵ Per Winkel,⁵ Christian Gluud,⁵ Annamaria Giraldi,⁵ Elaine Steinke,⁷ Tiny Jaarsma,⁸ Selina Kikkenborg Berg²

To cite: Johansen PP, Zwister A-D, Hastrup-Svendsen J, et al. The CopenHeartSF trial—comprehensive sexual rehabilitation programme for male patients with implantable cardioverter defibrillator or ischaemic heart disease and impaired sexual function: protocol of a randomised clinical trial. *BMJ Open* 2013;3:e003967. doi:10.1136/bmjopen-2013-003967

► Prepublication history for this paper is available online. To view these files please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003967>).

Received 6 September 2013
Revised 9 October 2013
Accepted 10 October 2013



For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to: Pernille Palm Johansen; pernille.palm.johansen@regionh.dk

ABSTRACT

Introduction: Sexuality is an important part of people's physical and mental health. Patients with heart disease often suffer from sexual dysfunction. Sexual dysfunction has a negative impact on quality of life and well-being in persons with heart disease, and sexual dysfunction is associated with anxiety and depression. Treatment and care possibilities seem to be lacking. Studies indicate that non-pharmacological interventions such as exercise training and psychoeducation possess the potential of reducing sexual dysfunction in patients with heart disease. The CopenHeartSF trial will investigate the effect of a comprehensive sexual rehabilitation programme versus usual care.

Methods and analysis: CopenHeartSF is an investigator-initiated randomised clinical superiority trial with blinded outcome assessment, with 1:1 central randomisation to sexual rehabilitation plus usual care versus usual care alone. Based on sample size calculations, 154 male patients with impaired sexual function due to implantable cardioverter defibrillator or ischaemic heart disease will be included from two university hospitals in Denmark. All patients receive usual care and patients allocated to the experimental intervention group follow a 12-week sexual rehabilitation programme consisting of an individualised exercise programme and psychoeducative consultation with a specially trained nurse. The primary outcome is sexual function measured by the International Index of Erectile Function. The secondary outcome measure is psychosocial adjustment to illness by the Psychosocial Adjustment to Illness Scale, sexual domain. A number of explorative analyses will also be conducted.

Ethics and dissemination: CopenHeartSF is approved by the regional ethics committee (no H-4-2012-168) and the Danish Data Protection Agency (no 2007-58-0015) and is performed in accordance with good clinical practice and the Declaration of Helsinki in its latest form.

Strengths and limitations of this study

- The study has been designed to meet the criteria for high quality in non-pharmacological randomised clinical trial with central randomisation, multicentre participation and blinded assessment and analysis.
- We are aware of the subjective nature of the self-reported primary outcome (International Index of Erectile Function). Accordingly, we will interpret data conservatively.
- This trial is the first to test the effect of a comprehensive approach on sexual dysfunction in patients with ischaemic heart disease or implantable defibrillators.

Registration: Clinicaltrials.gov identifier: NCT01796353.

BACKGROUND

Sexuality is an important part of people's physical and mental health.^{1,2} Patients with cardiovascular disease have an increased prevalence of sexual dysfunction.³⁻⁵ The causes of sexual dysfunction can be related to physical changes due to the disease, mental changes or adverse reactions to drugs and other interventions.^{6,7} Male sexual dysfunction is divided into sexual interest/desire disorders, ejaculation and orgasmic dysfunctions and erectile dysfunction.⁸ The most common disorder is erectile dysfunction, defined as the persistent inability to obtain or maintain an erection which enables satisfying sexual activity.⁹ Erectile dysfunction is associated with age, but can also be triggered by organic as well as psychogenic conditions



and is often related to vascular disease such as diabetes, hypertension and heart disease.¹⁰ Studies including 33 451 males estimate that erectile dysfunction in varying degrees exists in 52% of all men, and that age is the most common variable associated with erectile dysfunction.⁵⁻⁷ The probability of complete erectile dysfunction in cardiovascular patients is 39% compared to 10% in the total population when adjusting for age.^{3,4} Physical activity is positively associated with a lower incidence of erectile dysfunction.⁵ The prevalence of sexual dysfunction in patients with heart disease ranges from 15% up to 89%.^{7,11-17} Patients with ischaemic heart disease and patients with implantable cardioverter defibrillator, which are two large and growing patient populations, are especially affected.^{11,16,18-20} Sexual dysfunction has a negative impact on quality of life and well-being in men with cardiovascular disease and sexual dysfunction is associated with an increase in anxiety and depression.²¹⁻²⁴ The relationship is perceived to be bidirectional, with one element forcing the other.^{25,26}

Standard treatment

Despite the fact that several international guidelines recommend that health professionals address the topic of sexuality in patients with heart disease,^{27,28} this is rarely practiced.^{29,30} The consensus or practice on how or where patients with heart disease and sexual dysfunction should be treated is lacking, however, some guidelines about the prescription of phosphodiesterase-5 (PDE-5) inhibitors exist.⁶ The PDE-5 inhibitors have an overall success rate of 50–80% of those treated among patients with cardiovascular disease.^{6,31,32} PDE-5 inhibitors are generally safe. Linking PDE-5 inhibitors to cardiac events, large randomised trials and a meta-analysis suggest that they are not associated with an increase in myocardial infarction or cardiac events.^{6,32} In patients with heart disease and no effect of PDE-5 inhibitors, or where PDE-5 inhibitors are contraindicated because of treatment with nitrates, there seems to be no consensus on what treatment should be offered for sexual dysfunction.

Non-pharmacological treatment potentials

Non-pharmacological interventions possess potential in reducing sexual dysfunction. Lifestyle factors such as cigarette smoking, hyperlipidaemia and a sedentary lifestyle all predict erectile dysfunction^{4,5} and these are the same risk factors that predict coronary artery disease. A recent meta-analysis of six randomised trials with 740 patients with no known heart disease, showed that lifestyle modifications such as physical exercise and pharmacotherapy for cardiovascular risk factors were associated with a significant improvement in erectile function.³³ Furthermore, a randomised trial investigating the effect of exercise training 3 h/week or more in patients with no heart disease showed a significant result in improving the person's erectile function compared with controls with no exercise training.³⁴ We hypothesise that these lifestyle modifications can also improve sexual dysfunction in patients with already established heart disease. A systematic literature search showed

five randomised clinical trials which examine the effect of physical exercise on sexual dysfunction.³⁵⁻³⁹ Overall, 591 patients with heart disease were included and the effect was significant in three of the five trials.³⁷⁻³⁹ However, the trials are characterised as being of small sample sizes, using non-validated tools and mainly focusing on the time before patients return to sexual activity and not on the ability and quality of the sexual performance. Randomised trials that address the psychological aspects of sexual dysfunction are limited in patients with heart disease. However, one randomised trial testing the effect of sexual therapy showed some promising trends when it comes to improving the frequency and quality of sexual activity in male patients post-cardiac event beyond the usual cardiac rehabilitation.⁴⁰ However, due to the limited power of the sample in this trial, it did not allow the detection of significant effects. The role of pelvic floor exercises as a treatment of erectile dysfunction is not tested on patients with heart disease, but in the general population 40–47% had regained normal erectile function after 3–4 months of training the pelvic floor muscles.^{41,42} As the condition of sexual dysfunction often includes both physical and psychological components, it is plausible to believe that patients with heart disease and sexual dysfunction benefit from a comprehensive rehabilitation intervention^{43,44} consisting of a psychoeducational component and an exercise training component including pelvic floor exercises.

TRIAL OBJECTIVES

The objective of the CopenHeartSF is to investigate benefit and harm on the sexual function of male patients with ischaemic heart disease or patients with implantable cardioverter defibrillator of a comprehensive sexual rehabilitation programme, consisting of a psychoeducative component and a physical exercise component, including pelvic floor exercises. The primary hypothesis is that, a comprehensive sexual rehabilitation programme improves sexual function, as assessed by the International Index of Erectile Function (IIEF) questionnaire^{45,46} in males with sexual dysfunction and ischaemic heart disease or patients with implantable cardioverter by 3.5 points in the experimental group compared with the control group after completion of the programme. The estimated increase in primary outcome is based on a study that examines the effect of a physical intervention in patients with cardiovascular disease taking PDE-5 inhibitors.³⁴ The secondary hypothesis is that sexual function, measured by the sexual domain in the Psychosocial Adjustment to Illness Scale (self-reported version; PAIS-SR) questionnaire⁴⁷ improves by two points in the experimental group compared with the control group after completing the programme. The estimated increase in secondary outcome is based on two studies that examine the prevalence of sexual dysfunction in patients with heart failure.^{48,49}

Exploratory analyses will test the hypotheses that comprehensive sexual rehabilitation will improve: health-related quality of life, anxiety and depression, frequency of sexual

activity, physical capacity measured by peak oxygen uptake (peak VO_2), pelvic floor muscle strength and endurance and female assessment of male partner's erectile dysfunction.

METHODS

CopenHeartSF is an investigator-initiated randomised clinical superiority trial with blinded outcome assessment, with 1:1 central randomisation to a comprehensive sexual rehabilitation programme plus usual care or usual care alone. Based on sample-size calculations, 154 patients will be recruited from two university hospitals in Denmark. The CopenHeartSF trial is a part of the overall CopenHeart project, consisting of several randomised clinical trials (<http://www.CopenHeart.org>), designed to develop evidence-based knowledge of rehabilitation among patients with complex cardiac conditions. Major parts of the CopenHeartSF methods section and trial design in this article are similar to other randomised clinical trials, CopenHeartE,⁵⁰ CopenHeartIFA⁵¹ and CopenHeartVR.⁵²

Study population and eligibility criteria

Male patients above 18 years with sexual dysfunction associated with implantable cardioverter defibrillator or with ischaemic heart disease verified by coronary angiography, who have a partner, speak and understand Danish, and provide a written informed consent, are considered eligible for participation. Exclusion criteria are patients at intermediate or high risk in relation to their cardiovascular status according to recommendations from the Princeton consensus group³²⁻³⁵; those with diseases in the urinary tract; those who perform intense exercise more than 3 h a week; patients with neurological or orthopaedic deficits which prevent training; patients with cognitive deficits which prevents consultations and patients who are included in ongoing research prohibiting additional research participation. A diagram showing the flow of participants through each stage of the randomised trial will be made (figure 1).

Experimental intervention

The experimental intervention is a comprehensive sexual rehabilitation programme. Sexual rehabilitation in this trial is defined as: a time-bound planned process with clear goals and means. Sexual rehabilitation is a process where several actors, including the patient, are working towards regaining improved sexual functioning and coping ability according to their sexual function. The comprehensive sexual rehabilitation programme contains a physical exercise component, including training of the pelvic floor and a psychoeducational component.

The physical components

Physical exercise

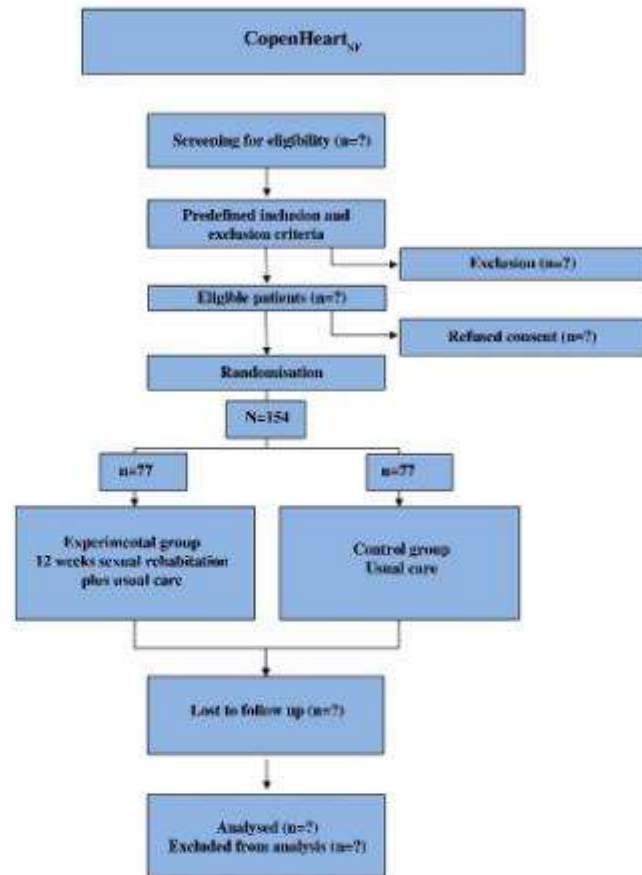
The goal of physical exercise is to achieve an improvement in the patient's physical work capacity, and to eliminate the fear and uncertainty the patient may feel in relation to

sexual activity as a form of physical activity. The physical exercise intervention is based on The European Society of Cardiology recommendations for physical activity for cardiovascular patients.⁵³ The European Society of Cardiology recommends that all adults promote and maintain their fitness, muscle strength, flexibility and bone health several hours a week. Training must be of high intensity and of 30 min duration.⁵⁴ Furthermore, the intervention is supported by European recommendations for physical training in cardiac patients⁵⁵ and has been tested in two large rehabilitation trials, COPE-ICD and DANREHAB.^{56,57} A professional physiotherapist with specific knowledge of cardiac rehabilitation initiates the physical exercise programme. Together with the patient, the physiotherapist plans and prepares a physical exercise protocol, taking into account the patient's clinical condition and physical abilities. Sixty minutes is allocated for the initial consultation and preparation of individual training protocol, including pelvic floor exercise instructions.

Physical exercise is initiated at a physiotherapist-supervised setting at the Heart Centre, Rigshospitalet. Using wireless electrodes integrated into t-shirts (Corus-Fit, CardioCardio and Corus Exercise Assistant, V.2.0.16, Finland) potential cardiac arrhythmias, ECG abnormalities such as ST segment changes, T wave alterations, atrial or ventricular arrhythmias and training intensity levels are monitored. The training is initiated with two to three mandatory exercise sessions at Rigshospitalet. Subsequently, the patients can choose to continue the intensive physical exercise regimen either at Rigshospitalet, or at a local CopenHeart-certified facility, supervised by physiotherapists, or as supervised home-based training. Supervised home-based physical training has previously shown similar results to hospital-based training.⁵⁸ This finding has been confirmed in a Danish setting.⁵⁹

One session is structured with 10 min warm-up bicycling, 20 min bicycling with increased intensity (cardiovascular training), 20 min strength exercises and 10 min stretching and cool-down period. The warm-up session is performed at the intensity of 11-12 on the Borg scale.⁶⁰ The 20 min cardiovascular training is performed as interval training. Each session is divided into three sections. Each section contains an intensity of 13-17 on the Borg scale and time limit (2-15 min) varying between each section; the second section with longest and highest intensity. A cool-down period of 5 min is included after 20 min of cardiovascular training. The strength and strength-related exercises primarily target lower body muscles, and comprise the following four exercises: (1) heel rise performed by repetitions of maximal flexion from standing position; (2) step-up by using a step bench of 27 cm; (3) leg press standardised, starting with 90° flexion, hyperextension not accepted; (4) 90° pull-down performed in a cable machine to target abdominal muscles. For step-ups and heel-rises, weight load is calculated as a percentage of body weight (5-20%) and increased throughout the 12 weeks. Load for leg press is estimated from repetition maximum (RM) testing and increases from 60% to 70% of 1 RM during 12 weeks of

Figure 1 Flow chart.



training. All exercises are initiated by 2×12 repetitions and increased through the programme according to standard guidelines for strength training.⁶¹

To achieve cardiovascular adjustment the training begins with a warming-up period and ends with a cool-down period. This cardiovascular adjustment has been shown to reduce the risk of ischaemia and arrhythmia in connection to physical exercise.^{41–42} Participants must mainly exercise in an upright position to decrease left ventricular filling pressure and risk of ischaemia or heart-failure-triggered ventricular arrhythmias.⁶²

Pelvic floor exercise

The bulbocavernosus muscle and the ischiocavernosus muscle, two superficial pelvic floor muscles, are active during erection and enhance rigidity. The bulbocavernosus muscle encircles 33–50% of the base of the penis.⁴¹ The pelvic floor training regimen is inspired by Dorey *et al.*⁶³ who have developed a training regimen for male

patients for use in randomised clinical trials. The regimen is developed and tested in a different patient population, and we have therefore modified it to fit cardiovascular patients. Patients are instructed in pelvic floor exercises by a skilled physiotherapist. Patients are instructed to perform their pelvic floor exercises twice daily. Studies showed that a few strong or maximum contractions are more effective when it comes to gaining muscle hypertrophy than several less strong contractions.⁶³ Patients are instructed to tighten their pelvic floor muscles as strongly as possible (as if to prevent flatus from escaping) three times when lying, three times when sitting and three times when standing. The duration of the contraction is up to 10 s each, and patients are informed to have a 10 s break between each contraction. The physiotherapist instructs the patients on how to contract the bulbocavernosus and ischiocavernosus muscles. In order to ensure that the right muscles are involved, attention is placed on the

ability to lift the scrotum and retract the penis. To obtain some degree of pelvic floor muscle endurance, the patients are encouraged to tighten the pelvic floor muscles when walking.

To encourage adherence and monitor compliance pulse watches (Polar watch) with extended memory and exercise training logs are handed out. A training log contains information about physical exercise as well as pelvic floor exercise. At the end of the intervention the training log and the pulse watch are returned and compliance and intensity level are coded independently.

The psychoeducational components

The goal of the psychoeducative intervention is that the patient learns to interpret and react to relevant physical and psychological symptoms, learns to cope with anxiety and fear, including strategies to manage depressive symptoms and the ability to be sexually active without fear.

A specially trained nurse is responsible for the psychoeducative intervention. The intervention takes a theoretical basis of the patient-centred approach where the emphasis is on support and education. The conversations are based on a holistic view of the patient and focus on the handling of life and managing sexual dysfunction. The intervention is targeted at the modifiable parameters that are reported to affect sexual dysfunction. The psychoeducative intervention is inspired by RR Parse's⁶⁵ 'Human Becoming Practice Methodologies' three dimensions which can be described as (1) discuss and give meaning to the past, present and future; (2) explore and discuss events and opportunities and (3) pursue imagined possibilities. According to this theory, there are three ways to alter its perceived health: creative ideas, see, hear and feel how a situation could be if it was lived in a different way; recognising personal patterns and value priorities and shed light on the paradoxes by looking at incongruence in a situation and change the view of reality. The nurse is 'truly present' in the process through discussion, quiet contemplation and reflection. The psychoeducative intervention plus physical exercise was tested in the COPE-ICD trial, with positive effects on psychological well-being (mental health) and the general health subscale of the Short Form-36.³⁶ The nurse is trained in the psychoeducative conversation through teaching and supervision of nurses who have experience with the 'Human Becoming Practice Methodology' from the COPE-ICD trial. It is based on the theoretical literature that forms the basis for understanding the processes of practice methodology and existing specialty specific knowledge about heart disease, related symptoms and sexology. The supervisor observes and provides feedback in relation to the methods and goals of the conversation. The emphasis is on openness in the interviews and on the nurse's ability to: be silently present while the patient talks, ask questions that encourage reflection, let the patient find answers and solutions and contribute with knowledge, provide advice

and guidance when requested and relevant. The training of the nurse takes place prior to the intervention. In practice the intervention will be handled by one nurse with several years of experience working with cardiac patients and trained in sexology. The sexology experience is gained in a 2-week intensive course on basic and clinical sexology including training in sexual therapy. Supervision from a sexologist is available during the intervention. The nurse will conduct consultations with patients individually, and patients are informed that they are welcome to bring spouses/relatives. The consultation will take place in a quiet room in an outpatient setting and last for 45 min. An inspirational guide will form the basis for the consultations. The guide consists of several elements and issues (medical, psychosocial, educational and sexual) that work as inspiration (see box 1).

Usual care

Participants in the experimental group and in the control group will receive the usual care according to current guidelines. Usual care is, for patients for whom it is not contraindicated, treatment with PDE-5 inhibitors. Patients who are candidates for PDE-5 inhibitors are encouraged to contact their general practitioner in order to establish the treatment. Use of PDE-5 inhibitors will be monitored in both intervention groups. To assess outcome measures, patients in the control group will be asked to complete questionnaires on equal terms with participants in the experimental group. In addition, they will be tested in the form of cardiopulmonary testing (peak VO_2) and pelvic floor muscle strength and endurance at baseline and at the end of the trial.

Outcomes and data collection

In order to evaluate the effect of the comprehensive sexual rehabilitation programme numerous data will be collected.

Primary outcome

Sexual function will be measured by the IIEF questionnaire after 16 weeks and 6 months. IIEF was developed in conjunction with the clinical trial programme for sildenafil, and has since been adopted as the 'gold standard' measure for efficacy assessment in clinical trials of

Box 1 Inspiration guide for psychoeducational consultations

A brief medical history
Actual thoughts and questions regarding their heart disease and sexual function
Sexual dysfunction
Safety issues
Angina or ICD shock
How the sexual problems affect daily life
Provide the patient with recommendations
Relationship

erectile dysfunction. It has been linguistically validated in 32 languages including Danish and used as a primary outcome in more than 50 clinical trials.^{34–45} It consists of 15 items including five domains of sexual function: erectile function, orgasmic function, sexual desire, intercourse satisfaction and overall satisfaction. The IIEF meets psychometric criteria for test reliability and validity, and has a high degree of sensitivity and specificity.⁴⁶ The IIEF is self-assessed, which in sexological research is widely used and well acclaimed.

Secondary outcome

Sexual function is measured by the PAIS-SR sexual relationship domain.⁴⁷ The overall PAIS-SR measure psychosocial adjustment to illness in terms of seven primary domains of adjustment: Health Care Orientation, Vocational Environment, Domestic Environment, Sexual Relationships, Extended Family Relationships, Social Environment and Psychological Distress. Each PAIS/PAIS-SR item is rated on a 4-point (0 through 3) scale of adjustment, with higher ratings indicating poorer adjustment status. The sexual relationship domain evaluates shifts in the quality of sexual relations due to the current illness or treatment. It consists of six items and the total score ranges from 0 to 18. Low scores indicate good adjustment, and high scores indicate poor adjustment.

Exploratory outcomes

A more extensive evaluation of physical, psychological and demographic status over time will be performed. Physical examination will include pelvic floor strength and endurance assessed according to the Modified Oxford grading scheme which is a manual digital examination of the pelvic floor. It is tested and validated and used in several trials.^{65–66} Furthermore, physical capacity will be measured by peak VO_2 using cardiopulmonary exercise testing (ErgoSpiro CS-200, Schiller, Switzerland) with measurement of oxygen uptake (VO_2), heart rate (HR, bpm), ventilation rate (l/min), ventilation frequency (number/min), respiratory expiration ratio (CO_2/O_2 in %), blood pressure, physical activity level (METs) and gas exchange (VO_2 and VCO_2) during progressive loading and in the following recovery period. The test is conducted before the training programme initiates. Intensity performed as a ramp protocol (load gradually increases) with the initial work load of 25 W and increased by 12.5 W every minute until exhaustion, usually but not always, is where the patient's oxygen uptake reaches a steady state despite additional load. The test follows current standards for cardiopulmonary exercise testing.⁶⁷ The full test procedure is described by Rasmussen *et al.*²⁰ Additionally a series of questionnaires, regarding health-related quality of life, anxiety and depression and sexual dysfunction are administered (see table 1).

Table 1 CopenHeartSF—exploratory quantities subjected to post-hoc analysis

Quantity	Time of measure	Type of quantity
Demographic		
Age, height, weight	Baseline	Continuous
Marital, educational, occupational status	Baseline	Categorical
Smoking	Baseline	Binary (Y/N)
Clinical		
Nutritional status (BMI)	Baseline	Continuous
NYHA classification	Baseline	Continuous
Type of heart disease	Baseline	Categorical
Type of sexual dysfunction	Baseline	Categorical
Diabetes mellitus	Baseline	Binary (Y/N)
Level of physical activity	Baseline	Categorical
Level of rehabilitation offered	Baseline	Categorical
PDE-5 inhibitor intake, Level of activity within the last 4 weeks, level of sexual activity	Baseline, W12, W16, M6	Categorical
Para clinical		
Cholesterol level	Baseline	Continuous
Functional capacity		
Peak VO_2	Baseline, W12	Continuous
Pelvic floor strength and endurance	Baseline, W12	Continuous
Serious adverse events	W12, W16, M6	Continuous
Questionnaires		
SF-36 ⁶⁸ HADS ⁶⁹ EQ-5D-5L ⁷⁰ FAME ⁷¹ Sex after ICD questionnaire ¹⁶	Baseline, W16, M6	Continuous

BMI, body mass index; EQ-5D-5L, EuroQol; FAME, Female Assessment of Male Erectile Function; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; NYHA, New York Heart Association; PDE-5, phosphodiesterase-5; SF-36, Short Form-36; Y/N, yes/no.

Blinding

It is not possible to blind the allocated intervention group for the staff and the participants.⁷² All physical testing, data collection and administration will be conducted by blinded staff, however. Statistical analyses and drawing of conclusions from these will also be conducted blinded to the intervention group.

Sample size and power calculations

We are planning a trial of the continuous response variable IIEF^{35–40} from independent control and experimental participants with one control per experimental participant. In a previous trial the IIEF within each participant group was normally distributed with a SD of 6 points.³⁴ If the true difference in the experimental and control means is 3.5 points, we will need to include 77 experimental participants and 77 control participants (total 154 participants) to obtain a power of 95%

($\beta=5\%$) and a type 1 error probability of 5%. Using this sample size, an SD of 4 points and an alternative hypothesis of a mean difference of 2 points for the secondary outcome and a type 1 error probability of 5% the corresponding power for the secondary outcome is found to be 87%.

Study procedure and randomisation

To achieve our estimated sample size of 154 participants, patients will be identified from the hospital databases. Patients will be selected consecutively. Patients with an implantable cardioverter defibrillator are required to have the device implanted more than 1 year prior to inclusion and patients with ischaemic heart disease 1 year from event and backward. The 1 year limit has been set so that patients are past their rehabilitation if any is provided. Patients will receive the IIEF questionnaire⁴⁵ by mail including a stamped return envelope. Patients with a score ≤ 25 , the accepted cut-off score⁴⁶ on the initial screening, are invited to attend a preliminary interview with the offer to participate in a randomised clinical trial targeting sexual problems. The participant information is sent to the patient along with the invitation. This gives the patient an opportunity to read the material in advance and to prepare possible questions. At the initial interview/meeting it is determined whether the patient meets the criteria for participating in the trial. If patients are suited and want to participate they will be randomised to a comprehensive sexual rehabilitation programme plus usual care versus usual care alone. Stratification will be according to patient group (patients with ischaemic heart disease or implantable cardioverter defibrillator) and age (≤ 58 or ≥ 60 years) and randomised 1:1 to the experimental group or the control group. Randomisation will be performed centrally by the trial coordination centre, Copenhagen Trial Unit, according to a computer-generated allocation sequence with a variable block size concealed from the investigators. Allocation to the intervention groups is carried out when the investigator calls the Copenhagen Trial Unit. Relevant information (personal identification number, strata, etc) is typed into a computer system, and then the participant will be allocated to an intervention group and awarded a four-digit randomisation number. The investigator then informs the patient of the result and on how to proceed by letter. Thus, neither investigators nor patients or relatives can influence to which group the patients are allocated. For both groups, follow-up assessment will take place after 12 weeks (only physical evaluation), 16 weeks and 6 months. Questionnaires will be completed electronically in the questionnaire system Enalyzer with 'single user', which meets the data legislation for logging. At inclusion, the trial participant will receive an email with a link to a website through which questionnaires can be completed. The email contains a login and password for the trial participant's personal access. The participant has the opportunity to go through the website <http://www.copenheart.org> and enter with the login and password. If patients do not complete the

questionnaire electronically, the material can be sent in paper form and an independent trial personnel then enters the responses into the database. Thus data management is handled independently from the researchers who interpret the data. All data are stored electronically in a coded database, and in an independent spread sheet, only accessible for the CopenHeart group. The recruitment process will continue until the number of 154 has been reached.

Statistical analysis

Analysis of primary and secondary outcomes

The analysis will be performed according to the intention-to-treat analysis with two-sided significance tests at the 0.05 level. Both outcomes (and outcomes subjected to exploratory analyses) will be analysed using the same procedure. First, we will test if there is an immediate effect of the intervention on the outcome and/or a difference in the response to the intervention between the two patient groups (patients with ischaemic heart disease and patients with implantable cardioverter defibrillator) using model 1 below. Then the follow-up data will be included in the analysis and the long-term effect will be studied using model 2.

Models and analytical techniques

Model 1 The equation (equation 1) showing the dependent variable Y (the outcome) as a function of covariates used in the analysis of the immediate effect of the intervention on the primary outcome is

$$Y = \text{intercept} + aY_{\text{baseline}} + bI + cG + dI:G \quad (1)$$

Y_{baseline} is the baseline value of the outcome, I the indicator of intervention, G the indicator of patient group, and a through d are coefficients to be estimated. The term dI:G stands for interaction between the two covariates I and G. If the term bI is significant (the coefficient b differs significantly from 0) there is an effect of the intervention common for the two patient groups (ischaemic patients and patients with implantable cardioverter defibrillator). If the term dI:G is significant there is an additional effect of the intervention in one of the two patient groups; thus a subgroup analysis is warranted. In the analysis of the data the univariate general linear model is used. The analysis of the primary outcome is the primary analysis. The subgroup analysis and the analysis of the secondary and of other outcomes should be considered exploratory.

Model 2 In the analysis of follow-up data the time T (Y is measured 16 weeks and 6 months following randomisation) is included and the mixed model for repeated measures is used. The equation (equation 2) for the fixed effect in this model showing Y as a function of the covariates is

$$Y = \text{intercept} + aY_{\text{baseline}} + bG + cI + dI:G + eT + fI:T + gI:T:G \quad (2)$$



where a through g are coefficients to be estimated. If the term eT is significant there is a linear trend over time common for both patient groups. If $fl:T$ is significant, this trend is supplemented by an additional trend caused by the intervention and therefore specific for the intervention group. If in addition $gl:T:G$ is significant this added trend differs between the two patient groups (patients with ischaemic heart disease and patients with implantable cardioverter defibrillator). In the mixed model analysis an unstructured covariance matrix will be assumed. If convergence is not attained simpler covariance structure models will be assessed guided by Akaike's criterion or the maximum likelihood test as appropriate.

Missing values

If the number of missing cases for a given outcome (number of patients with one or more model variables missing) is larger than 5% or p of Little's test is $<5\%$ multiple imputations of the model variables (outcome plus covariates) is performed using SPSS V.17. The range of potential bias in case the missing values should not be random is assessed by doing two imputations (1) imputing missing outcome value in one group by minimum value found in the material and missing outcome value in the other group by maximum value found in material and (2) vice versa. Then in each case an unadjusted analysis is performed to estimate the parameter of interest.

ETHICS AND DISSEMINATION

The trial complies with the latest Declaration of Helsinki and is registered at ClinicalTrials.gov (NCT01796353). Patients are informed about the trial in writing as well as verbally and only included if a written informed consent is obtained. Patients are assessed in accordance to whether it is safe for them to perform sexual activity. This is carried out according to recommendations from the Princeton consensus group.⁵²⁻⁵⁵ If patients are suited and want to participate they will be enrolled in the trial. Trial participants are free to withdraw their informed consent at any time and be treated according to the departments' standard treatment procedures. A patient will be withdrawn from the trial if the trial participant withdraws his consent and will, in connection therewith, be informed that termination of the trial will have no implications for his future treatment. Patients who leave the trial will be politely asked for permission to continue to collect data and to use already collected data. If the patient gives permission, he will be included in the final analysis. Only if the patient refuses use of already collected data, will all data relating to him be destroyed. All patient data will be handled and stored in accordance with Danish Data Protection Agency rules and patients are ensured anonymity. The trial will be conducted according to the Act No. 593 of 14 June 2011 on Act on Research Ethics Review of Health Research Projects. The investigator will

immediately notify the regional ethics committee if, within the interventions period, there occur serious adverse events, serious adverse reactions or suspected unexpected serious adverse reactions. The report will be accompanied by comments on possible implications for the trial, and notification will be made within 7 days after the investigator has knowledge of the event. The trial has no data monitoring committee however an internal monitor will perform random checks to see if the trial staff work according to the protocol. No risks are anticipated to occur during the sexual rehabilitation programme. As far as we know, there is no previous risk associated with nursing consultations. If the nurse, during the consultation, identifies a need for further consultations with professionals, she will encourage the participant to seek help from the general practitioner, psychologist or in their usual outpatient setting. Risks associated with exercise training and testing are sudden cardiac death associated with ventricular arrhythmias, acute myocardial infarction, and in patients with chronic heart failure, pulmonary oedema and deterioration in left ventricular function.⁷³ The list is only found in one study from 1988⁷⁴ and has not subsequently been demonstrated in larger studies.⁷⁵⁻⁷⁶ In a recent French study of more than 25 000 patients with ischaemic heart disease, one-third with chronic heart failure found the risk of cardiac complications at 1:8500 exercise testing and 1:50 000 patient exercise hours.⁷⁷ Increasing exercise intensity and age are risk indicators. Therefore, the training intensity will be conducted as moderate high intensity (less than 80% of VO_2 max). To achieve cardiovascular adjustment exercise training as well as testing begins with a warming-up period and ends with a cool-down period, with a gradual downward adjustment of exercise intensity and HR, rather than an abrupt end. This cardiovascular adjustment has been shown to reduce the risk of ischaemia and arrhythmia in connection with physical exercise.⁴⁴⁻⁶² Participants must mainly exercise in an upright position to decrease left ventricular filling pressure and risk of ischaemia or heart failure triggered ventricular arrhythmias. When these precautions are respected, exercise training as well as exercise testing are considered to possess a low risk for the participants. There is, as far as we know, no previously known risk associated with pelvic floor exercise. Testing or examination of the pelvic floor may be associated with discomfort for the participants but is not considered to be associated with any risk. Staff members will be trained according to guidelines to handle any emergencies.

Dissemination plan

Positive, neutral and negative results of the trial will be submitted to international peer reviewed journals of nursing, cardiology or sexology. Furthermore, results will be presented at national and international conferences relevant to subject fields. Authorship will be allocated using the guidelines for authorship defined by the International Committee of Medical Journal Editors and depends on the personal involvement. All the articles,

abstracts as well as the results will be posted on the website <http://www.copenheart.org>. The website will be continuously updated and will be highlighted through the scientific articles. CopenHeart staff will have access to data. Ethic committees and competent authorities will be able to obtain direct access to data and documentation.

DISCUSSION

This randomised clinical trial testing the effect of a comprehensive sexual rehabilitation intervention on a population of patients with implantable cardioverter defibrillator or patients with ischaemic heart disease seems to be the first one in its field. The trial is expected to contribute with results that can improve patients' problems related to heart disease and sexual function. Additionally, it is believed that the trial can provide a systematic approach that may 1 day inform national consensus on how to treat sexual dysfunction in heart patients. Furthermore, the results of the trial are expected to contribute to the international debate on sexual rehabilitation of patients with heart disease.

The trial is designed with central stratified randomisation which secures against selection bias.^{78, 79} The primary outcome is assessed blinded to intervention and so are all statistical analysis, which should reduce detection and interpretation bias.^{78, 79}

Trajectory

Inclusion was initiated on February 2013 and is expected to continue until June 2014.

Author affiliations

¹Department of Cardiology, Copenhagen University Hospital, Bispebjerg Hospital, Copenhagen, Denmark

²The Heart Centre, Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

³National Institute of Public Health, University of Southern Denmark, Denmark

⁴Faculty of Health Science, Institute of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

⁵The Copenhagen Trial Unit, Centre for Clinical Intervention Research, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark

⁶Sexological Clinic, Psychiatric Center Copenhagen, Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark

⁷Wichita State University, Wichita, Kansas, USA

⁸Department of Social and Welfare Studies, Linköping University, Linköping, Sweden

Acknowledgements The test and rehabilitation team responsible for the trial is Karina Jensen, Lars Tang, Helena Tjalk Sørensen, Signe Gils and Katrine Tingholm Erhardtson.

Contributors PW specifically designed the statistical analysis plan. PPJ, SKB and A-OZ drafted the manuscript. All authors designed the study and developed the protocol, revised the manuscript critically and have given their final approval of the version to be published.

Funding The CopenHeartSF trial has received funding from: The Danish Heart Foundation (no. 13-04-R95-A4689-22744); The Health Foundation (no. 20138208); Danish Council for Strategic Research (no. 10-092790) and The Danish Nursing Council.

Competing interests None.

Ethics approval Trial protocol has been approved by the Regional Ethics Committee (no H-4-2012-168) and the Danish Data Protection Agency (no 2007-58-0015).

Provenance and peer review Not commissioned; peer reviewed for ethical and funding approval prior to submission.

Open Access This is an Open Access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 3.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>

REFERENCES

- Hoekstra T, Jaarsma T, Sanderman R, et al. Perceived sexual difficulties and associated factors in patients with heart failure. *Am Heart J* 2012;163:246-51.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
- Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151:54-61.
- Feldman HA, Johannes CB, Derby CA, et al. Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts male aging study. *Prev Med* 2000;30:329-38.
- Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, et al. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. *Ann Intern Med* 2003;139:161-8.
- Levine GN, Steinko EE, Bakken FG, et al. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2012;125:1058-72.
- Steinko EE. Sexual dysfunction in women with cardiovascular disease: what do we know? *J Cardiovasc Nurs* 2010;25:151-8.
- Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, et al. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *J Sex Med* 2010;7(4 Pt 2):1599-607.
- (No authors listed). NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA* 1993;270:83-90.
- Rastogi S, Rodriguez JJ, Kapur V, et al. Why do patients with heart failure suffer from erectile dysfunction? A critical review and suggestions on how to approach this problem. *Int J Impot Res* 2005;17(Suppl 1):S25-36.
- Berg SK, Ekeham-Jensen L, Zwieler AD, et al. Sexual concerns and practices after ICD implantation: findings of the COPE-ICD rehabilitation trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2013;12:468-74.
- Bortolotti A, Parazzini F, Colli E, et al. The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors. *Int J Androl* 1997;20:323-34.
- Herbert K, Lopez B, Castellano J, et al. The prevalence of erectile dysfunction in heart failure patients by race and ethnicity. *Int J Impot Res* 2008;20:507-11.
- Kloner RA, Mullin SH, Shook T, et al. Erectile dysfunction in the cardiac patient: how common and should we treat? *J Urol* 2003;170 (2 Pt 2):S46-50; discussion S50.
- Montorsi F, Briganti A, Salonia A, et al. Erectile dysfunction prevalence, time of onset and association with risk factors in 300 consecutive patients with acute chest pain and angiographically documented coronary artery disease. *Eur Urol* 2003;44:360-4; discussion 364-5.
- Steinko EE. Sexual concerns of patients and partners after an implantable cardioverter defibrillator. *Dimens Crit Care Nurs* 2003;22:89-98.
- Dabrowski R, Smolis-Bak E, Kowalik I, et al. Quality of life and depression in patients with different patterns of atrial fibrillation. *Kardiol Pol* 2010;68:1133-9.
- Drony Y, Kravetz S, Weingarten M. Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2000;85:1283-7.
- Fooulan SK, Rajabi M. Erectile dysfunction in men with angiographically documented coronary artery disease. *Urol J* 2007;4:28-32.
- Justo D, Arbel Y, Mulat B, et al. Sexual activity and erectile dysfunction in elderly men with angiographically documented coronary artery disease. *Int J Impot Res* 2010;22:40-4.
- Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:144-8.

22. Friedman S. Cardiac disease, anxiety, and sexual functioning. *Am J Cardiol* 2000;86:46F–50F.
23. Kriston L, Gunzler C, Agyemang A, et al. Effect of sexual function on health-related quality of life mediated by depressive symptoms in cardiac rehabilitation, findings of the SPARK project in 493 patients. *J Sex Med* 2010;7:2044–55.
24. Mulai B, Arbel Y, Mashav N, et al. Depressive symptoms and erectile dysfunction in men with coronary artery disease. *Urology* 2010;75:104–7.
25. Makhlouf A, Kparker A, Niederberger CS. Depression and erectile dysfunction. *Urol Clin North Am* 2007;34:565–74, vii.
26. Roose SP. Depression: links with ischemic heart disease and erectile dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2003;64(Suppl 10):26–30.
27. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart J* 2008;29:2388–442.
28. Heart Failure Society of America. HFSA 2008 Comprehensive Heart Failure Practice Guidelines. *J Card Fail* 2006;12:e1–2.
29. Bedell SE, Duperval M, Goldberg R. Cardiologists' discussions about sexuality with patients with chronic coronary artery disease. *Am Heart J* 2002;144:239–42.
30. Jaarsma T, Stromberg A, Fridlund B, et al. Sexual counselling of cardiac patients: nurses' perception of practice, responsibility and confidence. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2010;9:24–9.
31. Jackson G, Boun N, Eardley I, et al. Erectile dysfunction and coronary artery disease prediction: evidence-based guidance and consensus. *Int J Clin Pract* 2010;64:848–57.
32. Jackson G, Rosen RC, Kloner RA, et al. The second Princeton consensus on sexual dysfunction and cardiac risk: new guidelines for sexual medicine. *J Sex Med* 2006;3:28–36, discussion 36.
33. Gupta BP, Mured MH, Clifton MM, et al. The effect of lifestyle modification and cardiovascular risk factor reduction on erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2011;171:1797–803.
34. Maio G, Sorenb S, Marchioni A. Physical activity and PDE5 inhibitors in the treatment of erectile dysfunction: results of a randomized controlled study. *J Sex Med* 2010;7:2201–8.
35. Roviaro R, Holmes D, Holmsten R. Influence of a cardiac rehabilitation program on the cardiovascular, psychological, and social functioning of cardiac patients. *J Behav Med* 1984;7:61.
36. Fretlicher ES, Kee LL, Newton KM, et al. Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. *Heart Lung* 1994;23:423–35.
37. Bolandini R, Lacalaprice F, Faccondia E, et al. Effects of short-term moderate exercise training on sexual function in male patients with chronic stable heart failure. *Int J Cardiol* 2005;101:83–90.
38. Bertie J, King A, Reed N, et al. Benefits and weaknesses of a cardiac rehabilitation programme. *J R Coll Physicians Lond* 1992;28:147–51.
39. Lidell E, Fridlund B. Long-term effects of a comprehensive rehabilitation programme after myocardial infarction. *Scand J Caring Sci* 1996;10:67–74.
40. Klein R, Bar-on E, Klein J, et al. The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14:672–8.
41. Dorey G, Speakman MJ, Feneley RC, et al. Pelvic floor exercises for erectile dysfunction. *BJU Int* 2005;96:595–7.
42. Van Kampen M, De Weerd W, Cloes H, et al. Treatment of erectile dysfunction by perineal exercise, electromyographic biofeedback, and electrical stimulation. *Phys Ther* 2003;83:536–43.
43. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology, the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism, and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2007;27:121–9.
44. Fichet A, Doherty PJ, Bundy C, et al. Comprehensive cardiac rehabilitation programme for implantable cardioverter-defibrillator patients: a randomised controlled trial. *Heart* 2003;89:155–60.
45. Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49:822–30.
46. Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N III. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *Int J Impot Res* 2002;14:225–44.
47. Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res* 1986;30:77–81.
48. Westlake C, Dracup K, Walden JA, et al. Sexuality of patients with advanced heart failure and their spouses or partners. *J Heart Lung Transplant* 1999;18:1133–8.
49. Jaarsma T. Sexual problems in heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2002;1:61–7.
50. Rasmussen TB, Zwisler AD, Sibiltz KL, et al. A randomised clinical trial of comprehensive cardiac rehabilitation versus usual care for patients treated for infective endocarditis—the CopenHeartIE trial protocol. *BMJ Open* 2012;2:10.
51. Risom SS, Zwisler AD, Rasmussen TB, et al. The effect of integrated cardiac rehabilitation versus treatment as usual for atrial fibrillation patients treated with ablation: the randomised CopenHeartRFA trial protocol. *BMJ Open* 2013;3:10.
52. Sibiltz KL, Berg SK, Hansen TB, et al. Effect of comprehensive cardiac rehabilitation after heart valve surgery (CopenHeartVR): study protocol for a randomised clinical trial. *Trials* 2013;14:104.
53. Nehra A, Jackson G, Meier M, et al. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc* 2012;87:766–78.
54. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the 6th joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Int J Behav Med* 2012;19:403–88.
55. Piepoli MF, Corra U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17:1–17.
56. Berg SK. Comprehensive rehabilitation for patients with ICD [PhD dissertation]. [Aarhus] Faculty of Health Sciences. Aarhus University, 2011.
57. Zwisler AD, Soja AM, Rasmussen S, et al. Hospital-based comprehensive cardiac rehabilitation versus usual care among patients with congestive heart failure, ischemic heart disease, or high risk of ischemic heart disease: 12-month results of a randomized clinical trial. *Am Heart J* 2008;155:1106–13.
58. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, et al. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD004617.
59. Oerikid B, Frederiksen M, Hansen JF, et al. Home-based cardiac rehabilitation is as effective as centre-based cardiac rehabilitation among elderly with coronary heart disease: results from a randomised clinical trial. *Age Ageing* 2011;40:78–85.
60. Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc* 1982;14:377–81.
61. Williams MA, Haskell WL, Ades PA, et al. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation* 2007;115:572–84.
62. Lampman RM, Knight BP. Prescribing exercise training for patients with defibrillators. *Am J Phys Med Rehabil* 2000;29:292–7.
63. Dorey G, Glaszener C, Buckley B, et al. Developing a pelvic floor muscle training regimen for use in a trial intervention. *Physiotherapy* 2009;95:199–209.
64. Parse RR. *The human becoming school of thought: a perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
65. Tbaek S, Klarskov P, Lund Hansen B, et al. Pelvic floor muscle training before transurethral resection of the prostate: a randomized, controlled, blinded study. *Scand J Urol Nephrol* 2007;41:329–34.
66. Schüssler B. *Pelvic floor re-education: principles and practice*. London: Springer, 1994.
67. Mezzani A, Agostoni P, Cohen-Solal A, et al. Standards for the use of cardiopulmonary exercise testing for the functional evaluation of cardiac patients: a report from the Exercise Physiology Section of the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006;16:249–67.
68. Ware JE, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey, Manual and interpretation guide* 2005. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.
69. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70.

70. Drummond MF. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 2005.
71. Rubio-Aurioles E, Sand M, Terzin-Piccotti N, et al. Female Assessment of Male Erectile dysfunction detection scale (FAME): development and validation. *J Sex Med* 2009;6:2255–70.
72. Boutron I, Moher D, Altman DG, et al. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Ann Intern Med* 2008;148:295–309.
73. Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA, et al. Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2001;104:1694–740.
74. Jugdutt BI, Michorowski BL, Kappagoda CT. Exercise training after anterior Q wave myocardial infarction: importance of regional left ventricular function and topography. *J Am Coll Cardiol* 1988;12:362–72.
75. Giannuzzi P, Tavazzi L, Temporelli PL, et al. Long-term physical training and left ventricular remodeling after anterior myocardial infarction: results of the Exercise in Anterior Myocardial Infarction (EAMI) trial. EAMI Study Group. *J Am Coll Cardiol* 1993;22:1821–9.
76. Otsuka Y, Takaki H, Okano Y, et al. Exercise training without ventricular remodeling in patients with moderate to severe left ventricular dysfunction early after acute myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2003;87:237–44.
77. Pavy B, Ilou MC, Meurin P, et al. Safety of exercise training for cardiac patients: results of the French registry of complications during cardiac rehabilitation. *Arch Intern Med* 2006;166:2329–34.
78. Savovic J, Jones HE, Altman DG, et al. Influence of reported study design characteristics on intervention effect estimates from randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2012;157:429–38.
79. Wood L, Egger M, Gilvud LL, et al. Empirical evidence of bias in treatment effect estimates in controlled trials with different interventions and outcomes: meta-epidemiological study. *BMJ* 2006;336:601–5.

ANEXO X: Análise dos artigos selecionados: resultados significativos

Tabela 1 - Ficha de leitura e resultados significativos do artigo: "*I'm not just a heart, I'm a whole person here: a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction*"

Publicação	<p>Título: " I'm not just a heart, I'm a whole person here: a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction"</p> <p>Autores: Abramsohn <i>et al</i></p> <p>Tipo: Artigo</p> <p>Ano: 2013</p> <p>Jornal: Journal of the American Heart Association (2)</p> <p>Páginas: 1 - 11</p>
Tema	<p>A vivência da sexualidade e funcionalidade sexual da mulher adulta após enfarte agudo do miocárdio, e necessidades de intervenção na melhoria da vida sexual da mulher.</p>
Objetivos	<p>Identificar as necessidades de conhecimento e recuperação da função sexual da mulher após enfarte agudo do miocárdio</p>
Resumo	<p>Pouco é conhecido acerca da reabilitação da função sexual feminina após enfarte agudo do miocárdio.</p> <p>Assim, é crucial identificar a intervenção mais adequada e ajustada às necessidades percebidas pelas mulheres, atendendo a aspetos como: iniciativa para a discussão do tema, o contexto, o momento e o conteúdo da mesma.</p>
Palavras Chave	<p>Aging;</p> <p>Myocardial infarction;</p> <p>Outcomes;</p> <p>Sex;</p> <p>Women;</p> <p>Sexual function.</p>
Desenho do Estudo /	<p>Artigo de investigação</p>

Material e métodos	"Methods and results - semistructured, qualitative telephone interviews were conducted with 17 partnered women (aged 43 to 75 years) purposively selected from the Translational Research Investigation Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients' Health Status Registry..." Pág 1
População: Amostra e Participantes	17 mulheres com parceiro (a) com 46-75 anos de idade que sofreram enfarte agudo do miocárdio.
Contexto	Estados Unidos da América
Colheita de dados / Tratamento e análise	Artigo de investigação Entrevista telefónica semi-estruturada guiada, cujos achados foram codificados, de forma a produzirem observações quantitativas. "A semistructured interview guide (Data S1) was developed to complement data generated through the large-scale, multisite TRIUMPH Registry, which used closed-coded surveys (items administered with a finite set of predetermined response options) to generate quantitative observations." - pág 2
Nível de evidência	2 (Munn, Zachary <i>et al</i> , 2014)
Achados significativos	"Few women received counselling about sexual concerns or the safety of returning to sex. " - pág 1 "Most women who discussed sex with a physician initiated the discussion themselves." - pág 1 "Inquiry about strategies to improve sexual outcomes elicited key themes: need for privacy, patient-centeredness, and information about the timing and safe resumption of sexual activity. " - pág 1 "In addition, respondents felt that counseling should be initiated by the treating cardiologist, who “knows whether your heart is safe,” and then reinforced by the care team throughout the rehabilitation

period." pág 1

"Survivors of MIs value sexuality as an important aspect of health and quality of life, and satisfaction with sexual life has been associated with a reduced risk of incident coronary heart disease." - pág 1

"...American Heart Association recommend that physicians counsel patients about resuming sexual activity following an MI." - pág 1

"Cardiac rehabilitation guidelines include identification and management of sexual dysfunction,¹³ yet evidence-based strategies to improve sexual outcomes following an MI, especially in women, are very limited." - pag 1

"Those who were not counseled on discharge were significantly less likely to be sexually active 1 year later; the magnitude of this effect was more pronounced in women." - pág 2

"Specific themes emerged that detailed respondent characteristics, sexuality and recovery, issues related to resumption of sexual activity, patient–physician communication about sexual activity, and the initiation, context, timing, and content of an intervention to improve sexual outcomes following an MI." - pág 4

"Refusal rates among women who were contacted by the male interviewer were slightly higher than those for the female interviewer (8 and 3, respectively); however, no woman explicitly stated that participation or refusal was based on interviewer gender." - pag 4

"Women were asked to reflect on their sexual life before their MIs. Themes emerged detailing the quality and frequency of sexual activity. Most women used positive or neutral terms to describe their

prior sexual life, such as “active,” “very good,” “routine,” or “normal.” In contrast with the period before their MIs, a prevalent theme of “indifference” about sex was common post-MI...” pág 4

"Following MI, several women reported new sexual concerns attributed to the MI or related procedures: “My concern was ... some positions you get in, you’re flat on your bed ... different positions put pressure on your chest. So that was my main concern, that [staples from open-heart surgery] might come open (R5A54).” One woman who did not resume sexual activity felt her loss of libido was due to antidepressant therapy for depression since her MI (R9A69).” - pág 5

"For many women, sexual activity was less frequent but nonsexual physical intimacy increased and satisfaction was higher after the MI." pág 5

"the majority of women expressed motivation to resume sexual activity. Most had resumed sex within 4 weeks of their MIs; all but 1 had resumed within 6 months. Many women were motivated to have sex for closeness with their spouse or partner..." pág 5

"Fear of engaging in sexual activity after MI emerged as a prevalent theme. Respondents were fearful, and many had partners who were scared that sex could be harmful..." pág 5

"...fear was identified as the driving factor behind women’s loss of sexuality following MI..." - pág 6

"The vast majority of women interviewed did not recall receiving instructions from their physicians regarding the resumption of sex post-MI" pág 7

"Of the few women who did (n=5), most initiated the discussion themselves at the time of hospital discharge." - pág 7

"Women who received instructions were particularly concerned about the safety of returning to sex, specifically in terms of levels of exertion and timing of resumption. Respondents recounted details of instructions received at the time of discharge; many described feeling overwhelmed and dissatisfied." pág 7

"Discussions about resuming sexual activity were described as vague... or they were confusing..." - pág 7

"Respondents also identified factors that could facilitate or act as a barrier to patient–physician communication about sexual activity following an MI (Table 3). Physician-initiated communication and a positive patient–physician relationship were seen as facilitators. Perceived barriers to communication about sexual activity following an MI included male sex of physician and perceived physician uncertainty about patients’ receptivity to discussing sexual matters." - pág 7

"Almost all women (n=16) felt that physicians should address resumption of sexual activity following an MI. Participants’ views on the elements of an effective intervention to improve sexual outcomes following an MI were summarized by the following themes." pág 7

"Most women felt the cardiologist was the most appropriate member of the medical team to counsel patients regarding sexual activity following an MI. The cardiologist was described as “the one that would really know whether your heart is safe or not (R12A54).” Some women felt that their primary care doctor or gynecologist could also be helpful in addressing sexual issues later in the contin-

uum of care." pág 7

"Most women preferred a private conversation with their physician, rather than a group discussion. The minority who were receptive to group counseling felt this should complement physician counseling and suggested an all-female discussion session in the context of cardiac rehabilitation." - pág 7

"Key subthemes included immediate versus delayed implementation of an intervention and expressions of feeling over-whelmed by information at hospital discharge. Most women felt the discussion around resumption of sexual activity should be initiated on hospital discharge and then more fully explored during the aftercare continuum." - pág 7,8

"Women expressed the importance of identifying “risk factors” for complications from sexual activity and “how to know when it’s safe to resume activity (R16A49),” specifically in terms of exertion levels." - pág 8

"Key subthemes around delivery of the counseling included patient-centeredness and counseling that addresses the patient holistically:" - pág 8

"Guidelines recommend that physicians counsel patients regarding resumption of sexual activity following an MI." - pág 8

"Of those who did discuss sexual matters with their physicians, most initiated the conversation themselves, and most were dissatisfied with the quality of instructions they received" pág 8

"Lack of patient–physician communication, rather than lack of in-

formation about safety, presents a major barrier to improving sexual outcomes for women after MI." - pág 8

"Recommendations for how the topic of sex should be handled after MI varies across studies. Some recommend that the topic be handled primarily in the rehabilitation setting by cardiac rehabilitation nurses." pág 8

"Other studies recommend a self-help strategy, using educational literature or video.^{28,29} Group education or couples' counselling sessions have also been recommended." - pág 8

"...communication about sexual matters after MI be initiated before hospital discharge and continued through aftercare." pág 9

"...an intervention that would be effective in improving sexual outcomes for women after MI: (1) initiation of discussion by the treating cardiologist before hospital discharge, with a focus on safety to mitigate patient and partner fear, timing of resumption, and problems women might encounter; (2) attention to sexual function through the continuum of recovery; and (3) delivery in a one-on-one rather than a group setting. Patient and partner fear of sexual activity following MI has been demonstrated in previous studies and appears to be a major barrier that should be addressed by an intervention to improve sexual outcomes after MI." - pág 9

"An effective intervention to improve sexual outcomes without raising anxiety may need to be embedded in a 2-way, physician-initiated discussion." pág 9

"Cardiac rehabilitation (CR) is effective at increasing survival, decreasing subsequent cardiac events, and improving quality of life through multifaceted programming." - pág 9

	<p>"Identification of sexual dysfunction is recommended as a component of psychosocial management in CR programs, but treatment strategies are not provided.13" - pág 9</p> <p>"...effective intervention to improve sexual outcomes for women after MI likely begins at discharge with discussion of parameters about resuming sexual activity and referral to CR. Women can only benefit from CR if they participate." - pág 9</p> <p>"...discussions that include issues that are salient to a woman's "whole person" recovery—like sexuality. A strategy for "whole person" training and materials for CR providers that includes but is not limited to sexual recovery after MI should also support cardiologists, primary care physicians, and gynecologists involved in long-term care of women with a history of MI." - pág 9</p> <p>"Evidence-based strategies to improve sexual outcomes in women following an MI are needed." pág 9</p> <p>"An effective intervention to improve sexual outcomes in women after an MI should be informed by additional research to gain cardiologists' input, leverage advances in health information technology that can be used for real-time, personalized decision making and counseling support, fit efficiently into healthcare work flows, extend to other primary care providers, and be easily updated to accommodate expected advances in knowledge about treatment for female sexual dysfunction." - pág 9</p>
<p>Conclusões</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Integração da sexualidade e funcionalidade sexual no âmbito dos programas de reabilitação; ▶ Implementação de estratégias que capacitem a pessoa para a melhoria da sua vida sexual é crucial; ▶ Acompanhamento aquando os serviços de internamento, mas

	<p>também de forma contínua após a alta hospitalar;</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Aconselhamento personalizado e profissional; <p>Comunicação adequada, evidência um acréscimo do conhecimento, e uma vivência da sexualidade sem medo e com satisfação, melhorando a vida sexual da pessoa/parceiro(a).</p>
--	--

Tabela 2 - Ficha de leitura e resultados significativos do artigo: "*Health care professionals' views on discussing sexual wellbeing with patients who have had a stroke: a qualitative study.*"

Publicação	<p>Título: "Health care professionals' views on discussing sexual well-being with patients who have had a stroke: a qualitative study."</p> <p>Autores: Mellor <i>et al</i></p> <p>Tipo: Artigo</p> <p>Ano: 2013</p> <p>Jornal: PLOS ONE, volume 8, número 10</p> <p>Páginas: 1 – 9</p>
Tema	A experiência dos profissionais de saúde na integração da sexualidade como intervenção na pessoa com AVC.
Objetivos	Identificar as experiências dos profissionais de saúde na discussão do bem estar sexual de pessoas que sofreram AVC.
Resumo	<p>Os profissionais de saúde assumem um papel crucial na melhoria da qualidade de vida da pessoa, potenciando uma vida sexual saudável, ajustada e adaptada às limitações da pessoa/parceiro (a).</p> <p>As atitudes dos profissionais de saúde na omissão ou transmissão de conhecimento e aconselhamento à pessoa, condicionam a vivência da sexualidade em pleno.</p> <p>Sendo crucial a existência de programas de acompanhamento, e profissionais capacitados para o aconselhamento sexual, que reconheçam a sexualidade como uma problemática transversal a todas as pessoas.</p>
Palavras Chave	<p>Sexualidade</p> <p>Funcionalidade sexual</p> <p>Acidente Vascular Cerebral</p> <p>Profissionais de Saúde</p> <p>Aconselhamento sexual</p>

Desenho do Estudo / Material e métodos	Artigo de investigação Entrevista: "... interviews with HCPs who were involved in roles within the stroke patient pathway..." - pág 2
População: Amostra e Participantes Contexto	30 Profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas que sofreram AVC Reino Unido "Two hospitals and three general practices in the West Midlands, UK." - pág 1
Colheita de dados / Tratamento e análise	Artigo de investigação Entrevista "...qualitative interview study with purposive sampling and thematic analysis." - pág 1
Nível de evidência	2 (Munn, Zachary <i>et al</i> , 2014)
Achados significativos	"sexual wellbeing is not exclusive to older people; middle aged stroke survivors[9] or spouses[10] can also be affected. Furthermore problems may persist, with only 41% of stroke survivors in the Netherlands reporting satisfaction with their sex life three years post-stroke[11]. Around 50% of patients and spouses reported interest in sexual counselling as part of rehabilitation[5], suggesting patients have a desire to know more." - pág 1 "There are several potential reasons for these issues: physical disability could prevent couples from practicing certain sexual positions. Communication problems may prevent discussions around sex, and even where speech is unaffected, it can be a difficult topic to raise[12,13]." - pág 1 "Change in life context can influence sexual satisfaction and expectations. The move from 'spouse' to 'caregiver' influences relationship dynamics, roles and identities, which may now be less compatible with that of 'lover" - pág 2

"Changes in physical appearance can affect self-consciousness and willingness to have physical contact[16] which may impact on patient and partner's view on their desirability[13]. Resulting lack of sex within the relationship can cause guilt and further stress[16]. A particular concern is that sex would lead to a further stroke." - pág 2

"...patients need access to emotional support services (which includes supporting sexual wellbeing) and that all staff working with stroke should be able to signpost relevant specialist help[17]. Resources regarding sex after stroke are available." - pág 2

"Health care professionals (HCPs) have reported difficulty discussing sexual wellbeing in other situations including cancer[19–21], cardiac patients[22,23], the elderly[24], and lesbian or gay patients[25]. Barriers include the widely shared societal assumption that older people are not sexually active" - pág 2

"HCPs also report a lack of time, belief that patients are too ill, assumptions that disfigured bodies are no longer attractive, concerns about uncovering needs which may not be addressed, fear of medico-legal boundaries and simply the presence of third parties during consultations." - pág 2

"HCPs often report feeling inadequately trained or insufficiently skilled [19] However there is a dearth of information on HCPs' perspectives in relation to patients who have had a stroke..." - pág 2

"...addressing sexuality would be part of their rehabilitation role, although the majority had not received training in this area." - pág 2

"Barriers to older people raising sexual problems also include perceiving it as normal with aging, disassociating it from a health prob-

lem, not viewing the problem as serious, and concern that the physician would be uncomfortable discussing it[34]. Patients worried about recurrence of illness often perceive a high risk associated with potentially offending HCPs who are responsible for their care" - pág 2

"...counselling around sexual activity can influence resumption of sex. Both male and female patients with acute myocardial infarction who had not received counselling on discharge reported greater loss of sexual activity 12 months later[36] than those who received counselling." - pág 2

"Support coordinators were the only HCPs who reported raising the issue of sexual wellbeing with patients who have had a stroke but used their discretion as to when they thought this was appropriate. Other HCPs had either never thought about it, or did not think it was an appropriate subject for them to raise." - pág 3

"It was more likely to be raised in a one-to-one setting, for example in a clinic appointment or at the patients' home, although one Health Care Assistant (HCA) reported a patient raising it whilst she escorted him to the toilet. Usually such discussions took place after the patient had left hospital as can be seen in HCP6's quotation." - pág 3

"When sexual wellbeing was discussed, the reported topics were around: safety of having sex, timing of resuming sex, erectile problems, and at the other end of the spectrum, the normality of not wanting to have sex." - pág 3

"...the general undercurrents of not discussing sexual health highlights it remains a taboo topic." - pág 3

"At an organisational level, staff involved with hospital management perceived that sexual wellbeing was not an area of concern in the hospital stroke patient pathway, as it was not "included in the [hospital] stroke policy" - pág 4

"...there was lack of specialist service provision in this area, which was perceived in part to be due to lack of demand for such services." - pág 4

"At the individual HCP level, particularly within the hospital setting there was the perception that sexual wellbeing was not within their role and that someone else was better suited to deal with it." - pág 4

"I think doctors are probably not particularly...probably the nurse is more aware. The doctors are not very good at, not really interested in delving into that side of things HCP24- Doctor" - pág 4

"Reasons given for non-inclusion in role included lack of training, a concern that if something was raised it would be of a magnitude that they were unable to deal with, although questions such as 'will things go back to normal' some HCPs were unsure how to answer." - pag 5

"For some staff there was implicit embarrassment around dealing with the topic..." - pág 5

"This embarrassment was not systemic, as other staff in the hospital setting reported a willingness to have such discussions. However, concern was expressed about a lack of formal support nor any obvious referral pathway should problems be identified, nor had they seen colleagues engaged in such discussions." pág 5

"...that sexual issues were not within their remit – someone else's

problem - and raising them could leave the hospital staff exposed."

pág 5

"The emphasis on passing patients onto other professionals shows concern around ability to deal with this situation; that it was not their role to raise the issue, but they could respond." - pág 5

"Several reported trying to create an environment that was conducive to such conversations, stressing the importance of making patients comfortable and then asking about broader topics, changes to home life, relationship, etc." - pág 5

"Difference in HCP perspective between acute care and care once patients left hospital seemed due to the acute versus holistic nature of their posts. The focus in acute settings was on patients' immediate survival needs, whereas later on it was possible to deal with a wider range. HCPs later on seemed less shocked with the idea that patients might want to discuss sexual wellbeing." - pág 5

"More common was the view that it was not a priority for patients or indeed the staff, particularly during the acute phase

where getting back to basic health was the aspiration. Furthermore there was a feeling that patients would not be aware of sexual wellbeing as a potential problem whilst in hospital, as they would not be having or thinking about sex at that point." - pág 5

"Even in the context of sexual wellbeing, problems were perceived to be mechanical for example diagnose erectile dysfunction and prescribe medication to solve. Some HCPs acknowledged the emotional side, but then were less certain how to deal with it." - pág 5

"It was felt there was potential to embarrass or offend the patient or fear that the patient would think badly of the HCP for raising the issue" - pág 5

"Furthermore there was discussion as to whether the role of the

HCP, or other characteristics such as gender, influence the likelihood of asking: would a patient be more comfortable with a nurse (often female) whom they have more contact with or a doctor (either male or female) whom they may feel would have more expert knowledge." - pág 6

"...there was awareness that patients may not want partners present for discussions." - pág 6

"Raising the issue of sexual wellbeing could imply that patients had been having sex and wanted to have sex again in the future." - pág 5

"This was either for young people because there was an assumption it 'goes back to normal'. Or for women as there was the perspective that a stroke would be unlikely to affect their sexual wellbeing or indeed that they are less interested in sex in any case."- pág 6

"A man might want to know that he can still perform in that way. It doesn't matter so much for a woman because she doesn't have to...a woman, when I say it doesn't matter, she hasn't got to have an erection, has she? She hasn't got to actually...a woman can have sex without actually doing anything physical if you like. HCP26-Support Coordinator" - pág 6

"Many HCPs were unaware of the existence of the Stroke Association 'Sex after stroke' information leaflet, despite both hospitals having Stroke" - pág 6

"Her ability to routinely hand out 'Sex after stroke' leaflets seemed grounded in her view that it was an area of importance for people, believing that patients might want to discuss it even if they had not raised it, which was evidenced by her experience of having had 'a number of people' talk about it." - pág 6

"She reported that patients were comfortable with her, citing that they knew she was there to support them, and a certain trust had been built as she was seeing them across their patient pathway." - pág 6

"Issues concerning role and perceived competence were driven by minimal training regarding sexual issues leading to a lack of responsibility for it on the part of HCPs in general and little consideration of it within the stroke care pathway in particular." - pág 7

"Many HCPs considered it inappropriate to raise sexual wellbeing as a discussion topic and that doing so could harm the clinician/patient relationship. HCPs were unaware of relevant patient information sources or underutilised them." - pág 7

"Barriers to information provision included concerns regarding how to sensitively communicate sexual topics, for example concerns over raising the issue in front of a patient's partner." - pág 7

"Increased awareness amongst HCPs that sexual wellbeing can be an area of importance for many people, regardless of gender or age might be achieved through simple training. Building communication skills around raising sensitive topics may also be of value to discussing other taboo areas including incontinence and could be tackled both pre- and post-qualification. Routine provision of information such as that provided by the Stroke Association could help HCPs know what resources and services are available. Further training on sexual health management has been called for previously[19,21,22,24,58]." - pág 7

"...recognition of the legitimacy of patients having sex lives, and the

	<p>appropriateness of such discussions needs a proactive approach including explicit “permission” to raise sensitive topics along with time and a comfortable environment to have these discussions." - pág 7</p> <p>"Interventions that would facilitate this are not expensive and should be implementable in a wide range of settings." - pág 7</p> <p>"Some HCPs lack motivation, ownership and the confidence and skills to raise sexual wellbeing routinely after stroke, potentially resulting in a sub-optimal experience for their patients. Normalisation of the inclusion of sensitive topics in discussions post-stroke does not seem to need large structural transformation; rather, simple changes such as information provision and acknowledgement of the issue in standard care policies." - pág 8</p>
<p>Conclusões</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Muitos profissionais de saúde apenas abordam a temática da sexualidade quando consideram apropriado, tendo alguns considerado que essa abordagem não deve ser realizada por si mas por outros profissionais de saúde; ▶ Habitualmente a temática da sexualidade apenas é abordada após a alta hospitalar; ▶ Os aspetos mais discutidos envolvem: segurança na relação sexual; o momento para reiniciar a atividade e problemas eréteis; ▶ Os profissionais médicos consideram que a abordagem do tema não se enquadra nas suas competências, sendo esta mais adequada às enfermeiras, por as considerarem mais aptas para tal, dada a natureza dos cuidados à pessoa; ▶ Os profissionais de saúde mencionam embaraço, receio de ofender ou ser mal interpretado pela pessoa ao abordar o tema da sexualidade. ▶ A intervenção em reeducação sexual deve ser integrada no âmbito do processo de reabilitação.

Tabela 3 - Ficha de leitura e resultados significativos do artigo: "*The CopenHeartSF trial—comprehensive sexual rehabilitation programme for male patients with implantable cardioverter defibrillator or ischaemic heart disease and impaired sexual function: protocol of a randomised clinical trial*"

Publicação	<p>Título: "The CopenHeartSF trial—comprehensive sexual rehabilitation programme for male patients with implantable cardioverter defibrillator or ischaemic heart disease and impaired sexual function: protocol of a randomised clinical trial"</p> <p>Autores: Johansen <i>et al</i></p> <p>Tipo: Artigo</p> <p>Ano: 2013</p> <p>Jornal: BMJ Open</p> <p>Páginas: 1 – 11</p>
Tema	Programa de reeducação sexual
Objetivos	Identificar os benefícios de um programa de reabilitação para a reeducação sexual, através de um método psicoeducativo e de treino físicos
Resumo	Através de programas de reeducação sexual interdisciplinares, é possível garantir melhor qualidade de vida à pessoa e parceiro(a), tendo por base o método psicoeducativo, associado a uma componente de treino físico, que permita fazer face às limitações adjuvantes à patologia. Esta reeducação deve ser integrada no programa de reabilitação cardíaca e acessível a todas as pessoas.
Palavras Chave	<p>Programa de reeducação sexual</p> <p>Enfermeiros</p> <p>Aconselhamento</p> <p>Educação</p> <p>Sexualidade</p> <p>Função sexual</p>

Desenho do Estudo / Material e métodos	Artigo de investigação
População: Amostra e Participantes Contexto	154 doentes de hospitais da Dinamarca, com mais de 18 anos portadores de desfibrilador cardioversor implantado ou doença cardíaca isquémica.
Colheita de dados / Tratamento e análise	Artigo de investigação Ensaio clínico randomizado iniciado pelo investigador com valiação de resultados. Recurso a dois grupos de doentes em que parte recebe o cuidado comum e outra parte o cuidado integrado no programa face à reeducação sexual. A Avaliação parte inicialmente da avaliação da função sexual através do Índice internacional da disfunção erétil e posteriormente através da escala de ajuste psicossocial à doença.
Nível de evidência	2 (Munn, Zachary <i>et al</i> , 2014)
Achados significativos	"Sexuality is an important part of people's physical and mental health. Patients with heart disease often suffer from sexual dysfunction." - pág 1 "Sexual dysfunction has a negative impact on quality of life and well-being in persons with heart disease, and sexual dysfunction is associated with anxiety and depression." - pág 1 "Studies indicate that non-pharmacological interventions such as exercise training and psychoeducation possess the potential of reducing sexual dysfunction in patients with heart disease." - pág 1 "...12-week sexual rehabilitation programme consisting of an individualised exercise programme and psychoeducative consultation with a specially trained nurse." - pág 1

"Sexual dysfunction has a negative impact on quality of life and well-being in men with cardiovascular disease and sexual dysfunction is associated with an increase in anxiety and depression.^{21–24} The relationship is perceived to be bidirectional, with one element forcing the other.^{25 26}" - pág 2

"Despite the fact that several international guidelines recommend that health professionals address the topic of sexuality in patients with heart disease,^{27 28} this is rarely practiced " - pág 2

"Non-pharmacological interventions possess potential in reducing sexual dysfunction." - pág 2

"...lifestyle modifications can also improve sexual dysfunction in patients with already established heart disease." - pág 2

"As the condition of sexual dysfunction often includes both physical and psychological components, it is plausible to believe that patients with heart disease and sexual dysfunction benefit from a comprehensive rehabilitation intervention^{43 44} consisting of a psychoeducational component and an exercise training component including pelvic floor exercises." - pág 2

"Sexual rehabilitation in this trial is defined as: a time-bound planned process with clear goals and means. Sexual rehabilitation is a process where several actors, including the patient, are working towards regaining improved sexual functioning and coping ability according to their sexual function. The comprehensive sexual rehabilitation programme contains a physical exercise component, including training of the pelvic floor and a psychoeducational component." - pág 3

"The goal of physical exercise is to achieve an improvement in the patient's physical work capacity, and to eliminate the fear and uncertainty the patient may feel in relation to sexual activity as a form of physical activity. The physical exercise intervention is based on The European Society of Cardiology recommendations for physical activity for cardiovascular patients" - pág 3

"A professional physiotherapist with specific knowledge of cardiac rehabilitation initiates the physical exercise programme." - pág 3

"Together with the patient, the physiotherapist plans and prepares a physical exercise protocol, taking into account the patient's clinical condition and physical abilities. Sixty minutes is allocated for the initial consultation and preparation of individual training protocol, including pelvic floor exercise instructions." - pág 3

"Physical exercise is initiated at a physiotherapist supervised..." - pág 3

"The goal of the psychoeducative intervention is that the patient learns to interpret and react to relevant physical and psychological symptoms, learns to cope with anxiety and fear, including strategies to manage depressive symptoms and the ability to be sexually active without fear." - pág 5

"A specially trained nurse is responsible for the psychoeducative intervention. The intervention takes a theoretical basis of the patient-centred approach where the emphasis is on support and education. The conversations are based on a holistic view of the patient and focus on the handling of life and managing sexual dysfunction. The intervention is targeted at the modifiable parameters that are reported to affect sexual dysfunction." - pág 5

"The psychoeducative intervention is inspired by RR Parse's⁶⁴ 'Human Becoming Practice Methodologies' three dimensions which can be described as (1) discuss and give meaning to the past, present and future; (2) explore and discuss events and opportunities and (3) pursue imagined possibilities." - pág 5

"According to this theory, there are three ways to alter its perceived health: creative ideas, see, hear and feel how a situation could be if it was lived in a different way; recognising personal patterns and value priorities and shed light on the paradoxes by looking at incongruence in a situation and change the view of reality. The nurse is 'truly present' in the process through discussion, quiet contemplation and reflection." - pág 5

"The psychoeducative intervention plus physical exercise was tested in the COPE-ICD trial, with positive effects on psychological well-being (mental health) and the general health subscale of the Short Form-36.56" - pág 5

" The nurse is trained in the psychoeducative conversation through teaching and supervision of nurses who have experience with the 'Human Becoming Practice Methodology' from the COPE-ICD trial. " - pag 5

" The emphasis is on openness in the interviews and on the nurse's ability to: be silently present while the patient talks, ask questions that encourage reflection, let the patient find answers and solutions and contribute with knowledge, provide advice and guidance when requested and relevant. The training of the nurse takes place prior to the intervention. In practice the intervention will be handled by one nurse with several years of experience working with cardiac patients and trained in sexology." - pág 5

	<p>" The sexology experience is gained in a 2-week intensive course on basic and clinical sexology including training in sexual therapy. Supervision from a sexologist is available during the intervention." - pág 5</p> <p>" The nurse will conduct consultations with patients individually, and patients are informed that they are welcome to bring spouses/relatives. The consultation will take place in a quiet room in an outpatient setting and last for 45 min." - pág 5</p> <p>" As far as we know, there is no previous risk associated with nursing consultations. If the nurse, during the consultation, identifies a need for further consultations with professionals, she will encourage the participant to seek help from the general practitioner, psychologist or in their usual outpatient setting." - pág 8</p>
<p>Conclusões</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ A centralidade numa consulta psicoeducativa realizada por uma enfermeira com treino adequado e formação especializada, numa abordagem centrada na pessoa; ▶ A intervenção procura um domínio comportamental, mas também físico, através de exercícios; ▶ Procura estabelecer a importância da integração da intervenção na sexualidade no âmbito dos serviços de saúde, procurando gerar consensos acerca desta mesma intervenção.

ANEXO XI: Análise dos artigos selecionados: categorização dos resultados

Tabela 1: Categorização dos resultados significativos

A categorização dos achados considerados significativos para dar resposta à questão PICO, foi realizada com base nos resultados mais relevantes encontrados nos três artigos contemplados nesta RSL: "*I'm not just a heart, I'm a whole person here: a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction*" (Abramsohn et al, 2013); "*Health care professionals' views on discussing sexual well-being with patients who have had a stroke: a qualitative study.*" (Mellor et al, 2013) e "*The CopenHeartSF trial—comprehensive sexual rehabilitation programme for male patients with implantable cardioverter defibrillator or ischaemic heart disease and impaired sexual function: protocol of a randomised clinical trial.*" (Johansen et al, 2013)

Categorias	Subcategorias	Resultados Significativos
Estratégias de abordagem educacional em reeducação sexual	Iniciativa de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poucas pessoas recebem aconselhamento acerca das suas preocupações e segurança no retorno à vida sexual; ✓ A abordagem e discussão acerca da sexualidade e função sexual com o fisiatra aquando o internamento é iniciada pela pessoa; ✓ As barreiras à comunicação incluem a sensibilidade da abordagem da sexualidade, nomeadamente em presença do parceiro; ✓ O estabelecimento de uma comunicação adequada, é crucial na abordagem de aspetos sensíveis à pessoa.
	Comunicação adequada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Necessidade de privacidade; ✓ Abordagem centrada no doente; ✓ Informação adequada acerca do momento e resoluções para o retorno à atividade sexual de forma segura.
	Fatores facilitado-	<p><u>Fatores dificultadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inexistência de qualquer tipo de aconselhamento por parte dos profissionais de saúde;

	res/dificultadores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicação acerca da atividade sexual e sua iniciação; ✓ Contexto da abordagem; ✓ Momento da abordagem; ✓ Conteúdo da intervenção; ✓ Género do profissional de saúde, nomeadamente masculino; ✓ Perceção da insegurança e desconhecimento face ao tema e à situação do doente pelo profissional de saúde. ✓ Idade da pessoa: a ideia de que a pessoa mais velha não sente necessidade de viver a sua sexualidade e função sexual; ✓ Pouco à vontade/embaraço do profissional de saúde ao abordar o tema da sexualidade. <p><u>Fatores facilitadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Abordagem iniciada pelo profissional de saúde; ✓ Comunicação positiva entre o profissional de saúde e a pessoa; ✓ Criação de um ambiente confortável.
	Pessoa/ parceiro (a) com alteração da função sexual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abordagem centrada na pessoa; ✓ Participação da pessoa/parceiro (a) é ponto central para o desenvolvimento de uma intervenção adequada e ajustada; ✓ A pessoa e parceiro (a) referem interesse no aconselhamento sexual como parte do processo de reabilitação, desejando saber mais acerca do tema; ✓ A pessoa habitualmente prefere não ter o parceiro (a) presente aquando a intervenção; ✓ Aquando a consulta psico-educativa a pessoa é incentivada a ter presente o parceiro (a).

<p>Intervenientes no processo de reeducação sexual</p>	<p>Profissionais de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O aconselhamento deveria ser realizado em primeiro lugar pelo cardiologista, pois é a pessoa que melhor conhece o funcionamento e capacidades cardíacas e posteriormente pela equipa de reabilitação; ✓ O fisiatra deve realizar o aconselhamento e acompanhamento da reeducação sexual da pessoa; ✓ A intervenção dos profissionais de saúde é descrita como vaga, confusa e insatisfatória; ✓ Estudos prévios recomendam que a abordagem da sexualidade deva ser realizada por enfermeiros de reabilitação; ✓ A falta de motivação, confiança e competências são aspetos relativos aos profissionais de saúde que condicionam os resultados da intervenção na pessoa com alteração da funcionalidade sexual; ✓ Os profissionais de saúde (médico) referem que as pessoas se encontram em situação de doença e com alteração da imagem corporal não são atraentes, não conseguindo abordar a temática com as mesmas; ✓ Os profissionais de saúde reconhecem não ter competências suficientes, devendo este tema fazer parte do ensino de reabilitação, no entanto, a formação e treino neste área é nula; ✓ Os profissionais de saúde não reconhecem a importância da abordagem da sexualidade no âmbito do internamento, não sendo algo ajustado à intervenção médica, mas sim a outros profissionais; ✓ Os profissionais de saúde da área médica referem não ter competência para tal abordagem, evidenciando essa intervenção como mais apropriada para os enfermeiros que se encontram mais vocacionados para tal; ✓ Os enfermeiros, nomeadamente do género feminino são consideradas as profissionais mais adequadas para a abordagem desta temática, capazes de nutrir mais confiança na relação com a pessoa; ✓ Os profissionais de saúde desconhecem a existência de programas de reabilitação da sexualidade em âmbito hospitalar ("Sex after stroke"); ✓ Os fisioterapeutas assumem o treino físico em contexto de programas de reabilitação cardíaca direcionados à atividade sexual; ✓ Os enfermeiros que desenvolvem a abordagem psicoeducativa tiveram acesso à formação e treino de compe-
--	-------------------------------	--

		tências na área da sexologia.
Contexto da intervenção	Hospital - Internamento	✓ A abordagem da reeducação sexual deverá ser iniciada em âmbito hospitalar e posteriormente explorados num continuum de cuidados no domicílio.
	Continuidade de cuidados – domicílio	<p>✓ A discussão das preocupações com a sexualidade e atividade sexual deve ocorrer num ambiente calmo e acolhedor, preferencialmente em casa da pessoa; O aconselhamento é realizado em contexto domiciliário após alta hospitalar;</p> <p>✓ A abordagem da temática deve ocorrer em âmbito domiciliário, após alta hospitalar, pois a prioridade em internamento são as limitações de outra ordem.</p>
Domínios da intervenção	Domínio psicossocial	<p>✓ Focalização da intervenção na segurança e eliminação/redução do medo na pessoa/parceiro (a) na resolução da sua alteração;</p> <p>✓ Diminuição da ansiedade relacionada com a reeducação sexual deve ser providência no tipo de intervenção e através da relação estabelecida com os profissionais de saúde;</p> <p>✓ A identificação da disfunção sexual é recomendada como um componente psicossocial nos programas de reabilitação, no entanto as estratégias de intervenção não são efetivas;</p> <p>✓ A mudança do contexto de vida influencia as expectativas e satisfação, mediante a mudança de papel de parceiro (a) para cuidador (a), influenciando a dinâmica da relação, identidade, não sendo por vezes compatível com a vivência da sexualidade;</p> <p>✓ Necessidade de acesso a serviços de suporte emocional e a profissionais de saúde capazes de manifestar ajuda especializada e recursos para a vivência do sexo e sexualidade;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconhecimento e legitimidade de que as pessoas têm uma vida sexual e que as necessidades de informação envolvem uma aproximação proactiva incluindo uma permissão para a abordagem dos temas por parte da pessoa num ambiente confortável; ✓ A existência de uma consulta psicoeducativa inserida num programa de reabilitação sexual, realizada por enfermeira especialista com competências específicas na área da sexualidade de forma individualizada, surge como crucial no processo de reabilitação; ✓ Na abordagem psicoeducativa a pessoa aprende a interpretar e a reagir mediante sintomas físicos e psicológicos, através da criação de estratégias de coping para lidar como a ansiedade, medo e de pressão; ✓ A abordagem psicoeducativa pressupõe: a discussão e a atribuição de significado ao passado, presente e futuro; explorar e discutir eventos e oportunidades e procurar possibilidades. ✓ Pressupõem-se a criação de ideias, ver, ouvir e sentir de que forma a situação pode ser vivida de forma diferente, reconhecendo as qualidades, capacidades e valor pessoal, bem como as prioridades pessoais; tentando desta forma mudar a forma de visionar a realidade potencialmente percecionada como nefasta; ✓ Nas consultas realizadas pela enfermeira esta deve: ser silenciosa enquanto a pessoa discursa, realizar questões que encorajam a reflexão e deixar a pessoa encontrar as respostas / soluções, associando o conhecimento, aconselhamento e orientação necessárias; ✓ As consultas devem ter uma duração de aproximadamente 45 minutos.
	Domínio físico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atender às alterações da função sexual no decorrer do processo de reabilitação; ✓ As mudanças na aparência física podem afetar o autoconceito, autoestima, inibindo o contacto físico, e consequentemente assumindo elevado impacto no desejo sexual; ✓ A alteração física pode impedir os casais de praticar algumas posições sexuais, bem como os problemas de comunicação adjuvantes ao AVC podem dificultar a discussão acerca da atividade sexual, não sendo efetivo e consequentemente um aspeto a desenvolver na intervenção;

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Preocupações face aos problemas erécteis, segurança na atividade sexual e momento para retomarem atividade sexual; ✓ O controlo dos fatores de risco melhora a vivência da saúde em pleno e melhoram a qualidade de vida sexual; ✓ O exercício físico é importante para a pessoa manter capacidade física e eliminar o medo face ao retorno à atividade sexual.
	Domínio Emocional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A vivência saudável da sexualidade é um aspeto fundamental da qualidade de vida; ✓ A vida sexual após doença é descrita como indiferente; ✓ Necessidade de um programa de reabilitação multifacetado que promova a qualidade de vida sexual da pessoa; ✓ A sexualidade é uma parte importante da saúde física e mental da pessoa; ✓ A disfunção sexual afeta a qualidade de vida da pessoa, gerando sentimentos de ansiedade e depressão. ✓ A vivência saudável da sexualidade é um aspeto fundamental na satisfação da vida sexual; ✓ As pessoas sem aconselhamento sexual retomaram posteriormente a sua atividade sexual e de forma menos satisfatória. ✓ Preocupação com as diferentes posições durante o ato, relacionado com a segurança das mesmas , após evento cardíaco; ✓ A toma de antidepressivos foi associada pelos doentes à diminuição da libido; ✓ Preocupação acerca da segurança em retomar a atividade sexual, no que concerne ao esforço e duração; ✓ A identificação de fatores de risco aquando a atividade sexual é crucial na manutenção de um sentimento de segurança; ✓ Sentimentos de medo e insegurança por receio de um novo AVC; ✓ O medo de retomar a vida de casal e atividade sexual assume-se como tema prevalente; ✓ O medo surge como fator de perda de uma sexualidade saudável; ✓ Medo de retomar a vida sexual manifestado pelo parceiro (a) sexual.

	Domínio educacional	<ul style="list-style-type: none">✓ O aconselhamento deveria ser iniciado em internamento e deveria ter continuidade ao longo do processo de reabilitação;✓ Identificação de estratégias de abordagem da disfunção sexual e de obtenção de resultados;✓ A maioria das pessoas prefere uma abordagem privada, com o profissional de saúde, a sessões de grupo;✓ Estudos recomendam o recurso a sessões de grupo ou sessões de aconselhamento para o casal;✓ O aconselhamento sexual é fundamental na retoma da atividade sexual;✓ A intervenção e aconselhamento, não são medidas dispendiosas, pelo que poderiam ser implementadas em diferentes contextos;✓ A intervenção psico-educativa realizada por enfermeiros é centrada num clima de proximidade, suporte de educação, baseadas numa visão holística centrada na pessoa;✓ Estudos recomendam a utilização de uma estratégia autodidata através de literatura ou vídeo.
--	---------------------	---

