

AIM GF MAGAZINE

volume 16 . nº1

Junho 2026
ISSN 2184-2493

editorial »

O MÉDICO DE FAMÍLIA NA ERA DA
INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL:
ENTRE A EFICIÊNCIA TÉCNICA
E O TOQUE HUMANO

artigo de opinião »

CIBERSEGURANÇA
E CIBERRESILIÊNCIA EM SAÚDE:
PREVENÇÃO EM PRIMEIRO LUGAR

relato de caso »

SUSPEITA DE MUTILAÇÃO GENITAL
FEMININA NO CONTEXTO
DE DISFUNÇÃO SEXUAL:
A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

HEMORRAGIA UTERINA PÓS-MENOPAUSA
EM MULHER COM FATORES DE RISCO
CARDIOVASCULARES: RELATO DE CASO

POLIMIALGIA REUMÁTICA AOS 49 ANOS:
UM DIAGNÓSTICO INESPERADO
- RELATO DE CASO

revisão baseada na evidência »

EFICÁCIA DA
BIBLIOTERAPIA NO
TRATAMENTO DE
DISFUNÇÃO SEXUAL:
UMA REVISÃO BASEADA
NA EVIDÊNCIA

Ficha Técnica

ISSN 2184-2493

CORPO EDITORIAL

EDITORES-CHEFE:

Dr.ª Francisca Moura Freitas

Dr.ª Rita Manuel Amaral

EDITORES-ADJUNTOS:

Dr.ª Ana Lobão

Dr.ª Ana Rita Queirós

Dr.ª Inês Lima

Dr. Rui Gomes

Dr.ª Vera Pinto

DESIGN E GRAFISMO:

LCDdesign.pt

Periodicidade: semestral

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

<https://www.aimgfzonanorte.pt/aimgf-magazine>

REVISTA INDEXADA:



APOIO CIENTÍFICO:



OPEN ACCESS:

Licença Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0)

A Revista AIMGF Magazine está licenciada com uma
Licença Creative Commons - Atribuição Não Comercial
Sem Derivações 4.0 Internacional



SEDE AIMGF ZONA NORTE:

Rua Prof. Álvaro Rodrigues, 49, 4100-040 Porto



Índice

5 CONSELHO CIENTÍFICO

6 EDITORIAL

O MÉDICO DE FAMÍLIA NA ERA DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: ENTRE A EFICIÊNCIA TÉCNICA E O TOQUE HUMANO
Ana Beatriz Silva, Inês Morais

8 ARTIGO DE OPINIÃO

CIBERSEGURANÇA E CIBERRESILIÊNCIA EM SAÚDE: PREVENÇÃO EM PRIMEIRO LUGAR
Ana Sofia Novo Oliveira

11 RELATO DE CASO

SUSPEITA DE MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA NO CONTEXTO DE DISFUNÇÃO SEXUAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO
Luísa Marques Gomes

17 RELATO DE CASO

HEMORRAGIA UTERINA PÓS-MENOPAUSA EM MULHER COM FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES: RELATO DE CASO
Patrícia Silva Vieira, Margarete Costa

21 RELATO DE CASO

POLIMIALGIA REUMÁTICA AOS 49 ANOS: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO - RELATO DE CASO
Flávia Meireles, Ana Pinto Dias

25 REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

EFICÁCIA DA BIBLIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE DISFUNÇÃO SEXUAL: UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA
Helena Nogueira Martins, Carolina Nobre, Carolina J. Costa, Rita Viola, Rita Reis Santos

Conselho Científico 2026

Medicina Geral e Familiar

- Dr.ª Ana Catarina Camões
- Dr.ª Ana Filipa Miranda
- Dr.ª Ana Jacinta Abreu
- Dr.ª Ana Rita Cerqueira
- Dr.ª Cecília Barbosa
- Dr.ª Daniela Coelho
- Dr.ª Fabiana Ribeiro Peixoto
- Dr. Filipe Cabral
- Dr.ª Graça Cardoso
- Dr.ª Inês Sampaio de Macedo
- Dr.ª Joana Rita Mendes
- Dr.ª Leonor Luz Duarte
- Dr. Nuno Junqueira Neto
- Dr. Nuno Miguel Parente
- Dr. Pedro Seabra
- Dr.ª Rita Correia
- Dr.ª Rosana Dias
- Dr.ª Sabrina Pedone
- Dr.ª Telma Lopes
- Dr.ª Vera Lúcia Teixeira

Gastroenterologia

- Dr. Rui Gaspar

Ginecologia/Obstetrícia

- Dr.ª Rita Almendra

Medicina Interna

- Dr.ª Diana Anjos
- Dr. Ricardo Fernandes

Oftalmologia

- Dr.ª Jennifer Jesus

Otorrinolaringologia

- Dr. José Pedro Matos

Pediatria

- Dr.ª Mariana Amorim Branco
- Dr.ª Regina Silva
- Dr.ª Tânia Lopes

Pneumologia

- Dr. João Bento

Psiquiatria

- Dr. Paulo Sousa Martins

O Médico de Família na Era da Inteligência Artificial: Entre a Eficiência Técnica e o Toque Humano

Ana Beatriz Silva^{1,3}, Inês Silva Morais^{2,3}

¹ Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Carvalhido, ULS Santo António

² Médica Interna de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar, USF Alto da Maia, ULS São João

³ Membro do Núcleo de Gestão da AIMGFZN

A *World Organization of Family Doctors* (WONCA), para as comemorações do Dia Mundial do Médico de Família, escolheu o tema “Cuidar com compaixão num mundo digital”, em linha com as prioridades estabelecidas pela Dr.^a Viviana Martinez-Bianchi, Presidente da WONCA, no seu discurso inaugural na Conferência Mundial. O apelo feito aos Médicos de Família é para que se comprometam com a saúde digital e inteligência artificial (IA), sem perderem de vista a proteção da equidade de acesso e os relacionamentos.

As novas ferramentas que temos ao nosso dispor podem ter um papel útil na coordenação de cuidados, contudo há o risco de um aumento significativo das cargas administrativa e cognitiva exigidas aos profissionais. Esta “escravatura digital” pode catalisar o desequilíbrio entre vida profissional e pessoal, potenciando o fenómeno de *burnout*.

A integração de modelos de linguagem (LLMs) exige validação científica robusta. Um estudo transversal realizado em unidades de saúde portuguesas comparou o ChatGPT v3.5 com Médicos de Família em consultas de doença aguda, utilizando a plataforma *Dynamed* como *gold standard*. Os dados revelam uma paridade técnica surpreendente, com a IA a apresentar uma taxa de erro significativamente inferior (5,2% vs 11,0%). Adicionalmente, a taxa de concordância diagnóstica foi de apenas 26,2%. Isto significa que o diagnóstico clínico divergiu em quase 74% dos casos. Esta divergência é onde o olhar humano se torna vital: a IA processa padrões de dados, mas o médico processa contextos. A paridade técnica não substitui a necessidade de supervisão, mas valida a IA como um auxiliar diagnóstico capaz de reduzir o erro por omissão.

Por outro lado, um estudo da ULS de Coimbra avaliou o desempenho de LLMs na resolução do exame teórico de especialidade de MGF, constatando que os LLMs respondiam com maior taxa de acerto a casos de consulta aguda do que noutros temas.

Assim, os sistemas de IA podem ter um impacto significativo na triagem do fluxo inicial de doentes e na co-gestão de patologia, principalmente aguda, com auxílio diagnóstico e disponibilizações de marchas algorítmicas. Contudo, a acessibilidade real exige a gestão de incertezas, a integração das crenças e medos do doente e a sua *advocacy*, algo que os algoritmos ainda simplificam excessivamente. O papel com mais nuance do Médico de Família é exatamente este cuidado centrado na pessoa, estando já estudado que respostas empáticas são menos valorizadas pelos utentes quando sabem que vêm de modelos de IA. A chave está em integrar o uso destas ferramentas, facilitadoras do raciocínio e dos processos organizacionais, na criação de espaço para o Médico de Família aprimorar a comunicação presente e empática com os seus utentes.

Adicionalmente, deve-se abordar os riscos inerentes à privacidade de dados com a implementação da IA, e também com as fontes usadas pela mesma. A responsabilidade de toda a gestão inerente ao doente cai somente sobre o Médico, que responderá por qualquer erro ou incongruência que ocorram.

A IA é o “estetoscópio do século XXI”. No futuro da MGF, a literacia em IA permite ao Médico de Família validar e contextualizar as sugestões de um assistente silencioso. Ao libertar o clínico de tarefas mecânicas e administrativas, a tecnologia pode ter o potencial paradoxal de revitalizar o humanismo na Medicina. O modelo deve ser sempre de colaboração e nunca de substituição, mantendo o Médico como o elemento central. Como afirmou Francis Peabody em 1927, uma verdade é que a tecnologia facilita mas nunca altera: “*the secret of taking care of patients is to take care of patients*”.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Simão, B.L.P., Pereira, C.M., Jácome, M. et al. Artificial intelligence in the prescription of acute medical treatments in primary healthcare – comparison of the performance of family physicians and ChatGPT. BMC Prim. Care 26, 284 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02963-2>
- 2- Comparação do desempenho de modelos de linguagem de grande escala no exame teórico final do internato de Medicina Geral e Familiar. Inês Rocha Ferreira Alves, Mariana Jácome, Catarina Santana Oliveira, Cátia Pereira, Carlos Seíça Cardoso. ULS Coimbra.
- 3- Medicina familiar e Inteligência Artificial: um toque humano. (2026). Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar, 41(6), 470-2. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v41i6.14376>
- 4- Mayer M. A. (2023). Inteligencia artificial en atención primaria: un escenario de oportunidades y desafíos [Artificial intelligence in primary care: A scenario of opportunities and challenges]. Atención primaria, 55(11), 102744. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102744>
- 5- Katsakiori, P. F., Kagadis, G. C., Mulita, F., & Marangos, M. (2024). Implementing Artificial Intelligence in Family Medicine: Challenges and Limitations. Cureus, 16(12), e75518. <https://doi.org/10.7759/cureus.75518>
- 6- For AI in Primary Care, Start With the Problem, John Thomas Menchaca, The Annals of Family Medicine Jan 2025, 240504; DOI: 10.1370/afm.240504

Cibersegurança e Ciberresiliência em Saúde: prevenção em primeiro lugar

Ana Sofia Novo Oliveira ^{1,2,3}

¹ Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, ULS Santo António

² Pós-graduada em Saúde Digital pelo ISAG

³ Presidente da Direção AIMGF 2024/2025, Presidente da Assembleia Geral AIMGF 2026/2027

A digitalização dos sistemas de saúde representa uma das transformações mais profundas da medicina contemporânea. Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem investido progressivamente na modernização das plataformas digitais, com avanços ao nível da partilha de informação clínica, no acesso dos cidadãos aos seus dados de saúde e à utilização de serviços de telemedicina. Contudo, esta evolução tecnológica traz consigo uma responsabilidade acrescida que, a julgar pelos acontecimentos recentes, não se encontra salvaguardada: a de garantir que os sistemas são seguros, resilientes e dignos da confiança que os utentes neles depositam.

Segundo o Centro Nacional de Cibersegurança (CNCS), Portugal registou em 2024 um total de 2.758 incidentes de cibersegurança, traduzindo um aumento de cerca de 36% face ao ano anterior, sendo esta uma realidade sucessivamente crescente desde 2019¹. O setor da saúde constitui um dos alvos preferenciais, por ser considerada uma infraestrutura crítica a partir da qual qualquer incidente poderá resultar em consequências severas. A vulnerabilidade a estes ataques prende-se com vários fatores, nomeadamente a desatualização dos sistemas informáticos, a utilização inadequada dos gestores de credenciais de acesso e ainda o conhecimento escasso relativo a matérias de cibersegurança por parte das organizações de saúde. A esta realidade não é alheio o contexto geopolítico internacional, em relação ao qual diariamente constatamos uma situação de instabilidade sem precedentes.

Os últimos ciberataques ocorridos em instituições de saúde são diversos e de gravidade crescente. Em 2022, o Hospital Garcia de Orta e o Hospital do Litoral Alentejano sofreram ataques que comprometeram os seus sistemas de forma significativa². Em 2023, o ciberataque ao SESARAM afetou simultaneamente

três hospitais e 47 centros de saúde da Região Autónoma da Madeira³. Mais recentemente, em maio de 2026, foi reportado um acesso indevido a dados pessoais de mais de 100.000 utentes do SNS através do Portal SNS24, num caso que envolveu a Polícia Judiciária e o Ministério Público para investigação deste crime informático, que partiu de um roubo de identidade e credenciais e cujas consequências ainda não são conhecidas mas que se presumem graves de acordo com o Bastonário da Ordem dos Médicos⁴.

Esta não é, contudo, nenhuma novidade para a comunidade científica. Em 2014, um artigo publicado no *New England Journal of Medicine* alertava para o facto de 94% das instituições de saúde terem reportado terem sido vítimas de ciberataques, identificando quatro categorias principais de incidentes: perda de dados, roubo financeiro, ataques a dispositivos médicos e ataques à infraestrutura crítica⁵. Os dispositivos médicos, nomeadamente equipamentos de monitorização dos doentes ou sistemas de infusão de medicação, representam potenciais meios para um ataque com impacto direto na segurança clínica dos utentes. Por este motivo, a Assembleia Médica Mundial declarou formalmente que os ciberataques a sistemas de saúde e outras infraestruturas críticas constituem uma ameaça à saúde pública⁶.

Para melhor compreendermos a dimensão deste tipo de problemas e as consequências de um ataque massivo a um sistema nacional de saúde, vale a pena olhar para o caso irlandês. Em maio de 2021, o *Health Service Executive* (HSE) — o equivalente irlandês do SNS — foi vítima de um ataque de *ransomware* por parte de um grupo criminoso, tendo este sido considerado o maior ataque alguma vez perpetrado contra um serviço de saúde nacional⁷. O ataque teve início oito semanas antes da sua ativação, quando um funcionário abriu, através da sua conta institucional, um ficheiro malicioso num *e-mail* de *phishing*⁸. Uma vez

dentro do sistema, os atacantes lentamente percorreram a rede, comprometendo 70.000 dispositivos e 52 hospitais, encriptando mais de 80% dos dados do HSE⁹. O impacto foi imediato e devastador: o número de consultas de certas especialidades caiu de forma abrupta, os profissionais foram forçados a regressar aos registos em papel, os laboratórios passaram a processar análises manualmente e os sistemas de imagiologia, obstetria e oncologia ficaram inoperacionais durante semanas¹⁰. A recuperação demorou mais de 4 meses, tendo acarretado um custo estimado superior a 500 milhões de euros (muito superior ao resgate de 16,5 milhões de euros exigido pelos atacantes, e que o HSE recusou pagar)⁷. Este caso exemplifica e reforça a necessidade urgente da criação de sistemas de defesa a ataques informáticos. Neste caso, a política de segurança do HSE datava de 2013, estando, como tal, desatualizada, não tendo sido capaz de bloquear a entrada do ficheiro malicioso no momento do ataque⁸.

As consequências destes ataques ultrapassam largamente a escala habitualmente imaginada. Na dimensão dos direitos fundamentais, o impacto é particularmente grave: os dados de saúde são, por natureza, informação de carácter pessoal e sensível. O seu acesso não autorizado, a sua comercialização ou a sua utilização para fins desconhecidos pode afetar a vida das pessoas de formas que vão muito além do momento do ataque, por períodos de tempo prolongados. E, ao contrário do que acontece com outros dados, não é possível "alterar o historial clínico" para que este deixe de ser utilizado.

É neste sentido que se definem como cruciais os conceitos de **cibersegurança** e **ciberresiliência**, que devem constituir uma prioridade estratégica. A cibersegurança pode ser definida, de acordo com a norma ISO/IEC 27032, como a "preservação da confidencialidade, integridade e disponibilidade da informação no ciberespaço", traduzindo-se no conjunto de práticas, tecnologias e processos destinados a proteger sistemas, redes e dados contra ataques, danos ou acessos não autorizados¹¹. A ciberresiliência, por sua vez, é um conceito complementar distinto: segundo o *National Institute of Standards and Technology* (NIST), trata-se da capacidade de uma organização antecipar, resistir, recuperar e adaptar-se perante condições adversas, ataques ou compromisso dos seus sistemas de informação¹². Se a cibersegurança é o esforço de manter a ameaça afastada, a ciberresiliência é a capacidade de detetar e combater a ameaça, e ainda de recuperar quando se concretiza o ataque. No setor da saúde, esta distinção é fundamental: não basta proteger

os sistemas; é necessário garantir que, perante um incidente, os cuidados aos doentes não ficam comprometidos.

Alcançar este nível de resiliência exige planos de segurança estruturados e previamente testados, equipas com formação específica, protocolos claros de comunicação — com as autoridades competentes, com os profissionais e com os próprios utentes afetados — e uma cultura organizacional na qual a cibersegurança não é vista como um custo adicional, mas sim como uma componente essencial da qualidade e da segurança dos cuidados. A sensibilidade dos dados de saúde torna essencial uma abordagem integrada e alinhada com as normas nacionais e europeias.

Neste contexto, é impossível ignorar o papel crescente da inteligência artificial (IA) e dos sistemas digitais na saúde, que prometem uma melhoria no diagnóstico, personalização terapêutica, deteção precoce de doenças, otimização de recursos, etc. No entanto, a sua implementação assenta sobre esta mesma infraestrutura digital vulnerável, utilizando os dados de saúde (descritos como sensíveis) para o seu processamento. A este respeito, o AI Act, em vigor na União Europeia desde 2024, estabelece obrigações concretas para sistemas de IA de alto risco na área da saúde, incluindo o estabelecimento de avaliações de risco e proteção reforçada¹³. Adotar estas tecnologias sem garantir a segurança da informação que as sustenta seria altamente ineficiente.

A solução não é, portanto, travar a inovação, mas sim garantir que ela é utilizada de forma responsável. Isso exige uma liderança organizacional comprometida, investimento adequado (incluindo a nível de recursos humanos e que não pode depender apenas da resolução de problemas informáticos do dia-a-dia de um profissional de saúde), formação contínua de todos os profissionais (reconhecendo o fator humano como crítico para a segurança da informação), e, por fim, regulamentação que acompanhe a velocidade da transformação tecnológica. A regulamentação existente a nível europeu estabelece um patamar mínimo de exigência em termos de obrigações^{13,14}. Cumpri-las não é um exercício burocrático: é o mínimo ético exigível a quem tem a responsabilidade de guardar informação crítica de milhões de pessoas.

Enquanto médicos que conhecem bem os utentes, sabemos que a confiança é o alicerce de cada consulta, de cada diagnóstico partilhado, de cada decisão terapêutica tomada em conjunto. Essa confiança estende-se, inevitavelmente, ao sistema de informação que regista e transporta essa relação. Protegê-la é, também, por isso, um ato de cuidado.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Centro Nacional de Cibersegurança (CNCS). Relatório de Cibersegurança — Riscos & Conflitos, 6.ª edição. Portugal, setembro de 2025. Disponível em: <https://www.cncs.gov.pt>

2- WeLiveSecurity / ESET. Ataques cibernéticos atingem hospitais em Portugal [Hospital Garcia de Orta e Hospital do Litoral Alentejano]. Abril de 2022. Disponível em: <https://www.welivesecurity.com/br/2022/04/27/ataques-ciberneticos-atingem-hospitais-em-portugal/>

3- Sábado. Hospitais na mira dos hackers. Mais de 4 mil ataques à saúde nos últimos seis meses. Agosto de 2023. Disponível em: <https://www.sabado.pt>

4- CNN Portugal / Público. Acesso indevido a dados do SNS atingiu mais de 100.000 vítimas de todo o país. Maio de 2026. Disponível em: <https://cnnportugal.iol.pt>

5- Perakslis ED. Cybersecurity in Health Care. N Engl J Med. 2014;371(5):395–397. DOI: 10.1056/NEJMp1404358

6- Zelmer J. Cybersecurity in Health: A 21st-Century Imperative [Editorial]. Healthcare Policy. 2018;13(4):6–7. [Inclui referência à: World Medical Assembly. WMA Statement on Cyber-Attacks on Health and Other Critical Infrastructure. Taipei, 2016.]

7- Clark Hill PLC. The HSE Cyberattack: Lessons Learned. 2022. Disponível em: <https://www.clarkhill.com/news-events/news/the-hse-cyberattack-lessons-learned/>

8- Panaseer. What does the Irish health service ransomware attack tell us about security controls? 2022. Disponível em: <https://panaseer.com>

9- SharkStriker. Ransomware attack on HSE Ireland — Health Service Executive explained. 2025. Disponível em: <https://sharkstriker.com>

10- BBC News. Cyber-attack on Irish health service 'catastrophic'. Maio de 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/world-europe-57184977>

11- ISO/IEC 27032:2023. Information technology — Cybersecurity — Guidelines for Internet security. International Organization for Standardization. Disponível em: <https://www.iso.org/standard/27032>

12- National Institute of Standards and Technology (NIST). Cyber Resiliency Engineering Framework — NIST SP 800-160, Vol. 2 Rev. 1. 2021. Disponível em: <https://csrc.nist.gov/publications/detail/sp/800-160/vol-2-rev-1/final>

13- European Commission. AI Act — Regulation on Artificial Intelligence. Em vigor desde 2024. Disponível em: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/regulatory-framework-ai>

14- European Parliament. Diretiva NIS2 (2022/2555) relativa a medidas destinadas a garantir um elevado nível comum de cibersegurança em toda a União. 2022. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu>

SUSPEITA DE MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA NO CONTEXTO DE DISFUNÇÃO SEXUAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

SUSPECTED FEMALE GENITAL MUTILATION IN THE CONTEXT OF SEXUAL DYSFUNCTION: A CLINICAL CASE REPORT

Autores:
Luísa Marques Gomes¹

RESUMO

Introdução: A mutilação genital feminina, conjunto de procedimentos que envolvem a remoção ou dano dos órgãos genitais externos da mulher por razões não médicas, é reconhecida como uma violação dos direitos das mulheres. Esta prática tem graves consequências físicas e psicológicas, nas quais se incluem dispareunia, diminuição do prazer sexual e dificuldade na penetração vaginal. A abordagem das vítimas deve ser sensível, evitando julgamentos, dado que frequentemente quem perpetua esta prática acredita estar a defender o melhor interesse da família. A agenesia do clítoris é uma entidade rara, pelo que devem ser excluídas outras causas na ausência deste órgão, nomeadamente a prática de mutilação genital.

Descrição do caso: Mulher de 38 anos, saudável e natural de Angola, recorreu a consulta por desejo sexual hipoativo, dispareunia e dificuldade na penetração. Apesar de melhoria transitória do quadro com acompanhamento prévio por Sexologia, teve recidiva da disfunção sexual pós-parto. Relata, em momentos íntimos, pensamentos intrusivos sobre a expetativa dolorosa e crenças religiosas. Ao exame ginecológico, apresentava ausência do clítoris; quando abordada a possibilidade de ter sido submetida a mutilação genital feminina, a doente nega.

A história clínica é sugestiva de perturbação do interesse/excitação sexual e perturbação de dor genitopélvica/ penetração. Foram identificados fatores de vulnerabilidade individual - culpabilização, baixa abertura à experiência, ansiedade de desempenho e predomínio de esquemas de incompetência; dos fatores socioculturais, destacam-se as atitudes negativas face à sexualidade e as crenças sexuais disfuncionais. Como intervenção, foram propostas técnicas de foco sensorial e psicoterapia, tendo a doente sido referenciada à consulta de Medicina Sexual e de Ginecologia.

Comentário: O clítoris, constituído por porção externa e interna, possibilita a satisfação sexual mesmo na ausência de glande clitoriana. Perante uma disfunção sexual neste contexto, a mulher deve ser devidamente orientada e diagnosticada.

Palavras-chave: disfunções sexuais fisiológicas; disfunções sexuais psicogénicas; circuncisão feminina; clítoris; anormalidades

ABSTRACT

Introduction: Female genital mutilation, a set of procedures that involve the removal or damage of a woman's external genital organs for non-medical reasons, is recognized as a violation of women's rights. This practice has serious physical and psychological consequences, including dyspareunia, decreased sexual pleasure and difficulty with vaginal penetration. Approach to victims must be sensitive, avoiding judgments, given that those who perpetuate this practice often believe they are defending the family's best interests. Agenesis of the clitoris is a rare entity, therefore other causes must be excluded in the absence of this organ, namely the practice of genital mutilation.

Case description: A 38-year-old woman, healthy and born in Angola, sought medical advice due to hypoactive sexual desire, dyspareunia and difficulty with penetration. Despite a temporary improvement in the condition with prior counseling by Sexology, there was a postpartum recurrence of the sexual dysfunction. During intimate moments, the patient reports intrusive thoughts about expectations of pain and religious beliefs. Gynecological examination showed the clitoris was absent; when the possibility of having undergone female genital mutilation was raised, the patient denied it.

The clinical history is suggestive of sexual interest/arousal disorder and genito-pelvic pain/penetration disorder. Individual vulnerability factors were identified - guilt, low openness to experience, performance anxiety and predominance of incompetence schema; among sociocultural factors, negative attitudes towards sexuality and dysfunctional sexual beliefs stood out. As an intervention, sensate focus techniques and psychotherapy were proposed, and the patient was referred to Sexual Medicine and Gynecology consultations.

Comment: The clitoris, consisting of an external and internal portion, allows sexual satisfaction even in the absence of a clitoral glans. When faced with sexual dysfunction in this context, the woman must be properly guided and diagnosed.

Keywords: sexual dysfunction; psychological; circumcision; female; clitoris; abnormalities

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Sanus Carandá, Unidade Local de Saúde de Braga, Portugal

INTRODUÇÃO

A mutilação genital feminina (MGF) engloba todos os procedimentos que envolvam a remoção ou dano dos órgãos genitais externos da mulher, por razões não médicas.^{1,2} Esta prática é reconhecida internacionalmente como uma violação grave dos direitos das meninas e das mulheres e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 200 milhões de vítimas foram submetidas a estes procedimentos em todo o mundo.³

Enquanto manifestação de discriminação contra as mulheres, a MGF é uma forma de violência de género que se enquadra num universo sociocultural próprio.^{1,3} Nos países onde esta prática é prevalente, a MGF é frequentemente encarada como um ritual de iniciação das crianças do sexo feminino, destinando-se à preservação da moralidade, controlo da sexualidade da mulher e integração e aceitação social, podendo constituir um estigma a sua não realização.^{1,3}

A OMS define quatro tipos de MGF (explicitados na tabela 1), com diferentes subtipos que contemplam a diversidade de procedimentos inerentes.^{1,2} A maioria dos casos de MGF ocorre entre os 3 e os 10 anos de idade, apesar de existirem relatos de meninas sujeitas à prática desde o nascimento; por outro lado, pode ainda ocorrer na adolescência ou até na idade adulta, antes do casamento.³ Dada a existência de fluxos migratórios provenientes de países onde a prática da MGF é conhecida, a OMS alertou para o risco da continuidade desta prática em países

Tabela 1. Tipos e subtipos de mutilação genital feminina.

Tipo I, clitoridectomia	Remoção total ou parcial do clítoris e/ou do prepúcio. Tipo Ia: remoção apenas do prepúcio (capuz) do clítoris. Tipo Ib: remoção do clítoris com o prepúcio.
Tipo II, excisão	Remoção total ou parcial do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios. Tipo IIa: remoção apenas dos pequenos lábios. Tipo IIb: remoção parcial ou total do clítoris e dos pequenos lábios. Tipo IIc: remoção parcial ou total do clítoris, dos pequenos lábios e dos grandes lábios.
Tipo III, infibulação	Estreitamento do orifício vaginal, através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos e/ou grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris. Tipo IIIa: remoção e aposição dos pequenos lábios. Tipo IIIb: remoção e aposição dos grandes lábios.
Tipo IV	Todas as outras intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos com fins não médicos, por exemplo: punção, perfuração, incisão, escarificação e cauterização.

da União Europeia, nos quais se inclui Portugal. Das comunidades imigrantes residentes em Portugal, as mais afetadas pela MGF são originárias da África subsaariana, apesar desta prática ser conhecida um pouco por todo o mundo.^{1,3}

Um estudo de prevalência sobre a MGF,⁴ em Portugal, estimou que residem cerca de 5246 mulheres em idade fértil submetidas à prática neste país, sendo os tipos de corte predominantes os tipos I e II (clitoridectomia e excisão). Segundo a análise da Direção-Geral da Saúde (DGS) dos casos registados, em 2024 foram reportados 254 casos de MGF, totalizando 1290 casos registados desde 2015.⁵

A MGF tem consequências graves, físicas e psicológicas, que podem perdurar ao longo de toda a vida das vítimas. Entre as complicações imediatas associadas ao procedimento, contam-se a dor intensa, hemorragia, vulnerabilidade infecciosa e perigo de morte. Já as consequências a longo prazo envolvem infeções uroginecológicas, dismenorreia, desenvolvimento de úlceras, abscessos ou quistos dolorosos e maior incidência de complicações obstétricas. Igualmente nefastos são os danos psicológicos, que incluem depressão, ansiedade, diminuição da autoestima e sintomas de stress pós-traumático.^{1,3,6} No entanto, a evidência disponível sobre as complicações de acordo com o tipo e subtipo de MGF é limitada, em particular para o tipo I.²

Relativamente ao foro da sexualidade, todos os tipos de MGF podem ter um impacto negativo na função sexual. Destacam-se a diminuição ou ausência da sensibilidade e do prazer sexual, dispareunia, dificuldade na penetração vaginal e anorgasmia.^{1,6}

A abordagem de uma possível vítima de MGF deve sempre ser baseada no respeito e empatia, evitando julgamentos e opiniões preconcebidas. Frequentemente, as figuras familiares que perpetuam esta prática acreditam estar a defender a família e o melhor interesse das meninas e mulheres, pelo que os profissionais que lidam com esta realidade deverão mostrar-se sensíveis às suas motivações, sem prejuízo da clara afirmação do desvalor, crime e consequências do ato. A garantia de confidencialidade e privacidade são indispensáveis e deve sempre ser assegurado o prévio consentimento da mulher para a observação ginecológica. Caso sejam detetadas alterações suspeitas no exame físico, os achados devem ficar devidamente registados no processo clínico, de modo a evitar a repetição da observação. Casos confirmados de MGF devem ainda ser registados na plataforma Registo de Saúde Eletrónico (RSE), para análise e eventual publicação pela DGS.^{1,3}

Segundo a Associação para o Planeamento da Família,⁷ nos casos de MGF constatada, a abordagem à vítima deve ser conduzida com perguntas abertas e espaço de reflexão. Sempre que oportuno, devem ser fornecidos à mulher e sua família folhetos informativos sobre as consequências nefastas da prática e mencionado que o Código Penal português proíbe a prática da MGF (Lei n.º 83/2015). A terminologia utilizada deve ser adequada e culturalmente sensível, utilizando expressões que a própria pessoa usa em relação à prática, como corte, excisão, fanado, etc. Neste contexto, pode ser útil recorrer a um mediador intercultural, particularmente no momento de abordagem à família.^{1,7}

A hipoplasia congénita do clítoris

A agenesia clitoriana, definida como a ausência completa deste órgão, e a hipoplasia, diminuição do tecido clitoriano, são entidades raras que podem surgir integradas em malformações complexas, como as síndromes de *Prader-Willi* ou de *Robinow*.^{8,9} Existem relatos de ausência congénita não síndrómica do clítoris,^{8,9} geralmente em associação com outras anomalias dos genitais externos e, mais raramente, como alteração isolada. Dado que os relatos de agenesia isolada do clítoris são escassos,⁹ é essencial distinguir entre causas congénitas e adquiridas de ausência clitoriana - a prática de mutilação genital feminina, particularmente do tipo I, deve sempre ser excluída.^{8,9}

Perante um achado de ausência de clítoris, deve ser realizada uma avaliação médica detalhada, de modo a excluir outras anomalias e auxiliar no aconselhamento da doente.⁸ Como órgão intimamente relacionado com o prazer sexual, uma anomalia do clítoris pode ter consequências na vivência da sexualidade e ser uma fonte de disfunção sexual, nomeadamente de distúrbios de excitação.

DESCRIÇÃO DO CASO

História Clínica

Mulher de 38 anos, natural de Angola, tendo-se estabelecido em Portugal na infância. Mãe de dois filhos, ambos os partos foram realizados por via vaginal e sem intercorrências, assim como as gravidezes. Sem antecedentes pessoais de relevo, cumpre uma alimentação variada e equilibrada, não consome substâncias de abuso e não faz qualquer medicação oral diária. É portadora de sistema intrauterino (SIU) hormonal, de levonorgestrel, dado que considera o seu projeto familiar concluído. Relativamente aos antecedentes familiares, refere apenas que a irmã mais nova foi diagnosticada com vaginismo.

A doente recorreu a consulta no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), por disfunção sexual de longa evolução, com queixas de desejo sexual hipoativo e dispareunia. Referia dificuldade na penetração, com dor intensa associada, desde que iniciou atividade sexual, após o casamento com o marido. Com acompanhamento especializado por Sexologia, que iniciou em 2011, foi diagnosticada com vaginismo e teve período de melhoria das queixas de dispareunia e, consequentemente, da libido. Neste período da vida, a recuperação da atividade sexual resultou na sua primeira gravidez. No entanto, dada a melhoria e o facto de não considerar o acompanhamento uma prioridade económica, abandonou o seguimento nestas consultas.

Após o parto do segundo filho, teve recidiva da disfunção, com dispareunia marcada com a retoma da atividade sexual. A doente refere que a sua sexualidade se encontra atualmente limitada a penetração numa posição apenas, a que lhe traz menos dor, e que recusa novas experiências por “saber que vão doer”. Relata ainda que, em momentos de intimidade, tem frequentemente pensamentos intrusivos sobre a expectativa dolorosa e sobre a crença que “Deus está a ver”.

Relativamente à relação íntima com o marido, descreve-a como muito boa, relatando que este sempre se mostrou compreensivo e que sente que pode falar abertamente com ele - no entanto, tem frequentemente sentimentos de culpa, por sentir que o priva da vivência sexual. A doente tem a sua irmã como principal confidente, com quem partilha as suas dificuldades. Inicialmente, sentia pressão para resolver a disfunção sexual por parte dos seus pais, que questionavam e mostravam-se preocupados, mas refere que desde o nascimento dos filhos que tal não aconteceu.

Quando questionada sobre o acompanhamento prévio por Sexologia e as estratégias utilizadas, refere que algumas das abordagens foram úteis, como as técnicas de foco sensorial; no entanto, mostra desagrado sobre outras propostas que considera sujas e impróprias, como a masturbação. A doente menciona que sente desilusão e desesperança pela recidiva das queixas, mas que se encontra motivada para a recuperação - não só em prol da sua relação com o marido, mas também como exemplo para a sua filha, a qual gostaria que tivesse uma postura mais aberta relativamente à sexualidade.

Ao exame ginecológico, apresentava ausência da glândula do clítoris. A região clitoriana apresentava tecido liso, sem retrações ou aderências, não se identificando alterações sugestivas de processo cicatricial.

Não foram identificadas outras alterações à inspeção dos genitais externos, nomeadamente fusão dos pequenos lábios. As Figuras 1 e 2, representam a morfologia observada. Apresentava ainda escassa lubrificação do canal vaginal, com dificuldade e dor à introdução do espéculo ginecológico. Quando abordada a possibilidade de ter sido submetida a mutilação genital feminina, refere que não tem qualquer memória do evento e que a prática não faz parte da cultura da sua família, dado pertencerem à religião cristã.



Figura 1. Fotografia dos genitais externos da doente.



Figura 2. Fotografia dos genitais externos da doente.

Avaliação

As disfunções sexuais são caracterizadas por dificuldade clinicamente significativa em responder sexualmente ou experienciar prazer sexual, podendo manifestar-se isoladamente ou em combinação.⁶ Para que uma alteração da resposta sexual seja considerada disfunção, são necessários determinados critérios: duração mínima de sintomas de 6 meses, dificuldades presentes em todas ou quase todas as ocasiões de atividade sexual e sofrimento pessoal significativo. A história clínica apresentada é sugestiva de perturbação do interesse/excitação sexual e perturbação de dor genitopélvica/penetração.

A avaliação das disfunções deve ter em conta a perspetiva biopsicossocial da resposta sexual, abordando os fatores biológicos, psicológicos e socioculturais que podem influenciar a sexualidade e atuar como fatores predisponentes, precipitantes ou de manutenção das dificuldades. No caso exposto, do ponto de vista biológico, apontamos a ausência da estrutura anatômica do clitóris. Já relativamente ao contexto psicológico e relacional, evidenciaram-se fatores de vulnerabilidade individual, como a culpabilização, a perda de confiança na capacidade de desempenhar sexualmente e a baixa abertura à experiência. Outros fatores cognitivos e emocionais de risco identificados incluem a discrepância de desejo entre o casal, a ansiedade de desempenho e o predomínio de esquemas de incompetência.

Nesta doente, os fatores culturais e religiosos são talvez os mais marcantes. As atitudes negativas face à sexualidade demonstradas são possivelmente fruto de uma educação conservadora, em que a sexualidade assume legitimidade apenas com o objetivo de procriação. Associadamente, são observadas crenças sexuais disfuncionais, que resultam em atitudes repressivas e inibições de atividades sexuais ou de prazer.

Intervenção

O principal objetivo da intervenção na disfunção sexual é melhorar a intimidade e restaurar o prazer sexual, quer no indivíduo quer no casal. No caso relatado, foi estabelecido, em conjunto com a doente, que as prioridades terapêuticas seriam a exploração das inibições, a abordagem da dor e, consequentemente, o restabelecimento da satisfação sexual.

De modo a estimular a aprendizagem de novas formas de estimulação sexual e reestabelecer a intimidade física, foram sugeridas técnicas de foco sensorial, que permitem melhorar a capacidade de foco nas sensações de prazer. Estas técnicas consistem na exposição gradual a atividades sexuais na ausência

de exigência de desempenho e dividem-se em fases progressivas - prazer não genital, prazer genital, coito não exigente e coito com possibilidade de orgasmo.¹⁰ Neste caso, as duas primeiras fases assumem particular importância, pois não exigem penetração e possibilitam a experiência do prazer sexual sem o foco cognitivo na dor.

Exercícios de autoestimulação, com o objetivo de descoberta do prazer num contexto individual, podem ser úteis. A doente mantinha a sua oposição à masturbação, mas quando sugerido que a hidratação local com produtos apropriados seria benéfica para a secura e desconforto vaginal, mostrou-se aberta à sua utilização.

A psicoterapia individual assume-se, nestes casos, como fundamental na exploração de inibições individuais e reestruturação cognitiva. Esta intervenção permite desmistificar crenças disfuncionais e modificar atitudes negativas que impedem a vivência livre do prazer sexual. Neste âmbito, foi proposta a referência para a consulta de Medicina Sexual do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), que conta com uma equipa multidisciplinar e apoio psicológico especializado. Após a aceitação da doente, foi contactada a equipa para referência e exposição do caso, tendo a doente sido avaliada em consulta cerca de seis meses depois.

Por fim, como abordagem à alteração anatômica detetada no exame ginecológico, foi sugerida a avaliação por Ginecologia, com o fim de esclarecer o achado, excluir mutilação genital feminina e avaliar a possibilidade de intervenção. A doente aceitou, pelo que foi referenciada para o serviço de Ginecologia do hospital de referência, que conta também com consulta especializada de Medicina Sexual. A doente foi convocada para consulta hospitalar, cerca de seis meses após a referência, mas não compareceu ou pediu remarcação.

COMENTÁRIO

O clitóris é uma estrutura complexa, constituída por uma porção externa, a glândula e o prepúcio, e um conjunto de estruturas internas - corpo, raízes e bulbos do clitóris, que circundam a abertura da vagina. Assim, mesmo na ausência da glândula do clitóris, a excitação e satisfação sexual continuam a ser possíveis, através da estimulação do clitóris interno ou de outras zonas erógenas. Perante uma disfunção sexual neste contexto, a mulher deve ser orientada e tratada, contextualizando as alterações biológicas, o relacionamento afetivo e as representações individuais e sociais em que está inserida.¹

Angola, país de origem da doente apresentada, não é considerado um país com prática prevalente de mutilação genital feminina,¹ pois não existe um registo oficial de casos. No entanto, esta prática tem-se revelado mais disseminada do que o inicialmente reportado, particularmente a MGF tipo IV. Apesar de ainda não se terem traduzido em dados estatísticos, foram já divulgados alertas sobre a prática de MGF em algumas províncias angolanas, ainda não amplamente estudadas.¹¹ Por outro lado, a MGF é frequentemente associada a influências religiosas, apesar de nenhum texto religioso defender a prática e existirem relatos em diversas religiões, incluindo a católica.

Apesar de o caso exposto não se tratar de MGF constatada, este tema deve sempre ser abordado e estudado com delicadeza. Dado que a doente não compareceu à consulta de Ginecologia nem voltou a ser avaliada no âmbito dos CSP, a ausência do clitóris verificada permanece por esclarecer. No entanto, na possibilidade de esta alteração anatômica ter sido causada pela prática de MGF, parece não existir um risco claro de esta ser perpetuada nas futuras gerações, pelo aparente desconhecimento do próprio evento pela doente e pela sua preocupação com a sexualidade futura da filha.

Segundo orientações da DGS,¹ cada unidade de saúde deve, de acordo com as particularidades da sua população, organizar uma resposta estruturada de combate à prática de MGF, envolvendo as famílias e a comunidade. De acordo com a análise dos casos reportados em 2024 em Portugal,⁵ apenas 26,4% dos registos foram realizados nos Cuidados de Saúde Primários, apesar do maior contacto e proximidade que se verificam neste contexto de saúde. A maioria dos registos foram efetuados na região de Lisboa (99,6%), provavelmente, por um lado, pela maior concentração de mulheres migrantes oriundas de países onde se pratica a MGF e, por outro, pelas diversas ações de formação e de sensibilização destinadas a profissionais de saúde realizadas nesta região.

Assim, a criação de respostas estruturadas e a capacitação de profissionais assume grande importância no combate à MGF. Esta prática, intimamente ligada a noções de tradição cultural e pertença identitária, é particularmente sensível e permanece rodeada de secretismo. Neste contexto, a valência de Medicina Sexual, particularmente no âmbito dos CSP, torna-se valiosa na abordagem destas vítimas e das disfunções sexuais associadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Direção-Geral da Saúde. Mutilação Genital Feminina. Norma nº 008/2021 de 30/06/2021.
2- Abdulkadir J, Catania L, Hindin MJ, Say L, Petignat P, Abdulkadir O. Female Genital Mutilation: A Visual Reference and Learning Tool for Health Care Professionals. Obstet Gynecol. 2016;128(5):958-63.
3- Manual de Procedimentos – Colaborar Ativamente Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJC) [consultado em agosto de 2025]. Disponível em: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/02/Colaborar-Ativamente-na-Prevencao-e-Eliminacao-da-Mutilacao-Genital-Feminina-Manual-de-Procedimentos_CPCJ.pdf
4- Lisboa M, Cerejo D, Teixeira AL, Frade A, Moreira C, Brasil E, et al. Mutilação Genital Feminina em Portugal: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação. 1a ed. Vila Nova de Famalicão: Edições Húmus; 2015.
5- Atualização dos Registos de Mutilação Genital Feminina – Ano de 2024. Direção-Geral de Saúde [consultado em agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/boletim-mgf-6fev-2023-pdf.aspx>
6- Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. Fertil Steril. 2010;93(3):722-4.
7- Mutilação Genital Feminina, Escala de Risco: Decisão e Atuação. Associação para o Planeamento da Família [consultado em agosto de 2025]. Disponível em: https://apf.pt/wp-content/uploads/2023/08/viz_escala_de_risco_a4.pdf
8- Almutadares M, Evans J, Sellers E, Morris A, Zapata-Aldana E. Female congenital aphallia: a unique case of congenital absence of the clitoris with an ectopic labium majorum. Clin Dysmorphol. 2021;30(1):17-21.
9- Bellemare S, Dibden L. Absence of the Clitoris in a 13-Year-Old Adolescent: Medical Implications for Child and Adolescent Health. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2005;18(6):415-18.
10- Avasthi A, Grover S, Sathyanarayana Rao TS. Clinical Practice Guidelines for Management of Sexual Dysfunction. Indian J Psychiatry. 2017;59:91-115.
11- Mutilação genital feminina é praticada em comunidades de uma região de Angola. RTP Notícias [consultado em agosto de 2025]. Disponível em: https://www.rtp.pt/noticias/mundo/mutilacao-genital-feminina-e-praticada-em-comunidades-de-uma-regiao-de-angola_n1416523

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:

A autora declara a inexistência de conflitos de interesse na redação e publicação do presente artigo. Este artigo não recebeu nenhuma fonte de financiamento, quer do domínio público quer privado.

CORRESPONDÊNCIA:

Maria Luísa Marques Gomes
mluisagomes.94@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL:

LMG: revisão de literatura, escrita e revisão de artigo

RECEBIDO: 04 de setembro de 2025 | ACEITE: 06 de janeiro de 2026

HEMORRAGIA UTERINA PÓS-MENOPAUSA EM MULHER
COM FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES: RELATO DE CASO

POSTMENOPAUSAL UTERINE BLEEDING IN A WOMAN WITH
CARDIOVASCULAR RISK FACTORS: A CASE REPORT

Autores:

Patrícia Silva Vieira¹, Margarete Costa²

RESUMO

Introdução: A hemorragia uterina anormal pós-menopausa constitui um sinal de alarme, que requer investigação clínica, dada a possibilidade de patologia endometrial maligna. A hiperplasia endometrial sem atipia é uma entidade benigna, mas pode representar um estadió precursor de carcinoma endometrial, especialmente na presença de fatores de risco metabólicos, hormonais e/ou familiares.

Descrição do caso: Indivíduo do sexo feminino, de 58 anos, com antecedentes de doença cardiovascular e história familiar de carcinoma do endométrio. Na sequência de hemorragia vaginal de novo, inicia investigação com ecografia ginecológica, que evidencia espessamento endometrial. Após referenciação hospitalar para consulta de Ginecologia, a biópsia endometrial confirma o diagnóstico de hiperplasia endometrial sem atipia. É proposta colocação de dispositivo intrauterino com levonorgestrel, cuja inserção é adiada até esclarecimento de achado mamográfico inconclusivo. Após repetição do estudo, classificado como benigno, a utente aguarda agendamento de consulta hospitalar para inserção do dispositivo para controlo sintomático.

Comentário: Este caso sublinha a importância de uma abordagem estruturada na hemorragia uterina anormal em mulheres pós-menopausa, salientando a existência das diversas comorbilidades e fatores de risco associados para carcinoma endometrial. Destaca a necessidade de articulação entre cuidados de saúde primários e secundários na integração das diversas patologias e áreas da saúde da mulher e da atualização dos programas de rastreio para assegurar decisões terapêuticas seguras e oportunas.

Palavras-chave: Menopausa; Hemorragia Uterina; Hiperplasia Endometrial

ABSTRACT

Introduction: Abnormal postmenopausal uterine bleeding is a warning sign that requires clinical investigation, given the possibility of malignant endometrial pathology. Endometrial hyperplasia without atypia is a benign condition, but it can be a precursor to endometrial carcinoma, especially in the presence of metabolic, hormonal, and/or familial risk factors.

Case description: A 58-year-old female with a family history of endometrial carcinoma and cardiovascular disease. Following vaginal bleeding, she undergoes a gynecological ultrasound, which reveals endometrial thickening. After referral to the hospital for a gynecological consultation, an endometrial biopsy confirms the diagnosis of endometrial hyperplasia without atypia. The placement of a levonorgestrel intrauterine device is proposed, but insertion is postponed until inconclusive mammographic findings could be clarified. After repeating the study, classified as benign, the patient is awaiting a hospital appointment for insertion of the device for symptomatic control.

Comment: This case highlights the importance of a structured approach to abnormal uterine bleeding in postmenopausal women, emphasizing the existence of various comorbidities and risk factors associated with endometrial carcinoma. It highlights the need for coordination between primary and specialized healthcare in the integration of various pathologies and areas of women's health and the updating of screening programs to ensure safe and timely therapeutic decisions.

Keywords: Menopause; Uterine Hemorrhage; Endometrial Hyperplasia

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Argoncilhe, Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga

2. Assistente em Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Argoncilhe, Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga

INTRODUÇÃO

A menopausa, definida como a última menstruação resultante do esgotamento do reservatório folicular do ovário, marca a transição da fase reprodutiva para a senescência ovárica. Durante este período, ocorre um quadro hormonal de hipoestrogenismo que resulta em mudanças fisiológicas no organismo feminino, levando à involução uterina e à cessação do sangramento uterino menstrual típico.¹

A ocorrência de hemorragia uterina na pós-menopausa deve ser considerada um sinal de alarme e sempre investigada de forma rigorosa.¹ Este sintoma pode traduzir a existência de uma patologia orgânica, incluindo malignidade ginecológica, nomeadamente carcinoma do endométrio ou lesões precursoras. Entre as causas mais frequentes de hemorragia nesta fase da vida da mulher destacam-se a atrofia endometrial e os pólipos endometriais.^{1,2} No entanto, esta pode resultar de outras condições ginecológicas ou de patologias não ginecológicas, tais como infeção ou cancro do trato urinário, patologia anal, retal ou intestinal, bem como da toma de determinados fármacos.²

A abordagem inicial da hemorragia uterina pós-menopausa deve contemplar uma anamnese detalhada com identificação de fatores de risco para carcinoma do endométrio. Entre os fatores mais fortemente associados destacam-se a obesidade, a diabetes *mellitus*, a nuliparidade^{1,3} e a hipertensão arterial.^{2,3} Outros fatores como a anovulação crónica^{1,3} e a terapêutica hormonal^{1,2} devem igualmente ser considerados no processo de avaliação. A mulher deve ser inquirida sobre o início, a frequência e possíveis fatores desencadeantes dos episódios de sangramento, assim como sintomas acompanhantes, como dor ou febre. A anamnese deve abranger sintomas do trato urinário e gastrointestinal e avaliar o uso de medicamentos ou suplementos que possam influenciar o quadro clínico, tais como anticoagulantes ou tamoxifeno.²

O exame físico deve iniciar-se com a inspeção da genitália externa com o objetivo de identificar a origem da hemorragia. Segue-se a avaliação com espéculo vaginal, que permite a observação da mucosa vaginal, deteção de sinais de atrofia ou outras alterações patológicas, bem como a confirmação da origem vaginal do sangramento. Posteriormente, o exame bimanual possibilita a avaliação do útero e anexos, assim como dor cervical. A avaliação deve ser complementada por um exame físico geral, visando a identificação de sinais sugestivos de patologia sistémica associada.³

Uma das patologias responsáveis pelo surgimento de hemorragia uterina pós-menopausa é a hiperplasia endometrial, que corresponde a uma alteração proliferativa anormal e não invasiva do endométrio.⁴ Esta ocorre devido a uma estimulação estrogénica não contrabalançada por progesterona.^{1,5} Dado ser uma lesão precursora, o diagnóstico precoce e a estratificação de risco são fundamentais para a prevenção da progressão para adenocarcinoma endometrial.⁶ Este é o tumor maligno mais frequente do sistema reprodutor feminino, sendo o sexto mais frequente na mulher em Portugal.⁷

Este relato de caso justifica-se pela complexidade da sobreposição dos múltiplos fatores de risco cardiovasculares, bem como da história familiar para carcinoma endometrial. Ilustra os desafios na decisão terapêutica, dada a interdependência entre as diferentes áreas da saúde da mulher, nomeadamente na articulação entre os achados endometriais e mamográficos. Adicionalmente, destaca-se o papel dos cuidados de saúde primários na abordagem integrada, longitudinal e centrada na pessoa e a necessidade de articulação com cuidados especializados.

DESCRIÇÃO DO CASO

Indivíduo do sexo feminino, caucasiana, 58 anos, nacionalidade brasileira, residente em Portugal há um ano, autónoma e cuidadora informal dos pais. Como antecedentes médicos pessoais, apresenta três enfartes agudos do miocárdio em 2009, 2011 e 2015, obesidade com índice de massa corporal (IMC) de 37,6 kg/m², dislipidemia e é ex-fumadora de 40 unidades maço-ano (UMA). Associadamente, apresenta perturbação depressiva major, perturbação de hiperatividade com défice de atenção e psoríase. Encontra-se medicada com metoprolol 50 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg, clopidogrel 75 mg, atorvastatina 40 mg, fluoxetina 20 mg, lisdexanfetamina em SOS e associação tópica de betametasona e calcipotriol, 0,5 mg/g + 0,05 mg/g.

De história familiar relevante, a utente apresenta uma irmã com diagnóstico de carcinoma do endométrio aos 60 anos, a mãe com hipertensão arterial e o pai com diabetes *mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial. A história ginecológica inclui a primeira gravidez aos 16 anos, seguida pelo uso de pílula combinada oral até aos 30 anos. Posteriormente, passa a utilizar anel vaginal até aos 43 anos. Refere cinco gravidezes no total, com dois partos e três interrupções. Após a última gravidez, passa a apresentar menstruações irregulares, recebendo diagnóstico de menopausa aos 45 anos, sem terapêutica hormonal de substituição.

Em consulta programada para rastreio do cancro do colo do útero, em outubro de 2024, a utente relata episódio de hemorragia vaginal com pequena quantidade de sangue diário, que descreve como “borra de café”, com duas semanas de duração. Ao exame ginecológico, observam-se vestígios de sangue acastanhado na vagina, sugerindo proveniência uterina, sem alterações do colo, sem odor característico, sem dor à mobilização do espéculo e na palpação bimanual. Nega alterações urinárias ou gastrointestinais. Nesse contexto é colhida citologia cervicovaginal. Apresenta estudo analítico pedido em consulta anterior, com hemoglobina glicada (HbA1c) de 6,7%. É solicitada ecografia ginecológica por via endocavitária, novo estudo analítico e mamografia bilateral, dada ausência de rastreio do cancro da mama há vários anos.

No seguimento, em novembro de 2024, a HbA1c encontra-se em 6,9%, confirmando diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2. É reforçada a necessidade de medidas de estilo de vida, com incentivo à prática de atividade física e cuidados alimentares, aconselhando-se perda ponderal. Adicionalmente, inicia-se terapêutica com metformina 1000 mg, duas tomadas diárias. A ecografia ginecológica evidencia miométrio heterogéneo e espessamento endometrial de 7 mm (espessamento endometrial considerado anormal a partir de 4 mm)^{1,2}, com algumas formações quísticas na sua dependência. Perante estes achados, a utente é referenciada para consulta de Ginecologia para a unidade local de saúde da área de residência.

A primeira consulta de patologia endometrial decorre em fevereiro de 2025, não ocorrendo novos episódios de hemorragia vaginal até essa data. Ao exame ginecológico, apresenta eritema vulvar, colo sem lesões e leucorreia inespecífica. A ecografia ginecológica que realiza na consulta confirma as alterações previamente identificadas, com endométrio de 5 mm de maior espessura. É realizada biópsia endometrial e é medicada para o eritema vulvar com betametasona e cotrimoxazol, 0,5 mg/g + 10 mg/g, tópico, durante uma semana.

A mamografia anteriormente solicitada é classificada pelo *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS) como inconclusiva, BI-RADS 0, devido à existência de um nódulo individualizado na transição dos quadrantes externos da mama direita, sendo pedida ecografia mamária para melhor caracterização da lesão.

Em março de 2025, na consulta subsequente de Ginecologia, é conhecido o resultado da biópsia, que revela hiperplasia endometrial sem atipia. Perante este diagnóstico e a indicação terapêutica, é

proposta a colocação de um dispositivo intrauterino com levonorgestrel (SIU-L), com o objetivo de controlo sintomático. No entanto, a colocação do SIU-L é adiada devido à necessidade de conclusão do estudo imagiológico mamário.

A utente é convocada para rastreio mamográfico pela Liga Portuguesa Contra o Cancro nesse mês, que realiza e cuja mamografia é categorizada como benigna, BI-RADS 2. Face a classificação benigna, opta por não realizar a ecografia mamária complementar, solicitada anteriormente.

Em consulta programada de vigilância de diabetes *mellitus*, em julho de 2025, a utente refere intolerância gastrointestinal à metformina, por náuseas. Apresenta perda ponderal de 6 kg, traduzindo-se em IMC de 35,6 kg/m². Traz o estudo analítico semestral com HbA1c de 6,5%. Apesar da melhoria analítica e perda ponderal, opta-se por suspender metformina e iniciar semaglutido, 0,25 mg/0,19 mL, solução injetável, com administração semanal.

À data, a utente aguarda nova consulta de Ginecologia para colocação do SIU-L, mantendo-se assintomática quanto a episódios de hemorragia vaginal.

COMENTÁRIO

Este relato de caso ilustra a relevância da hemorragia uterina anormal na mulher pós-menopausa como manifestação clínica potencialmente associada a patologia endometrial.

A apresentação clínica reveste-se de particular interesse pela coexistência de fatores de risco cumulativos para carcinoma endometrial. A salientar, a existência de múltiplos fatores de risco cardiovasculares, como os antecedentes de três enfartes agudos do miocárdio, obesidade, ex-tabagismo e ainda o diagnóstico recente de diabetes *mellitus* tipo 2. Associadamente, apresenta história familiar de patologia cardiovascular nos progenitores, bem como antecedentes de carcinoma do endométrio numa irmã. Todos estes fatores de risco, perante uma mulher pós-menopausa com hemorragia uterina anormal associada a espessamento do endométrio, alertam para a possibilidade de malignidade endometrial.

Embora o diagnóstico da utente tenha sido de hiperplasia endometrial sem atipia, uma entidade benigna com risco reduzido de progressão, esta pode representar um estadió precursor para hiperplasia atípica ou carcinoma, sobretudo na presença de fatores predisponentes.^{1,2} O tratamento com progestativos, nomeadamente através da colocação do SIU-L, é considerada a terapêutica médica de primeira linha,

promovendo um equilíbrio hormonal e permitindo a regressão histológica e controlo sintomático, sendo uma estratégia eficaz e bem tolerada. O tratamento deverá ser mantido por um período mínimo de seis meses, mas na ausência de efeitos adversos, o dispositivo pode permanecer colocado até um período de cinco anos. Esta abordagem implica um seguimento clínico estruturado e individualizado com vigilância periódica, dada a possibilidade de progressão da lesão.¹

A gestão deste caso evidenciou ainda a interdependência entre as várias dimensões da saúde da mulher, particularmente na articulação entre patologia ginecológica e rastreio mamográfico, com implicações diretas no plano terapêutico. Este aspeto reforça a importância de uma abordagem integrada, especialmente em utentes com múltiplas comorbilidades e da atualização dos rastreios que, neste caso, implicou o adiamento da colocação do SIU-L dadas as alterações no rastreio mamográfico.

Assim, este relato de caso mostra-se relevante por demonstrar uma abordagem clínica estruturada de hemorragia uterina anormal pós-menopáusica numa mulher com potencial risco elevado para carcinoma endometrial. Sublinha a importância da gestão dos fatores de risco cardiovasculares, da prevenção primária e do diagnóstico precoce, bem como do papel do SIU-L no tratamento conservador e da necessidade de articulação entre cuidados de saúde primários e diferenciados, num modelo de acompanhamento centrado na pessoa.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Consenso Nacional sobre Hemorragias Uterinas Anormais. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Ginecologia; 2018.
2- Carugno J. Clinical management of vaginal bleeding in postmenopausal women. *Climacteric*. 2020;23(4):343-9.
3- Raglan O, Kalliala I, Markozannes G, Cividini S, Gunter MJ, Nautiyal J, et al. Risk factors for endometrial cancer: An umbrella review of the literature. *Int J Cancer*. 2019 Oct 1;145(7):1719-30.
4- Nees LK, Heublein S, Steinmacher S, Juhasz-Böss I, Brucker S, Tempfer CB, et al. Endometrial hyperplasia as a risk factor of endometrial cancer. *Arch Gynecol Obstet*. 2022;306(2):407-21.
5- Chittenden BG, Fullerton G, Maheshwari A, Bhattacharya S. Polycystic ovary syndrome and the risk of gynaecological cancer: a systematic review. *Reprod Biomed Online*. 2009;19(3):398-405.
6- Doherty MT, Sanni OB, Coleman HG, Cardwell CR, McCluggage WG, Quinn D, et al. Concurrent and future risk of endometrial cancer in women with endometrial hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(4):e0232231.
7- Liga Portuguesa Contra o Cancro. Incidência, mortalidade e prevalência por cancro. Lisboa: Liga Portuguesa Contra o Cancro; [atualizado em 11 Nov 2024; citado em 14 Ago 2025]. Disponível em: <https://www.ligacontracancro.pt/incidenciamortalidade/>

CONFLITOS DE INTERESSE E FINANCIAMENTO:
As autoras declaram não existir qualquer conflito de interesse no âmbito do estudo desenvolvido.

CORRESPONDÊNCIA:
Patrícia Silva Vieira
patricia98vieira@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL:
PSV: Conceção, desenho e redação do trabalho. Aprovação da versão final.
MC: Conceção, desenho e redação do trabalho. Aprovação da versão final.

RECEBIDO: 20 de setembro de 2025 | ACEITE: 26 de fevereiro de 2026

POLIMIALGIA REUMÁTICA AOS 49 ANOS:
UM DIAGNÓSTICO INESPERADO - RELATO DE CASO

POLYMYALGIA RHEUMATICA AT 49 YEARS OLD:
AN UNEXPECTED DIAGNOSIS - CASE REPORT

Autores:
Flávia Meireles¹, Ana Pinto Dias²

RESUMO

Introdução: A polimialgia reumática é uma doença inflamatória, mais frequente em mulheres e em indivíduos com mais de 50 anos, com pico de incidência na oitava década de vida. Caracteriza-se por dor e rigidez na região cervical e nas cinturas escapular e pélvica, geralmente associadas a elevação dos marcadores inflamatórios e resposta rápida à corticoterapia em baixa dose. O caso apresentado salienta a importância de considerar esta patologia no diagnóstico diferencial mesmo antes dos 50 anos, dado o impacto do reconhecimento precoce nos cuidados de saúde primários na redução da morbilidade.
Descrição do caso: Mulher de 49 anos, com antecedentes de doença venosa crónica. Como medicação habitual faz apenas progestativo oral, como método anti-contracetivo. Em consulta programada na unidade de saúde familiar, encontrava-se assintomática, apresentando, nos exames de rotina, anemia ligeira normocítica normocrômica, compatível com anemia de doença inflamatória, e velocidade de sedimentação aumentada. Dois meses depois, iniciou cervicalgia, dor nas cinturas pélvica e escapular, rigidez matinal e limitação funcional, com alívio parcial com ibuprofeno. Os exames imagiológicos revelaram apenas alterações degenerativas ligeiras. Posteriormente, verificou-se agravamento da anemia e manutenção de marcadores inflamatórios aumentados, com anticorpos antinucleares e HLA-B27 negativos, e observou-se limitação da abdução dos ombros. Foi referenciada a consulta de Medicina Interna. Na consulta hospitalar, iniciou prednisolona 10 mg/dia, pelo provável diagnóstico de polimialgia reumática, com melhoria acentuada após um mês de terapêutica.
Comentário: Este caso ilustra uma apresentação de polimialgia reumática numa idade atípica, muito antes do pico habitual de incidência da doença. Destaca-se a importância da escuta clínica e da valorização de sintomas inespecíficos na presença de marcadores inflamatórios elevados. O acompanhamento regular é essencial pela possível associação a arterite de células gigantes. O papel do médico de família é crucial no reconhecimento precoce, referência e seguimento, contribuindo para melhor prognóstico e qualidade de vida.

Palavras-chave: polimialgia reumática; doença reumatológica

ABSTRACT

Introduction: Polymyalgia rheumatica is an inflammatory disease, more common in women and individuals over 50 years, with a peak incidence in the eighth decade of life. It is characterized by pain and stiffness in the cervical region, shoulder and pelvic girdles, usually associated with elevated inflammatory markers and a rapid response to low-dose corticosteroids. The present case highlights the importance of considering this condition in the differential diagnosis even before the age of 50, given the impact of early recognition in primary health care on reducing morbidity.
Case description: 49-year-old woman with chronic venous disease. Her usual medication is only oral progestogen, used as a contraceptive method. During a scheduled appointment at the family health unit, she was asymptomatic but routine laboratory tests revealed mild normocytic normochromic anemia, compatible with anemia of inflammatory disease, and an elevated erythrocyte sedimentation rate. Two months later, she developed cervical, pelvic and shoulder girdle pain, morning stiffness and functional limitation, with partial relief with ibuprofen. Imaging studies showed only mild degenerative changes. Subsequently, worsening of the anemia and persistence of elevated inflammatory markers were observed, with negative antinuclear antibodies and HLA-B27, as well as limitation of shoulder abduction. She was referred to Internal Medicine. At the hospital consultation, prednisolone 10 mg/day was initiated for a probable diagnosis of polymyalgia rheumatica, with marked improvement after one month of treatment.
Comment: This case illustrates a presentation of polymyalgia rheumatica at an atypical age, well before the usual peak incidence of the disease. It emphasizes the importance of careful clinical assessment and the consideration of nonspecific symptoms in the presence of elevated inflammatory markers. Regular follow-up is essential due to the possible association with giant cell arteritis. The role of the family physician is crucial in early recognition, referral, and follow-up, contributing to a better prognosis and quality of life.

Keywords: polymyalgia rheumatica; rheumatic diseases

1. Médica interna de Medicina Geral e Familiar, USF Boa Nova, ULS Gaia e Espinho
2. Médica especialista de Medicina Geral e Familiar, USF Boa Nova, ULS Gaia e Espinho

INTRODUÇÃO

A polimialgia reumática é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que afeta predominantemente indivíduos com mais de 50 anos, com pico entre os 70 e 80 anos, e predomínio no sexo feminino (numa razão 2-3:1).^{1,2}

Caracteriza-se por dor e rigidez bilateral das cinturas escapular e pélvica, frequentemente associadas a envolvimento cervical e das coxas. A rigidez matinal prolongada (superior a 30 minutos) e a dor noturna são manifestações comuns, melhorando ao longo do dia, mas reaparecendo após períodos de inatividade, condicionando limitações funcionais em atividades diárias simples (vestir-se, pentear o cabelo, levantar-se da cama).^{2,3}

O diagnóstico baseia-se na presença de sintomas típicos por mais de duas semanas em pessoas com idade superior a 50 anos, associados a elevação de marcadores inflamatórios (velocidade de sedimentação – VS – e proteína C reativa - PCR), resposta rápida e favorável a corticoterapia em baixa dose e exclusão de outras patologias.² O diagnóstico diferencial inclui artrite reumatoide seronegativa, miosite por corpos de inclusão, espondiloartrite, fibromialgia, hipotireoidismo, doenças ósseas e malignidade.^{2,4,5}

O tratamento inicial consiste em glicocorticoides orais em baixa dose, tipicamente prednisolona 10 a 20 mg/dia, ajustando-se à dose mais baixa eficaz para remissão clínica, com monitorização cuidadosa devido à frequência de recidivas, sobretudo em casos de redução rápida da medicação.^{5,6}

Com este relato pretende-se realçar um caso de polimialgia reumática numa idade atípica, reforçando a importância da suspeição diagnóstica nos cuidados de saúde primários.

DESCRIÇÃO DO CASO

Doente do sexo feminino, com 49 anos, advogada, com história de doença venosa crónica, sem outros antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Medicação habitual: desogestrel 0,075 mg por dia (id).

Em janeiro de 2025, foi observada em consulta programada na unidade de saúde familiar, assintomática, negando história de infeções recentes ou outra sintomatologia nos meses anteriores. Não apresentava alterações de relevo ao exame objetivo. Os exames de rotina revelaram anemia ligeira, normocítica e normocrômica, com hemoglobina (Hb) 11,8 g/dL, volume corpuscular médio (VGM) 92,1 fL e hemoglobina corpuscular média (HGM) 30,3 pg, a favor de anemia de doença inflamatória, e VS elevada (82 mm/h), sem

outras alterações analíticas, nomeadamente do perfil lipídico, função renal ou hepática.

Em consulta telefónica de reavaliação, em maio, a utente referiu quadro persistente, iniciado em março, de cervicalgia, dor e fraqueza proximal das cinturas escapular e pélvica, rigidez matinal e limitação funcional, com incapacidade para se baixar devido a dores intensas, dificuldade em subir escadas, caminhar, sair do carro e pentear o cabelo. A dor localizava-se na cintura escapular, nas coxas (região frontal e posterior) e ao longo de toda a extensão dos membros inferiores, sendo mais intensa durante a noite, particularmente ao virar-se na cama, e associada a omalgia bilateral diurna e noturna. As queixas álgicas agravavam com a atividade física e movimentos, limitando a prática de exercício físico. A utente referiu sensação de rigidez matinal que melhorava com o movimento. Negava artralguas nas mãos, cotovelos, punhos e pés, exantemas, aftas, diarreia, queda de cabelo, cefaleias, claudicação mandibular, visão turva ou outras alterações da visão, febre, suores noturnos, perda de peso, astenia ou anorexia. Relatou melhoria parcial com anti-inflamatório não esteroide (AINE), mas recorrência dos sintomas após suspensão da medicação. Os exames laboratoriais mostraram persistência de VS elevada (58 mm/h), Hb 12,0 g/dL, VGM 94,8 fL e HGM 30,9 pg. O estudo complementar, incluindo proteinograma, ferro, ferritina, vitamina B12, ácido fólico, função hepática, renal e tireoideia, não revelou alterações. Adicionalmente, a utente partilhou resultado das radiografias da coluna cervical e lombar, que tinha realizado a nível particular, que evidenciavam discopatia em C4-C5, de provável natureza degenerativa ou herniária, e sinais incipientes de espondilose e discartrose em L4-L5, sem outras alterações significativas. Perante este quadro, foram consideradas como principais hipóteses diagnósticas polimialgia reumática, miosite por corpos de inclusão e dor musculoesquelética de origem degenerativa, justificando a realização de tomografia computadorizada (TC) da coluna cervical e lombar e nova avaliação analítica.

Em junho, em consulta presencial, referiu manutenção do quadro clínico. Ao exame objetivo, verificou-se limitação da abdução dos ombros acima dos 90°, o exame neurológico não apresentou alterações, com força e sensibilidade mantidas, e sem dor à palpação temporal. Adicionalmente, não apresentava aparentes deformações articulares, entesite, dactilite ou alteração da visão objetivada. Apresentou agravamento da anemia (Hb 10,6 g/dL, VGM 94,2 fL, HGM 31 pg), VS 96 mm/h, PCR 3,89 mg/dL, anticorpos

antinucleares (ANA) e HLA-B27 negativos. A TC da coluna cervical e lombar mostrou apenas alterações degenerativas ligeiras, sem critérios de conflito radicular, não justificando o quadro clínico. Perante a suspeita de patologia autoimune, foi referenciada com caráter urgente para consulta externa de Medicina Interna e orientada para Medicina Física e de Reabilitação para alívio sintomático.

Em julho, na consulta de Medicina Interna, o quadro clínico foi considerado sugestivo de polimialgia reumática, pela associação de dor na cintura escapular e pélvica, rigidez matinal, limitação da abdução dos ombros e VS elevada, apesar da idade atípica. Iniciou, perante a suspeita clínica, prednisolona 10 mg/dia. No entanto, foram solicitados outros parâmetros analíticos para exclusão de outros diagnósticos que podem mimetizar a apresentação clínica desta patologia.

Um mês depois, observou-se melhoria clínica marcada, apesar de manter parâmetros inflamatórios elevados (VS > 120 mm/h e PCR 3,63 mg/dL) e anemia inflamatória (Hb 11,5 g/dL, VGM 93,7, HGM 30,6), e apresentava ANAs positivos (1/320, padrão mosqueado fino [AC-4] e homogéneo [AC-1]) e anticorpos anti-cNIA fortemente positivos. A creatina quinase (CK) e aldolase estavam normais e o fator reumatoide (FR), os anticorpos contra antígenos nucleares extraíveis (anticorpos ENA) e os anticorpos anti-peptídeo citrulinado (anti-CCP) foram negativos. O diagnóstico de polimialgia reumática foi considerado o mais provável, atendendo à clínica típica e à resposta favorável a baixa dose de corticoide. Paralelamente, iniciou tratamento de fisioterapia, com melhoria das queixas álgicas a nível das cinturas escapular e pélvica.

A utente mantém seguimento na consulta de Medicina Interna, tendo reduzido a dose de prednisolona, três meses depois do início do tratamento, de 10 mg id para 7,5 mg id, sem recidiva do quadro clínico, e mantém, associadamente, tratamento de fisioterapia, para analgesia, reforço e treino proprioceptivo.

COMENTÁRIO

As queixas musculoesqueléticas constituem um dos motivos mais frequentes de consulta nos cuidados de saúde primários, abrangendo desde condições benignas e autolimitadas até doenças inflamatórias ou degenerativas com impacto funcional significativo. Neste contexto, a polimialgia reumática representa uma entidade desafiante, não só pela sua sobreposição sintomática com outras patologias mas também pela predominância em faixas etárias

específicas (superior a 50 anos e com pico de incidência na oitava década de vida), o que tende a enviesar a suspeição diagnóstica em pacientes mais jovens, como no caso apresentado.¹

A clínica típica da polimialgia reumática inclui dor e rigidez bilateral das cinturas escapular e pélvica, rigidez matinal prolongada, limitação da mobilidade ativa dos ombros e elevação de marcadores inflamatórios (VS e PCR).^{2,3} No caso relatado, a anemia inflamatória persistente e a VS elevada reforçaram a suspeição de doença sistémica, mesmo antes da elevação da PCR.

O diagnóstico diferencial é vasto. A artrite reumatoide seronegativa foi considerada, mas a ausência de sinovite objetiva, de deformações articulares e a negatividade dos anticorpos (FR e anti-CCP) tornaram-na improvável.² As espondiloartrites, embora pudessem justificar a lombalgia e cervicalgia, foram afastadas pela negatividade do HLA-B27 e pela ausência de manifestações típicas como entesite, dactilite ou uveíte.⁷ A polimiosite também foi ponderada, mas a ausência de défice motor objetivo, a normalidade das enzimas musculares (CK e aldolase) e a rápida resposta a baixas doses de glicocorticoide não apoiaram este diagnóstico.² As alterações degenerativas da coluna, identificadas em exames de imagem, poderiam justificar parcialmente a dor, mas não explicavam a rigidez matinal prolongada, a limitação bilateral das cinturas e os marcadores inflamatórios elevados. A realização de exames de imagem da coluna cervical e lombar permitiu avaliar alterações estruturais, mas não exclui de forma definitiva a hipótese de malignidade. Contudo, a ausência de sintomas constitucionais (febre, suores noturnos, perda de peso), a normalidade de parâmetros analíticos como hemograma, função hepática e renal e proteinograma, associada à resposta favorável à corticoterapia de baixa dose, tornaram esta hipótese pouco provável. A avaliação da função tireoideia permitiu excluir a hipótese de hipotireoidismo, doença comum no sexo feminino e que geralmente se manifesta por dor difusa e fadiga. Por fim, a fibromialgia, apesar de cursar com dor difusa, foi considerada pouco provável pela presença de inflamação laboratorialmente comprovada e pela resposta marcada à corticoterapia.^{2,4,5}

O tratamento da polimialgia reumática baseia-se em glicocorticoides em baixa dose, com resposta clínica rápida, como observado neste caso após início de prednisolona 10 mg/dia. A evolução favorável reforçou o diagnóstico, apesar da positividade dos anticorpos anti-cNIA, achado pouco habitual na polimialgia reumática, que poderá representar um marcador

inespecífico mas que justifica vigilância clínica pela sobreposição de diferentes doenças imunológicas. A normalidade das enzimas musculares e a ausência de déficit motor objetivo tornam pouco provável a hipótese de miosite por corpos de inclusão, habitualmente associada a esse marcador.⁸

Uma das principais implicações clínicas da poli-mialgia reumática é a sua associação com arterite de células gigantes, que pode estar presente de forma concomitante ou sequencial, afetando cerca de 20% dos doentes. Dada a gravidade potencial desta complicação, particularmente pelo risco de amaurose súbita, é essencial manter uma vigilância clínica regular. No caso em análise, não existiram manifestações sugestivas de arterite de células gigantes (como a presença de cefaleias de novo, claudicação mandibular, alterações visuais ou sintomatologia constitucional), mas a sua monitorização mantém-se mandatória.^{1,2}

Este caso apresenta algumas limitações, nomeadamente o atraso inicial na suspeição diagnóstica condicionado pela idade atípica de apresentação, e a dificuldade em distinguir, inicialmente, alterações degenerativas inespecíficas de manifestações inflamatórias. Entre os pontos fortes, destaca-se a valorização precoce dos sintomas nos cuidados de saúde primários, que permitiu uma investigação célere com identificação de causa inflamatória e exclusão de outras etiologias, orientando a utente com uma referência adequada e início precoce de terapêutica eficaz.

Assim, apesar de rara antes dos 50 anos, a poli-mialgia reumática deve ser considerada no diagnóstico diferencial de doentes mais jovens que apresentam cervicalgia, dor e rigidez das cinturas, associadas a elevação de marcadores inflamatórios. O papel do médico de família é fundamental na deteção precoce, na exclusão de diagnósticos alternativos e na referência atempada, contribuindo para reduzir morbidade e melhorar a qualidade de vida dos doentes.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Raleigh MF, Stoddard J, Darrow HJ. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis: rapid evidence review. Am Fam Physician. 2022;106(4):420-6
2- Lundberg IE, Sharma A, Turesson C, Mohammad AJ. An update on polymyalgia rheumatica. J Intern Med. 2022;292(6):717-32
3- Florescu MM, Bobircă F, Florescu A, Pădureanu V, Bobircă A, Ciurea PL, et al. Polymyalgia rheumatica: An update (Review). Exp Ther Med. 2023;26(4):543
4- Pease CT, Haugeberg G, Montague B, Hensor EM, Bhakta BB, Thomson W, et al. Polymyalgia rheumatica can be distinguished from late onset rheumatoid arthritis at baseline: results of a 5-yr prospective study. Rheumatology (Oxford). 2009;48(2):123-7
5- Mahmood SB, Nelson E, Padniewski J, Nasr R. Polymyalgia rheumatica: An updated review. Cleve Clin J Med. 2020;87(9):549-56

6- Kremers HM, Reinalda MS, Crowson CS, Zinsmeister AR, Hunder GG, Gabriel SE. Relapse in a population based cohort of patients with polymyalgia rheumatica. J Rheumatol. 2005;32(1):65-73
7- Olivieri I, Garcia-Porrúa C, Padula A, Cantini F, Salvarani C, Gonzalez-Gay MA. Late onset undifferentiated spondyloarthritis presenting with polymyalgia rheumatica features: description of seven cases. Rheumatol Int. 2007;27(10):927-33.
8- Salam S, Dimachkie MM, Hanna MG, Machado PM. Diagnostic and prognostic value of anti-cNIA antibodies in inclusion body myositis. Clin Exp Rheumatol. 2022;40(3):384-93

CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse no âmbito do estudo desenvolvido.

CORRESPONDÊNCIA:

Flávia Meireles
fmcosta98@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORMAL:

FM: Redação e revisão do artigo
APD: Redação e revisão do artigo

RECEBIDO: 13 de novembro de 2025 | ACEITE: 06 de abril de 2026

EFICÁCIA DA BIBLIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE DISFUNÇÃO SEXUAL:
UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

EFFECTIVENESS OF BIBLIOTHERAPY IN THE MANAGEMENT OF SEXUAL DYSFUNCTION:
AN EVIDENCE-BASED REVIEW

Autores:

Helena Nogueira Martins¹, Carolina Nobre², Carolina J. Costa³, Rita Viola⁴, Rita Reis Santos⁵

RESUMO

Introdução: As disfunções sexuais, incluindo a disfunção erétil, ejaculação precoce e a perturbação do interesse/excitação sexual feminino, afetam uma proporção significativa da população, com impacto na qualidade de vida. Apesar das opções terapêuticas farmacológicas e psicológicas disponíveis, persistem barreiras de acesso, justificando a exploração de alternativas como a biblioterapia, que utiliza literatura estruturada para promover mudanças cognitivas e comportamentais. O objetivo deste estudo foi rever a eficácia da biblioterapia nas disfunções sexuais.

Material e Métodos: Pesquisaram-se revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados e estudos originais (2004-2025) nas bases Cochrane, EMBASE e PubMed, utilizando os termos MeSH “*bibliotherapy*” e “*sexual dysfunction*”. A qualidade metodológica foi avaliada com ferramentas padronizadas adequadas à tipologia dos estudos incluídos. A força de recomendação e o nível de evidência foram classificados com a escala *Strength of Recommendation Taxonomy*.

Resultados: De 97 artigos, oito cumpriram critérios de inclusão (uma revisão sistemática, uma revisão sistemática com meta-análise, cinco ensaios randomizados e um estudo não randomizado). A biblioterapia associou-se a melhorias na função e satisfação sexual, principalmente na perturbação do interesse/excitação sexual feminino, com benefícios mais consistentes quando acompanhados por apoio terapêutico. A maioria dos estudos apresentou risco de viés moderado a elevado.

Discussão: A biblioterapia demonstra potencial como intervenção, com efeitos mais robustos em mulheres com diminuição do desejo/excitação e em homens com ejaculação precoce moderada. Os mecanismos propostos incluem promoção de autoconhecimento corporal e melhoria da comunicação sexual. A combinação com acompanhamento profissional parece maximizar resultados, enquanto a biblioterapia autónoma mostra eficácia variável. Contudo, a heterogeneidade metodológica, amostras pouco diversas e diferentes instrumentos de avaliação limitam a comparabilidade e a generalização dos achados.

Conclusão: A biblioterapia surge como uma opção económica e promissora para determinadas disfunções sexuais, sobretudo quando integrada num modelo estruturado. São necessários ensaios clínicos de maior qualidade que clarifiquem a eficácia isolada e a longo prazo.

Palavras-chave: biblioterapia; disfunções sexuais fisiológicas; disfunções sexuais psicológicas; dispareunia; ejaculação precoce; disfunção erétil

ABSTRACT

Introduction: Sexual dysfunctions, including erectile dysfunction, premature ejaculation, and female sexual interest/arousal disorder, affect a significant proportion of the population, with substantial impact on quality of life. Despite available pharmacological and psychological treatments, barriers to access them persist, justifying the exploration of alternatives such as bibliotherapy, which uses structured literature to promote cognitive and behavioral changes. This review aimed to examine the effectiveness of bibliotherapy in sexual dysfunction.

Material and Methods: Systematic reviews, randomized controlled trials, and original studies (2004-2025) were searched in Cochrane, EMBASE, and PubMed using the MeSH terms “*bibliotherapy*” and “*sexual dysfunction*”. Methodological quality was assessed using standardized tools appropriate to each type of included study. Strength of recommendation and level of evidence were graded using the Strength of Recommendation Taxonomy scale.

Results: Of 97 articles, eight met inclusion criteria (one systematic review, one systematic review with meta-analysis, five randomized controlled trials, and one non-randomized study). Bibliotherapy was associated with improvements in sexual function and satisfaction, particularly in female sexual interest/arousal disorder. Benefits were more consistent when interventions included therapeutic support. Most studies exhibited moderate to high risk of bias.

Discussion: Bibliotherapy shows potential as an effective intervention, with more robust effects in women with decreased desire/arousal and in men with moderate premature ejaculation. Proposed mechanisms include enhanced physical and sexual self-awareness and improved sexual communication. Outcomes appear maximized when bibliotherapy is combined with professional support, whereas autonomous bibliotherapy shows more variable effectiveness. However, methodological heterogeneity, limited sample diversity, and inconsistent assessment instruments restrict comparability and generalizability of findings.

Conclusion: Bibliotherapy emerges as a more affordable and promising option for certain sexual dysfunctions, particularly when integrated within a structured therapeutic model. High-quality randomized trials are needed to clarify its standalone and long-term effectiveness.

Keywords: bibliotherapy; sexual dysfunction, physiological; sexual dysfunctions, psychological; dyspareunia; premature ejaculation; erectile dysfunction

INTRODUÇÃO

As disfunções sexuais afetam uma parte significativa da população, podendo comprometer o bem-estar psicológico, a autoestima e a qualidade e satisfação dos relacionamentos íntimos. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, quinta edição, texto revisto (DSM-5-TR) divide as disfunções consoante o sexo biológico feminino e masculino, podendo ocorrer disfunção nas diversas fases de resposta sexual.¹

Fatores interpessoais, culturais, psicológicos e biológicos podem estar envolvidos na sua etiopatogenia. Estima-se que até 43% das mulheres e 31% dos homens experienciam algum tipo de disfunção sexual ao longo da vida.² Num estudo realizado com uma amostra de homens sexualmente ativos residentes em Portugal, a ejaculação precoce foi a disfunção sexual mais prevalente (23,2%), seguida da disfunção erétil (10,2%).³ Além disso, 81,7% dos homens consideram que o médico deve ser o interlocutor preferencial a questionar a temática da sexualidade e disfunção sexual.³ Pelo contrário, no sexo feminino o desejo sexual é predominantemente responsivo, sendo as disfunções sexuais mais frequentes relacionadas com um desejo sexual hipoativo, como perturbação do interesse/excitação sexual feminino, perturbação do orgasmo feminino e perturbação de dor génito-pélvica/penetração.¹ Num estudo realizado numa amostra de mulheres residentes em Portugal, 37,9% relataram sintomas de disfunções sexuais, em que a perturbação do desejo sexual foi a queixa mais comum (25,4%).⁴ Em ambos os sexos, considera-se ainda a disfunção sexual induzida por substâncias/medicamentos.¹

As opções de tratamento incluem abordagens farmacológicas e não-farmacológicas, sendo que intervenções psicoterapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental, têm demonstrado eficácia na melhoria da função sexual.^{5,6} No entanto, o seu acesso pode ser limitado por barreiras económicas, culturais ou logísticas, levando muitos indivíduos a procurar alternativas de autoajuda, entre as quais a biblioterapia.

A biblioterapia assenta na utilização de materiais escritos, como livros de autoajuda, literatura terapêutica ou outro tipo de literatura utilizada de forma empírica, com o objetivo de facilitar a mudança comportamental e cognitiva no doente.⁷ Esta abordagem tem sido amplamente explorada no tratamento de condições como a depressão, sendo frequentemente comparada a intervenções convencionais, como a

terapia cognitivo-comportamental.⁸ Efetivamente, a evidência proveniente de ensaios clínicos randomizados indica que, em adultos com sintomatologia depressiva ligeira a moderada, a biblioterapia associa-se a reduções estatisticamente significativas dos sintomas depressivos quando comparada com ausência de intervenção ou lista de espera.⁸ Em alguns estudos, os resultados no pós-tratamento foram semelhantes aos da psicoterapia individual; contudo, outros demonstraram superioridade desta última, evidenciando heterogeneidade dos resultados.⁸ No contexto das disfunções sexuais, a biblioterapia também tem sido estudada como uma alternativa acessível e potencialmente eficaz.⁹

Apesar do crescente interesse na biblioterapia, a sua eficácia na disfunção sexual ainda não é completamente compreendida, sendo necessário avaliar criticamente a evidência disponível na atualidade. Assim, esta revisão baseada na evidência (RBE) tem como objetivo analisar a evidência disponível acerca da eficácia da biblioterapia no tratamento de disfunções sexuais. A revisão avaliará o impacto desta tipologia de intervenção na melhoria da função e satisfação sexual global de pessoas com diagnóstico de disfunção sexual, comparando-a com outras abordagens terapêuticas não-farmacológicas e farmacológicas, quando aplicável. Para tal, são avaliados estudos experimentais e observacionais, bem como revisões sistemáticas (RS) com e sem meta-análise (MA), classificando-se a qualidade da evidência e a força de recomendação (FR) com base em metodologias padronizadas.

MÉTODOS

Foi realizada uma RBE para avaliar a eficácia da biblioterapia no tratamento de disfunções sexuais. A pesquisa, realizada em outubro de 2025, incluiu RS e MA, ensaios clínicos randomizados (ECR) e outros estudos originais, publicados em português e inglês entre janeiro de 2004 e fevereiro de 2025. Foram utilizados na pesquisa os termos MeSH “*bibliotherapy*” e “*sexual dysfunction*”. A pesquisa foi conduzida nas seguintes bases de dados: Cochrane Library, EMBASE e PubMed.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: artigo não disponível integralmente online; estudos já incluídos nas RS analisadas; estudos com amostras não-representativas da população-alvo e aqueles que não avaliaram a biblioterapia como uma das principais intervenções.

Os critérios de inclusão foram definidos com base no acrónimo PICO: P (População): pessoas com

diagnóstico de disfunção sexual; I (Intervenção): biblioterapia como intervenção terapêutica no tratamento da disfunção sexual; C (Controlo): outras abordagens terapêuticas não-farmacológicas e/ou farmacológicas (*standard* ou *usual care*) ou placebo aplicadas a pessoas com disfunção sexual; O (*Outcome*): melhoria da função e da satisfação sexual.

A seleção dos estudos foi feita, numa primeira leitura, através do título e resumo de cada artigo, por dois investigadores, de forma independente, com recurso a uma tabela em *Microsoft Excel*®. Numa segunda fase, foi realizada uma leitura integral dos artigos selecionados na primeira fase, por quatro investigadores, de forma independente. A qualidade dos estudos incluídos foi aferida de acordo com a tipologia de cada artigo, utilizando as seguintes ferramentas padronizadas: *Risk Of Bias In Non-randomised Studies-of Interventions* (ROBINS-I) para estudos de intervenção não randomizados, *Newcastle-Ottawa* para estudos observacionais, *Risk of Bias Assessment Tool for Systematic Reviews* (ROBIS) para RS e MA e *Risk of bias in randomized trials* (RoB 2.0) para ECR.

Para a classificação da FR e nível de evidência (NE) dos artigos foi aplicada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT), da *American Family Physician*. Esta classificação determina a qualidade de estudos com *outcomes* orientados para o doente e se os seus resultados são consistentes entre os estudos. A qualidade dos estudos pode ser dividida em três graus de FR (A: evidência consistente e de boa qualidade orientada para o doente; B: evidência inconsistente ou com qualidade limitada orientada para o doente; C: evidência baseada em consensos ou prática usual ou opinião de especialistas ou orientada para a doença) e em três NE (nível um: boa qualidade - evidência orientada para o doente; nível dois: qualidade limitada - evidência orientada para o doente; nível três: outra evidência). Foi utilizada a *checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Esta abordagem permitiu garantir uma análise rigorosa da literatura disponível, assegurando a avaliação crítica da qualidade dos estudos e a robustez das recomendações extraídas desta revisão.

RESULTADOS

Foram obtidos 97 artigos, dos quais 81 foram excluídos por: não avaliarem a biblioterapia como intervenção principal (*n* = 73); estarem duplicados, ou já incluídos nas RS e MA selecionadas (*n* = 6); e não se enquadrarem na tipologia de estudo pretendida com os critérios de inclusão (*n* = 2). No total, 16 estudos

foram avaliados integralmente, tendo sido excluídos oito por: não se enquadrarem na tipologia de estudo pretendida (revisões narrativas) (*n* = 5); ser duplicado (*n* = 1); e não cumprirem os critérios de inclusão (*n* = 2). Por fim, foram incluídos oito artigos na RBE, distribuídos da seguinte forma: uma RS,⁵ uma RS com MA,⁶ cinco ECR^{9,10,11,12,13} e um estudo de intervenção não randomizado¹⁴ (Figura 1).

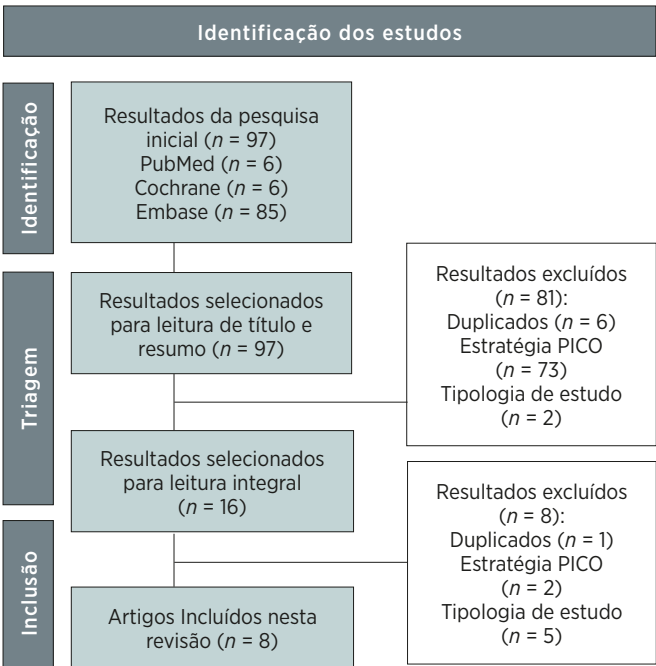


Figura 1. Fluxograma dos resultados - identificação dos estudos.

Os estudos analisados avaliaram a eficácia da biblioterapia no tratamento de disfunções sexuais em diferentes populações e contextos terapêuticos, como tratamento primário ou adjuvante. A qualidade variou entre os estudos: a RS com MA com um risco de viés moderado a alto (ROBIS) (Tabela 1); os ECR variando entre baixo risco de viés (*n* = 2) e alto risco de viés (*n* = 3) (RoB 2.0) (Tabela 2); e o estudo de intervenção não randomizado com risco de viés moderado (ROBINS-I) (Tabela 3).

Tanto *Van Lankveld et al.*¹¹ (ECR, baixo risco de viés; FR A) como *Palaniappan et al.*¹⁰ (ECR, baixo risco de viés; FR B) demonstraram uma relação estatisticamente significativa entre a utilização de biblioterapia e a melhoria no desejo e satisfação sexual em mulheres com perturbação do interesse/excitação sexual feminino, comparativamente a um placebo, apesar de, comparativamente a terapêuticas mais tradicionais como a terapia cognitivo-comportamental, mulheres com perturbação de dor génito-pélvica/penetração não apresentaram diferenças significativas entre modalidades terapêuticas.^{10,11}

Tabela 1. Biblioterapia como intervenção terapêutica nas disfunções sexuais - revisões sistemáticas.

Revisões sistemáticas									
Autor/ Ano	Estudos Incluídos	Amostra	Patologia	Critérios	Intervenção	Resultados	Qualidade (ROBIS)	FR	NE
Van Lankveld, et al. (2021)	Revisão sistemá- tica com meta- -análise. 15 ECR incluídos	n = 1113 par- ticipantes dos 16 aos 65 anos: mulheres (n = 781); homens (n = 332).	Disfunções sexuais femininas: desejo sexual hipoativo; perturbação de excitação sexual feminino; disfunção do orgasmo; dor sexual (dispareunia e vaginismo). Disfunções sexuais masculinas: desejo sexual hipoativo; disfunção erétil; ejaculação precoce; disfunção do orgasmo.	Diagnóstico formal de disfunção sexual segundo os critérios da CID-11, DSM-5 ou edições anteriores ou definições equivalentes nos estudos incluídos (heterogêneos).	Intervenção: biblioterapia assistida ou não assistida. Grupos de con- trole: placebo, ausência de tratamento, lista de espera ou outras intervenções.	A biblioterapia sem suporte de terapeuta associou-se, em alguns estudos, a melhorias no desejo e excitação sexual feminina, nem sempre estatisticamente significativas, com resul- tados inconsistentes na satisfação e no orgasmo. A biblioterapia assistida por terapeuta apresentou resultados mais favoráveis do que a não assistida na função sexual feminina, com evidência de benefí- cio estatisticamente significativo em algumas análises, sem benefício significativo no sexo masculino. Globalmente, os efeitos foram seme- lhantes aos de outras psicoterapias, embora a certeza da evidência tenha sido baixa.	Alto risco de viés	B	2
			Desejo sexual hi- poativo; perturba- ção de excitação sexual; anorgas- mia; maioria dos estudos selecio- nados com foco em distúrbios da dor: dispareunia, vaginismo (diagnóstico de acordo com CID-10 ou DSM-3/4).	Diagnóstico formal de dis- função sexual, segundo CID-10 ou DSM-3-R/4; Realização de intervenções psicossociais/ psicoterapêu- ticas, com pelo menos um contacto direto entre com terapeuta; utili- zação de escalas validadas.	Intervenções psicossociais (incluindo psicoterapia, terapia sexual e bibliotera- pia baseada em materiais estruturados de autoajuda) comparadas com grupos de controle hete- rogêneos (lista de espera, pla- cebo ou outros tratamentos).	A biblioterapia assistida por terapeuta associou- -se, em alguns estudos, a melhorias estatisti- camente significativas na dor sexual e no desejo. Em comparação com a terapia sexual tradicional, apresentou resultados globalmente semelhantes em deter- minadas variáveis (por exemplo, vaginismo), embora com maior taxa de desistência. A evidência sobre benefícios a longo prazo foi inconsistente, não sendo possível uma avaliação robusta da eficácia sustentada.			
Günzler, et al. (2012)	17 ECR (15 focados em disfun- ção sexual feminina e 2 em amostras mistas).	n = 1209 mulheres.					Moderado risco de viés	B	2

Legenda: ECR - Estudos clínicos randomizados; CID - Classificação internacional de doenças; DSM - Manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais; FR - Força de recomendação; NE - Nível de evidência; ROBIS - *Risk of Bias Assessment Tool for Systematic Reviews*.

Tabela 2. Biblioterapia como intervenção terapêutica nas disfunções sexuais - ensaios clínicos randomizados.

Revisões sistemáticas								
Autor/Ano	Amostra	Patologia	Critérios	Intervenção	Resultados	Qualidade (RoB 2.0)	FR	NE
Palaniappan, et al. (2017)	n = 45 mulheres heterossexuais, casadas: grupo de intervenção (n = 22); grupo de controlo (n = 23)	Perturbação do interesse/excitação sexual.	Mulheres com patologia em estudo.	Grupo de intervenção: Biblioterapia com recurso a <i>A Tired Woman's Guide to Passionate Sex</i> (Mintz, 2009); Grupo de controlo: pílula placebo. Utilizadas as escalas FSFI e HSD para avaliar o desejo e satisfação sexual.	A biblioterapia associou-se a aumentos estatisticamente significativos do desejo e da satisfação sexual, com manutenção dos ganhos no <i>follow-up</i> de 6 semanas. No grupo placebo, embora se tenham observado melhorias imediatas no desejo, estas não se mantiveram no <i>follow-up</i> e não se verificaram melhorias significativas na satisfação.	Baixo risco de viés	B	2
Van Lankveld, et al. (2006)	n = 117 casais heterossexuais, cuja mulher apresenta a disfunção em estudo: TCC em grupo (n = 43); biblioterapia (n = 38); grupo de controlo (n = 36).	Disfunção sexual: vaginismo segundo o DSM-4-TR.	Mulheres com patologia em estudo.	Grupo de intervenção um: TCC em grupo (10 sessões de duas horas cada, com grupos de seis a nove participantes); Grupo de intervenção dois: biblioterapia com recurso a manual de 50 páginas + CD com instruções, acompanhada de suporte mínimo (seis contatos telefónicos quinzenais de 15 minutos com um terapeuta); Grupo de Controlo: lista de espera. Avaliação através das seguintes escalas: PEQ; FSFI; MMQ; GRISS; MINI.	No <i>follow-up</i> a 12 meses, 21% das mulheres no grupo da TCC e 15% das mulheres no grupo de biblioterapia (com o mínimo de apoio por terapeuta) reportaram penetração pénis-vagina bem-sucedida, sem diferenças significativas entre modalidades terapêuticas. O FSFI mostrou melhorias significativas nos domínios de desejo, excitação e satisfação sexual ao longo do tempo em ambos os grupos. Os ganhos mantiveram-se aos 12 meses.	Baixo risco de viés	A	1
Mintz, et al. (2012)	n = 45 mulheres heterossexuais e casadas: grupo de intervenção (n = 19); grupo de controlo (n = 26).	Desejo sexual hipoativo.	Mulheres heterossexuais, casadas e satisfeitas com auto-percepção de desejo sexual hipoativo.	Grupo de intervenção: Biblioterapia com recurso a <i>A Tired Woman's Guide to Passionate Sex</i> (Mintz, 2009) no espaço de seis semanas com repetição dos questionários após leitura e novamente após sete semanas (apenas um subgrupo do grupo de estudo (n = 9) fez esta última avaliação). Avaliação através de HSD e FSFI.	O grupo de intervenção apresentou aumentos estatisticamente significativos no desejo sexual (HSD e FSFI-Desejo), excitação sexual (FSFI-Arousal), satisfação sexual (FSFI-Satisfação) e funcionamento sexual global (FSFI-Total) em comparação com o grupo de controlo em lista de espera ($p \leq 0,006$ para todas as comparações significativas). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas subescalas de lubrificação, orgasmo e dor. Entre as participantes que completaram o <i>follow-up</i> de 7 semanas (n = 9), os aumentos no desejo sexual (HSD e FSFI-Desejo) e no FSFI total mantiveram-se estatisticamente significativos; contudo, estes resultados devem ser interpretados com cautela devido ao reduzido tamanho amostral.	Alto risco de viés	B	2

continuação da Tabela 2. Biblioterapia como intervenção terapêutica nas disfunções sexuais - ensaios clínicos randomizados.

<i>Kempeneers, et al.</i> (2017)	<i>n</i> = 71 homens: grupo de intervenção (<i>n</i> = 34); grupo de controle (<i>n</i> = 37).	Disfunção sexual: ejaculação precoce (diagnóstico de acordo com DSM-4-TR).	Homens com ejaculação precoce, de acordo com DSM-4-TR.	Grupo de Intervenção: Biblioterapia (<i>Fighting Against Premature Ejaculation: A Practical Guide. Kempeneers et al., 2015</i>) com suporte de terapeuta - livro entregue na primeira consulta com possibilidade de marcar uma segunda consulta de monitorização. Grupo de controle: biblioterapia sem suporte de terapeuta. Função sexual avaliada através de escalas de avaliação subjetivas. Gravidade avaliada através do PEP, cognição sexual avaliada através do <i>McCormick & Jordan's</i> SIQ. Perceção de melhoria avaliada através de escala numérica (de um a sete) e através da CGI-C. Avaliada também utilidade da intervenção (escala numérica de um a sete) e <i>feedback</i> das consultas (escala numérica de um a sete). Realizada avaliação na fase de recrutamento e 4 meses depois do início da intervenção.	Quatro a oito meses após o tratamento, observaram-se melhorias estatisticamente significativas nas medidas autorrelatadas de funcionamento sexual e cognições sexuais em ambos os grupos (biblioterapia com ou sem suporte de terapeuta) e nos diferentes subtipos de ejaculação precoce, sem diferenças estatisticamente significativas entre intervenções. As análises univariadas sugeriram diferenças entre grupos; contudo, as análises multivariadas não demonstraram efeito significativo da interação grupo com tratamento, não se verificando evidência de benefício adicional do suporte do terapeuta. Os autores justificam este resultado por ter sido oferecido um suporte terapêutico baixo; referem ainda a possibilidade de um efeito teto relativamente ao apoio por terapeuta.	Alto risco de viés	B	2
<i>Balzer, et al.</i> (2015)	<i>n</i> = 45 mulheres: grupo de intervenção com o livro de <i>Mintz</i> (<i>n</i> = 13); grupo de intervenção com o livro de <i>Hall</i> (<i>n</i> = 18); grupo de controle (<i>n</i> = 14).	Desejo sexual hipoativo (autopercebido).	Mulheres heterossexuais e casadas, satisfeitas com a relação conjugal.	Grupo de intervenção um: biblioterapia com <i>A Tired Woman's Guide to Passionate Sex</i> (<i>Mintz, 2009</i>); Grupo de intervenção dois: biblioterapia com recurso a <i>Reclaiming Your Sexual Self</i> (<i>Hall, 2004</i>); Grupo de controle: lista de espera. Os livros foram lidos ao longo de seis semanas. Avaliação através das escalas HISD e FSFI.	Em comparação com o grupo de lista de espera, o grupo um apresentou diferenças estatisticamente significativas no desejo sexual (HISD: <i>g</i> = 1,29; IC 95% 0,46–2,12), lubrificação (<i>g</i> = 1,10; IC 95% 0,29–1,91) e satisfação sexual (<i>g</i> = 1,14; IC 95% 0,32–1,95); o grupo dois apresentou diferença significativa apenas no desejo sexual (<i>g</i> = 0,84; IC 95% 0,11–1,56). A comparação direta entre os dois manuais não revelou diferenças estatisticamente significativas consistentes entre intervenções. Nos participantes com <i>follow-up</i> de 6 semanas, os ganhos mantiveram-se globalmente, sem evidência de superioridade estatisticamente significativa entre os grupos.	Alto risco de viés	B	2

Legenda: ATWG - *Attitudes Toward Women's Genitals Scale*; CGI-C - *Clinical Global Impression of Change*; EP - Ejaculação precoce; FOS - *Female Orgasm Scale*; FR - Força de recomendação; FSFI - *Female Sexual Function Index*; FSSI - *Female Sexual Subjectivity Inventory*; HISA - *Hurlbert Index of Sexual Assertiveness*; HISD - *Hurlbert Index of Sexual Desire*; MMQ - *Maudsley Marital Questionnaire*; GRISS - *Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction*; MINI - *Mini International Neuropsychiatric Interview*; NE - Nível de Evidência; RoB 2.0 - *Risk of Bias in Randomized Trials*; PEP - *Premature Ejaculation Profile*; PEQ - *Primary Endpoint Questionnaire*; SIQ - *Sexual Irrationality Questionnaire*; TCC - *Terapia cognitivo-comportamental*; *g* - tamanho do efeito de *Hedges* (*Hedges' g*).

Tabela 3. Biblioterapia como intervenção terapêutica nas disfunções sexuais - estudo de intervenção não randomizado.

Revisões sistemáticas								
Autor/Ano	Amostra	Patologia	Critérios	Intervenção	Resultados	Qualidade (ROBINS-I)	FR	NE
<i>Kempeneers, et al.</i> (2012)	<i>n</i> = (inicial) = 421 homens; <i>n</i> (aos 4-8 meses) = 120 homens; <i>n</i> (aos 10-14 meses) = 79 homens.	Ejaculação precoce (definido como critério de inclusão: ejaculação geralmente decorre antes do desejado, com estimulação sexual estimada como mínima antes, durante ou logo após a penetração, com marcado sofrimento para o próprio).	Homens com mais de 18 anos e com a patologia em estudo há mais de três meses.	Biblioterapia com recurso a <i>The Practical Guide of PE</i> (Kempeneers, 2012). Foram avaliados os seguintes pontos: função sexual, por escala de autoavaliação; ansiedade durante a relação sexual, através da <i>Spielberger's</i> STAI; cognições sexuais, através do questionário <i>McCormick and Jordan's</i> SIQ; traços de ansiedade, através do <i>Spielberger's</i> STAI; traços de personalidade, pela <i>Cloninger's</i> TCI-R; e ansiedade social, pelo <i>Liebowitz's</i> LSAS.	Observou-se melhoria estatisticamente significativa (<i>p</i> < 0,05) na latência ejaculatória, no controlo ejaculatório e na satisfação sexual após a intervenção. Efeitos mais pronunciados em indivíduos com ejaculação precoce moderada (menor défice de controlo basal, maior frequência de relações sexuais e PE situacional). Verificou-se elevada taxa de desistência no seguimento. Os ganhos foram mantidos no seguimento de longo prazo (10-14 meses), entre os participantes avaliados.	Moderado risco de viés	B	2

Legenda: FR - Força de recomendação; LSAS - *Liebowitz Social Anxiety Scale*; NE - Nível de evidência; SIQ - *Sexual Irrationality Questionnaire*; STAI - *State Anxiety Inventory*; TCI-R - *Temperament and Character Inventory-Revised*.

Através de um estudo de intervenção não randomizado¹⁴ e outro ECR,¹² *Kempeneers et al.* indicaram que a biblioterapia, nomeadamente através da utilização de literatura educativa sobre a disfunção sexual, pode reduzir a ansiedade associada ao desempenho sexual e melhorar a satisfação sexual em homens com ejaculação precoce, melhorando mais especificamente o tempo de latência ejaculatória e controlo ejaculatório; não se verificou evidência consistente de benefício adicional do suporte de terapeuta; os resultados foram mais pronunciados em doentes com ejaculação precoce moderada.^{14,12} Uma RS (*Günzler et al.*⁵) e uma RS com MA (*Van Lankveld et al.*⁶), com moderado e alto risco de viés respetivamente, reforçaram que a biblioterapia, quando acompanhada de suporte terapêutico por um profissional de saúde, pode ser tão eficaz como outras intervenções psicossociais, em concreto na perturbação do interesse/excitação sexual feminino e perturbação de dor génito-pélvica.^{5,6} Pelo contrário, quando a biblioterapia é aplicada sem suporte terapêutico, apesar de se verificarem efeitos positivos no desejo e excitação sexual feminina, estes resultados não foram consistentes. A evidência sobre benefícios a longo prazo foi inconsistente.^{5,6} Dois ECR com alto risco de viés e FR B (*Balzer et al.*⁹; *Mintz et al.*¹³), mostraram melhoria estatisticamente significativa da satisfação, desejo e excitação sexual em mulheres nos grupos intervenções com biblioterapia. Contudo, pelo elevado

viés destes estudos, os autores alertam para a necessidade de mais estudos nesta área.^{9,13}

DISCUSSÃO

A biblioterapia pode ser uma intervenção eficaz no tratamento de diversas disfunções sexuais, tanto no sexo feminino como no masculino. Os resultados mais robustos foram observados na perturbação do interesse/excitação sexual feminino. Estudos com baixo risco de viés e alta FR demonstraram que a biblioterapia melhora significativamente o desejo e a satisfação sexual em mulheres, sendo particularmente eficaz quando comparada com placebo. No entanto, para condições como a perturbação de dor génito-pélvica/penetração, os resultados foram ligeiramente inferiores aos obtidos com a terapia cognitivo-comportamental, uma das terapêuticas mais utilizadas atualmente.

Apesar de não conseguirmos estabelecer essa relação, consideramos que isto pode dever-se ao facto de a literatura utilizada abordar de forma simples e prática a sexualidade, sem a barreira de constrangimento que muitas vezes impede o doente de abordar preocupações em consulta com um profissional de saúde. Para além disso, através desta literatura, há uma promoção de autodescoberta do corpo e dos desejos sexuais do próprio, assim como melhoria da comunicação entre parceiros sexuais.

A eficácia da biblioterapia também se estendeu à ejaculação precoce no sexo masculino, com aumento da satisfação sexual e aumento do tempo de latência ejaculatória, particularmente em indivíduos com ejaculação precoce moderada, contudo a evidência é menos robusta. Parte da biblioterapia aplicada utilizou literatura que instruíu o doente relativamente à disfunção sexual e à sexualidade, capacitando-o a compreender e a lidar com a disfunção. Os benefícios foram mais pronunciados quando a intervenção foi combinada com suporte terapêutico, sugerindo que o acompanhamento por profissionais de saúde potencia os efeitos da biblioterapia, comparativamente à biblioterapia autónoma. De facto, a RS e MA indicaram que, se acompanhada de suporte terapêutico, a biblioterapia pode ser tão eficaz quanto outras abordagens psicossociais para disfunções sexuais. No entanto, quando utilizada de forma isolada, os resultados foram inconsistentes, destacando a importância de um modelo estruturado de intervenção, com acompanhamento regular do doente.

Além da sua eficácia, a biblioterapia apresenta-se como uma opção terapêutica possivelmente custo-efetiva, acessível a diferentes contextos socioeconómicos. Essa característica é particularmente relevante em contextos onde o acesso à terapia presencial é limitado, seja pelo custo ou pela escassa acessibilidade no Serviço Nacional de Saúde. Neste sentido, a biblioterapia pode ampliar a disponibilidade de tratamento, tornando-o acessível a um maior número de pessoas.

Contudo, algumas limitações devem ser consideradas. A heterogeneidade dos estudos encontrados pelos investigadores desta RBE, nomeadamente variações metodológicas que condicionaram alto risco de viés na maioria dos ECR analisados, limitam a generalização dos seus resultados. Destaca-se que os estudos com maior risco de viés são também aqueles que sugerem melhorias significativas no aumento da satisfação e excitação sexual, pelo que devem ser interpretados com ponderação.

Um viés comum à maioria dos estudos analisados foi a presença de uma amostra com pouca diversidade (em particular, baixa diversidade na orientação sexual, tratando-se de amostras heteronormativas) e altas taxas de desistência dos participantes. Este aspeto é metodologicamente relevante, pois a eficácia deve idealmente ser avaliada a nível da intenção de tratar (*intention-to-treat*). Em alguns dos estudos analisados, os resultados foram reportados predominantemente analisando apenas os participantes que completaram a intervenção, o que pode introduzir

viés de atrito e conduzir a uma sobrestimação dos efeitos da biblioterapia. Este é o caso de *Mintz et al.*, em que se tiraram conclusões relativamente a um subgrupo de $n = 9$, sendo inicialmente a amostra $n = 45$. Assim, a interpretação dos benefícios observados e generalização dos resultados deve ser realizada com cautela. Adicionalmente, apesar de todos os estudos que avaliaram a disfunção sexual feminina terem recorrido à escala *Female Sexual Function Index* (FSFI), foram aplicadas também diversas outras escalas de avaliação. Já nos artigos centrados na disfunção sexual masculina, não existiu nenhuma escala de utilização comum. Esta heterogeneidade poderá influenciar a comparabilidade dos resultados obtidos.

Deste modo, é recomendável que futuros estudos priorizem ECR de alta qualidade, fazendo comparação de diferentes modalidades de biblioterapia e a sua eficácia no tratamento de diversas disfunções sexuais, utilizando amostras maiores e com maior diversidade, nomeadamente na orientação sexual. A padronização das intervenções de biblioterapia e a sua aplicação a diferentes grupos com diferentes disfunções e contextos sociais pode contribuir para uma melhor compreensão dos mecanismos de ação. Isto poderá capacitar o médico à sua adequada prescrição, oferecendo ao doente uma ferramenta possivelmente custo-efetiva que auxilie no tratamento da sua disfunção sexual.

CONCLUSÃO

A biblioterapia revelou-se uma abordagem promissora no tratamento de várias disfunções sexuais, com destaque para a perturbação do interesse/excitação sexual feminino e, menos expressivamente, para a ejaculação precoce. Os resultados mais robustos foram obtidos com biblioterapia orientada por profissionais de saúde, em detrimento da abordagem exclusivamente autoaplicada. Apesar dos benefícios apontados, a qualidade metodológica de grande parte dos estudos avaliados foi limitada e sujeita a viés, apresentando conclusões inconsistentes relativamente à eficácia da biblioterapia. Em contraste, intervenções psicoterapêuticas estruturadas, como a terapia cognitivo-comportamental e a terapia sexual, dispõem de evidência mais robusta de eficácia. Assim, a biblioterapia poderá constituir uma opção de menor custo e maior acessibilidade, embora sem demonstração consistente de superioridade face a estas intervenções.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
- 2- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA. 1999; 281 (6): 537-44.
- 3- Quinta Gomes AL, Nobre PJ. Prevalence of sexual problems in Portugal: results of a population-based study using a stratified sample of men aged 18 to 70 years. J Sex Res. 2014;51(1):13-21.
- 4- Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: a population-based study with women aged 18 to 79 years. J Sex Marital Ther. 2015;41(2):169-80.
- 5- Günzler C, Kriston L, Harms A, Berner MM. Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions - A systematic review of controlled clinical trials. J Sex Med. 2012; 9 (1): 310-29.
- 6- van Lankveld JJDM, Wetering FT, Wylie K, Scholten RJPM. Bibliotherapy for Sexual Dysfunctions: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Sex Med. 2021; 18 (3): 582-614.
- 7- Correll AB, Correll TL, Correll MC. Literary Prescriptions: Applying Bibliotherapy in a Psychotherapeutic Context. Innov Clin Neurosci. 2024; 21 (7-9): 15-21.
- 8- Gualano MR, Bert F, Martorana M, Voglino G, Andriolo V, Thomas R, et al. The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: Systematic review of randomized clinical trials. Clin Psychol Rev. 2017; 58: 49-58.
- 9- Balzer AM, Mintz LB. Comparing two books and establishing probably efficacious treatment for low sexual desire. J Couns Psychol. 2015; 62 (2): 321-8.
- 10- Palaniappan M, Heatherly R, Mintz LB, Connelly K, Wimberley T, Balzer AM, et al. Skills Vs. Pills: Comparative Effectiveness for Low Sexual Desire in Women. J Sex Marital Ther. 2018; 44 (1): 1-15.
- 11- Van Lankveld JJDM, Kuile MM, Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. J Consult Clin Psychol. 2006; 74 (1): 168-78.
- 12- Kempeneers P, Andrianne R, Cuddy M, Georis I, Longrée Q, Blairy S. A comparative study of guided vs. pure self-treatment for premature ejaculation. Sexual and Relationship Therapy. 2017; 33 (3): 309-24.
- 13- Mintz LB, Balzer AM, Zhao X, Bush HE. Bibliotherapy for low sexual desire: evidence for effectiveness. J Couns Psychol. 2012; 59 (3): 471-8.
- 14- Kempeneers P, Andrianne R, Bauwens S, Georis I, Pairoux JF, Blairy S. Clinical outcomes of a new self-help booklet for premature ejaculation. J Sex Med. 2012; 9 (9): 2417-28.

CONFLITOS DE INTERESSE:

Sem financiamento ou conflitos de interesse a declarar.

CORRESPONDÊNCIA:

Helena Isabel Nogueira Martins
lana_martins_10@hotmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL:

NM: Conceptualização; metodologia; validação; análise formal; investigação; cura-doria de dados; redação do *draft* original; redação, revisão e validação do texto final.

CN: Apoio na conceptualização; investigação; revisão e validação do texto final.

CJC: Apoio na conceptualização; investigação; revisão e validação do texto final.

RV: Apoio na conceptualização; investigação; revisão e validação do texto final.

RRS: Supervisão.

RECEBIDO: 13 de novembro de 2025 | ACEITE: 29 de abril de 2026



**ASSOCIAÇÃO
DE INTERNOS DE
MEDICINA GERAL
E FAMILIAR**

zona norte

SEDE AIMGF ZONA NORTE

Rua Prof. Álvaro Rodrigues, 49, 4100-040 Porto