

UM DIAGNÓSTICO DE DISFUNÇÃO SEXUAL NUMA CONSULTA DE ROTINA

A DIAGNOSIS OF SEXUAL DYSFUNCTION IN A ROUTINE CONSULTATION

Autores:

Rita Lourenço Vasconcelos¹

RESUMO

Introdução: A sexualidade é um aspeto central do ser humano e a saúde sexual contempla um estado de completo bem-estar físico, emocional e mental. Em contrapartida, uma disfunção sexual pressupõe a existência de sintomas que persistem no tempo, associados a sofrimento pessoal significativo e que não podem ser melhor explicados por outra condição. Estima-se que as disfunções sexuais sejam altamente prevalentes. Deste modo, faz parte do papel do médico de família falar ativamente sobre sexualidade, explorar a existência de disfunção e geri-la quando presente.

Descrição do caso: Mulher, 54 anos. Recorre a consulta programada com o seu médico de família para mostrar resultados de meios complementares de diagnóstico previamente solicitados. Nessa consulta é questionada acerca da sexualidade, em contexto de colheita de dados base. Quando questionada refere problemas sexuais com o companheiro desde há 11 anos, queixas desencadeadas por evento traumático vivenciado pelo casal. Estes problemas nunca foram partilhados com um profissional de saúde. Depois de estabelecido o diagnóstico de uma disfunção sexual, foram agendadas consultas subsequentes com a utente e companheiro, no sentido de explorar os fatores biopsicossociais associados ao surgimento da disfunção, definir objetivos terapêuticos pretendidos, e propor estratégias terapêuticas para os alcançar.

Comentário: A Medicina Geral e Familiar é responsável pela prestação de cuidados abrangentes, continuados, holísticos e centrados na pessoa. Sendo a sexualidade uma dimensão central do ser humano, deve ser abordada como parte integrante da saúde do utente. A normalização da abordagem da sexualidade e o diagnóstico de disfunções sexuais é tão importante quanto a abordagem de outra patologia. É, portanto, função do médico de família abordar a sexualidade – na sua funcionalidade e disfuncionalidade – promovendo uma crescente desinibição em abordar este tema em consulta e contribuindo para a literacia em saúde.

Palavras-chave: sexualidade; disfunção sexual; cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

Introduction: Sexuality holds a central role in the human experience. Sexual health encompasses a state of overall physical, emotional, and mental well-being. In contrast, sexual dysfunction presupposes the existence of symptoms that persist over time, are associated with significant personal suffering, and cannot be better explained by another condition. It is estimated that sexual dysfunctions are highly prevalent. Therefore, it is part of the family doctor's role to actively discuss sexuality, explore the existence of dysfunction, and provide appropriate management when necessary.

Case description: Woman, 54 years old. Attends an appointment with her family doctor to discuss the results of tests previously requested. During the consultation, the patient is inquired about her sexuality. When questioned, the patient mentions sexual issues with her partner over the last 11 years, triggered by a traumatic event experienced by the couple. These concerns had never been disclosed to a healthcare professional. Therefore, subsequent appointments were scheduled with the patient and her partner, to explore the biopsychosocial factors associated with the onset of the dysfunction, define the desired therapeutic objectives, and propose therapeutic strategies to achieve them.

Comment: General and Family Medicine is responsible for providing comprehensive, continuous, holistic, and person-centered care. Given that, sexuality is a central dimension of human existence, and it must be integrated into the patient's overall health considerations. Standardizing the approach to sexuality and the diagnosis of sexual dysfunctions is as crucial as addressing any other medical condition. It is therefore, the role of the family doctor, to address sexuality – in its functionality and dysfunctionality – fostering an open and uninhibited dialogue in consultations and enhancing health literacy on this subject.

Keywords: sexuality; sexual dysfunction; primary health care.

1. 1 Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Faria Guimarães, ULS São João

INTRODUÇÃO

A sexualidade é um aspeto central do ser humano e engloba o sexo, a identidade de género, a orientação sexual, o erotismo, a intimidade e a reprodução.¹ A saúde sexual é hoje entendida como um estado de completo bem-estar físico, emocional e mental associado à sexualidade, e não só a ausência de doença ou enfermidade.¹ Assim, torna-se imprescindível a sua avaliação clínica de rotina, em contexto de cuidados de saúde primários, a fim de diagnosticar e gerir disfunções sexuais, que se estimam ser altamente prevalentes na população.²

Uma disfunção sexual pressupõe a persistência de sintomas por um mínimo de seis meses, que se associam a um sofrimento pessoal clinicamente significativo e que não podem ser melhor explicados por outra condição médica, psicológica, iatrogénica ou conflito relacional subjacente.³ Podem ser classificadas em disfunções sexuais masculinas e femininas, sendo que dentro deste último grupo se incluem as perturbações do desejo e excitação sexual, perturbações do orgasmo, e perturbações da dor génito-pélvica/penetração.³ Não raramente estas disfunções sobrepõem-se num mesmo indivíduo.

Assim, segundo o pressuposto da abordagem holística que caracteriza a Medicina Geral e Familiar, faz parte do papel do médico de família questionar ativamente o utente acerca da sua sexualidade, da existência de disfunção, e da sua gestão quando presente.

DESCRIÇÃO DO CASO

Género feminino, 54 anos, portuguesa. Auxiliar de ação educativa num infantário, nono ano de escolaridade. Casada. Dois filhos: 25 anos, género feminino e 14 anos, género masculino. Vive com o marido e filho. Família nuclear no estadio VI do ciclo de vida familiar de *Duvall*.

Recorre a consulta programada na sua unidade de saúde familiar, com o objetivo de mostrar resultados do estudo analítico requisitado na consulta prévia. Por se tratar de uma consulta sem agenda explícita por parte da utente, foram colhidos os dados base.

Apresentava, como antecedentes médico-cirúrgicos, mioma uterino subseroso e histerectomia total laparoscópica com salpingectomia bilateral e ooforectomia unilateral. Relativamente a antecedentes ginecológicos-obstétricos, menarca aos 12 anos, ciclos menstruais regulares com dismenorrea ligeira. Coitarca aos 19 anos, sem história de infeções sexualmente transmissíveis. Método contraceutivo barreira,

com preservativo masculino. Três gestações, dois partos eutócicos de termo, um aborto. Menopausa aos 50 anos. Sem medicação habitual de relevo ou alergias medicamentosas. Sem hábitos tabágicos, alcoólicos e toxicófilos. Sedentária. Rastreios oncológicos atualizados e sem alterações.

Quando questionada acerca da sua sexualidade, nomeadamente satisfação, queixas ou dúvidas, a utente revelou que a atividade sexual com o marido era esporádica e pouco satisfatória para ambos, desde há 11 anos, após episódio de abuso sexual da filha do casal. Negou ter abordado este tema com um profissional de saúde previamente. Por vontade expressa da utente, foi agendada consulta subsequente seis meses depois para abordar exclusivamente a temática da sexualidade.

Nessa consulta foi utilizado o modelo *PLISSIT*.⁴ É um acrónimo que representa diferentes níveis de intervenção: *Permission, Limited Information, Specific Suggestions and Intensive Therapy*. Este modelo permite estruturar a abordagem à sexualidade de uma forma sequencial, fornecendo diferentes níveis de intervenção de acordo com a complexidade do problema e com as particularidades específicas de cada doente.

P – Permissão (Permission): este nível visa estabelecer um ambiente no qual o doente se pode sentir seguro para discutir questões relacionadas com a sexualidade. Tem como objetivo a normalização de sentimentos e experiências, bem como validação das preocupações apresentadas pelo doente. Permite compreender a disfunção sexual e os fatores acompanhantes da mesma.

Neste caso clínico, após ser assegurada a confidencialidade, foi pedido à utente para partilhar a sua história. As queixas tiveram início há 11 anos, após episódio de abuso sexual da filha do casal. A utente tinha 43 anos e até então uma sexualidade satisfatória, com relações sexuais regulares com o companheiro, com atingimento de orgasmo na maioria das vezes, sem outras queixas. A partir do episódio traumático vivido, desenvolveu sentimentos de repulsa e culpa em relação à atividade sexual. Durante os dois anos seguintes deixou de ser ativa sexualmente. Passados dois anos, e por vontade explícita do companheiro e da própria, o casal retomou atividade sexual. Coincidentemente, nessa altura, a utente iniciou queixas de dispareunia, com dor na penetração vaginal profunda, que se prolongava para o dia seguinte sob a forma de dor pélvica. Referiu ainda que a relação sexual já não resultava no prazer e excitação como anteriormente. O casal foi mantendo relações sexuais

esporádicas. Passados quatro anos a utente foi submetida a histerectomia pela presença de um mioma uterino. Posteriormente à cirurgia deixou de apresentar queixas de dor durante e após a relação sexual, mas mantinha alterações do interesse e excitação sexual. Esta situação manteve-se e foi aceite pelo casal como normal. O casal foi mantendo relações sexuais esporádicas, uma vez a cada três-quatro meses, sempre por iniciativa do parceiro. A utente negou outro tipo de atividade sexual, nomeadamente masturbação.

De seguida foi explorado o contexto envolvente. A utente referiu manter uma relação saudável com o marido, sem conhecimento ou suspeita de relações extraconjugais. Apesar de já terem abordado o problema no passado, atualmente não o faziam, tendo, no entanto, consciência de que o companheiro gostaria de ter relações sexuais mais regulares. Negou abuso de substâncias e corroborou a inexistência de medicação habitual. As relações sexuais seriam maioritariamente rotineiras, com poucos preliminares, pouca rotatividade de posições e um orgasmo atingido por ambos, geralmente em tempos diferentes. Durante o orgasmo sentia prazer, mas se o companheiro não tivesse iniciativa, a utente não tinha vontade de iniciar relações sexuais. Negou dor ou desconforto, mas referiu noção de pouca lubrificação. Negou ainda disfunções do parceiro, nomeadamente disfunção erétil, ejaculação prematura ou retardada.

LI – Informação Limitada (*Limited Information*): nesta fase são fornecidas informações básicas sobre anatomia, fisiologia e aspetos relacionados com a sexualidade, com o intuito de educar o doente sobre a sexualidade humana. Contribui para literacia em saúde sexual, e permite a tomada de decisão informada.

Após uma exploração inicial do problema, foi abordada com a utente a componente teórica da sexualidade, que depois foi transposta para a sua situação. Foi identificada a presença de uma perturbação do interesse e excitação sexual, tendo no passado estado presente uma perturbação de dor génito-pélvica/penetração, agora resolvida. Tratava-se de uma disfunção secundária/adquirida, generalizada e moderada.

Depois de discutida a disfunção, foram explorados os fatores biopsicossociais que podem impactar a resposta sexual. Nesse sentido, de modo a facilitar o entendimento dos fatores que teriam promovido o aparecimento e manutenção da disfunção sexual, foi preenchido em conjunto com a utente, o seguinte quadro (Quadro I).

Quadro I. Fatores biopsicossociais identificados como predisponentes, precipitantes e de manutenção da disfunção sexual.

	Biológicos	Psicológicos	Relacionais/culturais
Predisponentes	Envelhecimento biológico Atrofia urogenital	Ansiedade	Parca comunicação do casal Rotina Sexual
Precipitantes	-	Abuso sexual da filha	-
Manutenção	Menopausa	Sentimento de culpa	Divergências de desejo

Foram abordados em consulta os modelos de resposta sexual, e a diferença entre desejo sexual responsivo e espontâneo, tranquilizando a utente pela ausência de desejo sexual espontâneo, já que é uma variante do normal. Foram discutidas expectativas relativamente à sexualidade do casal, esclarecidas dúvidas relativamente ao diagnóstico e à gestão do mesmo e abordou-se a importância da comunicação do casal, expressão de desejos individuais e da importância de manter intimidade fora da relação sexual. O exame objetivo realizado, com especial atenção ao exame ginecológico, revelou a presença de ligeira atrofia vulvar e vaginal. Não foram registadas outras alterações de relevo.

SS – Sugestões Específicas (*Specific Suggestions*): neste nível são propostas estratégias e técnicas específicas com o objetivo de desconstruir a disfunção sexual, nomeadamente através de técnicas de comunicação, exercícios de intimidade ou relaxamento e orientações sobre mudanças comportamentais.

Estabelecido o diagnóstico que melhor explicava o quadro clínico – “perturbação do interesse e da excitação sexual”, e explorados os fatores biopsicossociais que promoveram o seu aparecimento, evolução e manutenção, estabeleceu-se um plano de intervenção e acompanhamento. Por se tratar de uma mulher sem patologia orgânica ou comorbilidades conhecidas não foram pedidos exames complementares de diagnóstico.

Como objetivos terapêuticos iniciais definiu-se a melhoria da comunicação do casal, ajuste de expectativas, respeito pelo desejo responsivo e estimulação do mesmo, com desfoque na relação sexual e enfoque na intimidade e relação não penetrativa. Optou-se ainda pela exploração dos fatores psicológicos que levaram ao aparecimento da disfunção sexual, nomeadamente a história de abuso sexual da filha e a culpabilidade transposta para a própria sexualidade, e pela melhoria dos fatores biológicos com impacto negativo na experiência sexual.

As estratégias foram definidas de acordo com os fatores causais da desregulação na relação. Relativamente aos fatores relacionais/culturais, foi incitado o treino de comunicação no casal – inicialmente em contextos da vida diária, e posteriormente no treino da assertividade sexual, com partilha de desejos, gostos e preferências. Foi valorizada a importância do desejo responsivo e a relevância da estimulação do mesmo, bem como explorada e normalizada a flutuação inerente ao desejo sexual. Abordou-se a rotina sexual do casal e a exploração de opções alternativas como o uso de brinquedos sexuais, a masturbação observada, a exploração de novas zonas erógenas e a importância da existência de situações não exigentes – momentos de excitação dissociados do coito. Explicou-se a importância de manutenção de intimidade do casal ao longo do dia, sendo este um trabalho contínuo, e não apenas nos momentos que precedem a relação sexual. Quanto às divergências de desejo foi proposta comunicação no sentido de o casal atingir um objetivo comum, ainda que o mesmo implicasse a planificação de momentos de intimidade. Quanto aos fatores psicológicos, foi abordada a importância de explorar o episódio de abuso sexual da filha do casal, a fim de perceber o seu real impacto nos diversos campos da vida da utente. Nesse sentido, foi proposto o acompanhamento por Psicologia. Ao nível dos fatores biológicos, nomeadamente atrofia urogenital, propôs-se a utilização de estriol vaginal, hidratante e lubrificante vaginal nas relações sexuais.

Depois de esclarecidas as questões e resumido o plano, foi agendada uma nova consulta de seguimento dentro de três meses e foi pedido à utente que viesse acompanhada pelo marido, caso fosse essa a vontade de ambos.

Por último, o modelo *PLISSIT* integra ainda o nível **IT – Terapia Intensiva (*Intensive Therapy*)**, reservado a disfunções sexuais complexas, e que beneficiam de intervenção especializada, nomeadamente com terapia de casal, terapia cognitivo-comportamental ou tratamento médico específico.

Três meses depois, a utente voltou à consulta, acompanhada pelo marido. Nesta consulta a utente referiu estar francamente mais satisfeita com a sua sexualidade, bem como com a relação em casal, opinião partilhada pelo marido. Desde a última consulta conseguiram seguir algumas das estratégias propostas. A utente passou a aplicar estriol vaginal duas vezes por semana, e hidratante vaginal nos restantes dias. A par dessas medidas passaram a utilizar lubrificante nas relações sexuais que traduziu num maior

conforto diário e melhorou significativamente o prazer na relação sexual penetrativa. A nível de comunicação, o casal começou a criar momentos a dois, e passaram a cumprimentar-se e a despedir-se todos os dias com um beijo, algo que não acontecia antes. Com estas mudanças simples passaram a ter uma sensação de proximidade, com momentos de afeição e intimidade, que por sua vez conduziram a uma maior predisposição da utente para momentos de atividade sexual. Para além de estar mais receptiva a momentos de desejo responsivo, a utente referiu ainda alguns episódios de desejo sexual espontâneo, apesar destes terem sido mais esporádicos. Estas alterações levaram a um aumento da frequência e qualidade das interações sexuais do casal, aproximando-se assim de uma periodicidade que satisfazia ambos. A par das mudanças já referidas, a utente iniciou psicoterapia, com resultados muito positivos.

Dados os bons resultados obtidos e a boa relação médico-doente estabelecida foram revistas algumas sugestões propostas na consulta prévia, agora na presença do casal, e foram definidas estratégias adicionais a explorar. O acompanhamento do casal mantém-se atualmente.

COMENTÁRIO

A Medicina Geral e Familiar é a especialidade responsável pela prestação de cuidados abrangentes, continuados, holísticos e centrados na pessoa, promovendo a saúde e prevenindo a doença.⁵ Os médicos de família têm o privilégio de acompanhar os seus utentes nas diversas fases da sua vida, tendo a responsabilidade de entender e interpretar o indivíduo em todas as suas dimensões: física, psicológica, social, cultural e existencial.

A sexualidade é um aspeto central do ser humano.¹ Na pirâmide de *Maslow* está contemplada a par das necessidades básicas, como a ingestão alimentar, sono e respiração. É multidimensional e permeável ao contexto social, cultural, histórico, estando em constante metamorfose. Desta forma, a sexualidade deve ser abordada na consulta de Medicina Geral e Familiar, como parte integrante da saúde do utente. No entanto, tal não acontece por rotina.^{6,7} Na verdade, uma pequena parte dos médicos incluem a sexualidade como um ponto a abordar numa história clínica. Tal parece ser explicado por vários fatores, como limitação de tempo de consulta, crença de que o tema não será relevante para o utente, ausência de preparação para abordar a sexualidade em todas as suas dimensões e priorização de outros temas a abordar em consulta.^{6,7}

Este é um paradigma que precisa de mudar.

É função do médico de família ser capaz de abordar a sexualidade – na sua funcionalidade e disfuncionalidade. Torna-se assim importante que a sexualidade seja normalizada e abordada por rotina na consulta de Medicina Geral e Familiar, de uma forma proativa e livre de preconceitos, contribuindo para a literacia dos utentes e promovendo uma crescente desinibição em abordar estes temas com um clínico.

Nesse sentido, o médico deve conhecer os mecanismos inerentes à função sexual, ser capaz de identificar disfunções sexuais, geri-las e reconhecer as situações que merecem avaliação e acompanhamento especializado, evitando assim a normalização de disfunções que por vezes passam despercebidas durante anos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- World Health Organization: Sexual health [consultado em maio de 2023] Disponível em: http://www.who.int/topics/sexual_health/en/.
- 2- Pablo C, Soares C. As disfunções sexuais femininas. Rev Port Clin Geral 2004; 20:357-70.
- 3- Kupfer D, Regier D. DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-V. 5ª edição. Portugal: Climepsi Editores; 2014.
- 4- Jack S. Annon. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems, Journal of Sex Education and Therapy 1976; 2:1, 1-15.
- 5- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar) Versão Reduzida. EURACT, 2005. Rev Port Clin Geral 2005; 21:511-6.
- 6- Kingsberg S. Just ask! Talking to patients about sexual function. Sexuality Reprod Menopause 2004; 2 (4): 199-203.
- 7- Kingsberg SA. Identifying HSDD in the family medicine setting. J Fam Pract 2009; 58 (7 Suppl Hypoactive): 522-5.

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

A autora declara não apresentar conflitos de interesse, não pertencer a qualquer associação, nem ter recebido qualquer tipo de financiamento na elaboração do artigo.

CORRESPONDÊNCIA:

Rita Maria Lourenço Vasconcelos
rvasconcelos@arsnorte.min-saude.pt

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL:

RLV: Idealização; Revisão bibliográfica; Redação do texto; Revisão e aprovação do texto final. Autora única.

RECEBIDO: 22 de janeiro de 2024 | ACEITE: 24 de maio de 2024