

Abordagem da Sexualidade em Contexto Clínico: Um Estudo sobre Práticas e Perspetivas na ULS Cova da Beira

Ana Cláudia de Castro Teixeira Casal Aleixo

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Dra. Inês Azevedo Silva
Co-orientador: Dr. Vítor Hugo Jesus Santos

junho de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Ana Cláudia de Castro Teixeira Casal Aleixo, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 43770 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 27/06/2025

Ana Cláudia C. T. Casal Aleixo

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Dedicatória

Ao avô Aleixo,

Há um sítio lá ao pé do sol
Onde eu te vou encontrar.

Agradecimentos

À Dra. Inês Azevedo Silva, pela orientação exemplar, pela paciência e disponibilidade. Obrigada por todo o conhecimento transmitido.

Ao Dr. Vítor Santos, pelo interesse demonstrado neste estudo, pela receptividade e pela dedicação, permitindo que esta investigação fosse concretizada em tempo útil. Obrigada pelo apoio constante.

À minha mãe, a mulher com mais força que conheço, a pessoa que me ampara todas as quedas. Obrigada por cada palavra de incentivo, por me guiares sempre com tanta força e carinho. Todas as minhas vitórias são tuas, bailarina.

Ao meu pai, que é a minha alma gémea. Obrigada por todas as gargalhadas, mesmo quando só queria chorar. És o meu super-herói.

À minha irmã, por termos sido meninas juntas. Tudo o que eu sei é ser irmã mais velha e não podia ter mais orgulho em tudo o que és.

Aos meus avós, avó Rosinha, avó Lurdes e avô Américo, por tudo o que fizeram e fazem por mim. Espero ser tudo o que sonharam.

Ao resto da minha família por celebrarem cada vitória minha.

Ao Digas, a quem devo mais do que posso mensurar. Obrigada por seres a companhia de sempre, o abraço-casa, o meu braço direito nesta aventura. Obrigada por amparares todas as minhas lágrimas e dias difíceis e principalmente, por fazeres de mim uma pessoa melhor. Sou eternamente grata por ti. Que a nossa viagem nunca termine.

À C'a Tuna aos Saltos, por ter sido casa todos estes anos.

Aos amigos que me acompanharam por noites loucas e manhãs difíceis. Levo-vos, para sempre comigo.

E por último, à Covilhã onde vi o nascer do sol como se fosse a primeira vez.

Resumo

Introdução: A sexualidade é uma dimensão essencial da saúde humana e do bem-estar global dos indivíduos. Contudo, a sua abordagem em contexto clínico continua a ser frequentemente negligenciada. A comunicação entre médicos e doentes acerca da vida sexual revela-se, assim, um desafio persistente que compromete a prestação de cuidados verdadeiramente holísticos. Em Portugal, a investigação sobre esta temática é ainda escassa, tornando-se pertinente o aprofundamento do conhecimento sobre as práticas e perspetivas dos profissionais de saúde.

Objetivos e Metodologia: Este estudo tem como principal objetivo compreender a comunicação entre médicos e doentes sobre a sexualidade e identificar obstáculos à abordagem da vida sexual na perspetiva do médico, a fim de permitir desenvolver estratégias de abordagem da sexualidade no contexto clínico. Para isso, foi aplicado um inquérito digital e anónimo, enviado por e-mail aos médicos internos de formação especializada e especialistas das várias especialidades da Unidade Local de Saúde Cova da Beira (ULSCBEIRA), tendo sido previamente testado e aprovado pela Comissão de Ética da ULSCBEIRA.

Resultados: A amostra foi constituída por 33 médicos de nove especialidades da ULSCBEIRA, predominando o género feminino (72,7%) e profissionais em início de carreira (60,6% com <5 anos de experiência). A maioria classificou a sexualidade como “muito” ou “moderadamente importante” (78,8%) e aborda o tema com os doentes “ocasionalmente” ou “frequentemente” (69,7%). Verificou-se uma correlação entre a importância atribuída à sexualidade e a sua frequência de abordagem ($p < 0,001$). Apesar disso, 54,5% dos médicos acreditam que os doentes não se sentem à vontade para discutir o tema. As principais barreiras comunicacionais referidas foram a perceção de vergonha por parte do doente (78,8%), falta de tempo (66,7%) e falta de formação (48,5%). A maioria dos profissionais considera extremamente ou muito relevante melhorar a sexualidade do doente para o seu bem-estar global (57,6%) e reconhece a necessidade de formação complementar nesta área (90,9%).

Conclusão: O estudo demonstra que, apesar do reconhecimento da relevância da sexualidade para a saúde do doente, persistem barreiras estruturais e formativas que dificultam a sua abordagem em consulta. A integração sistemática da saúde sexual na formação médica, bem como a criação de estratégias clínicas adaptadas e culturalmente

sensíveis, são cruciais para promover uma Medicina mais centrada no doente, inclusiva e humana.

Palavras-chave

Sexualidade; Prática clínica; Abordagem médica da sexualidade; Educação médica; Profissionais de Saúde.

Abstract

Introduction: : Sexuality is an essential dimension of human health and overall well-being. However, its discussion in clinical settings remains frequently neglected. Dialogue between physicians and patients regarding sexual health continues to pose challenges that limit the delivery of truly holistic care. In Portugal, research in this area remains scarce, underlining the importance of exploring healthcare professionals' practices and perspectives.

Objectives and Methodology: This study aims to explore physician–patient communication regarding sexuality and to identify the main barriers to addressing sexual health, from the physician perspective. The ultimate goal is to contribute to the development of effective strategies for integrating sexuality into clinical practice. To this end, an anonymous digital survey was distributed via email to physicians from various specialties at the Local Health Unit of Cova da Beira. The survey instrument was previously tested and approved by the Ethics Committee of the same institution.

Results: The sample consisted of 33 physicians from nine medical specialties at ULS Cova da Beira, with a predominance of female participants (72.7%) and early-career professionals (60.6% with less than five years of experience). Most classified sexuality as either very or moderately important (78.8%) and reported addressing the topic with patients occasionally or frequently (69.7%). A correlation was found between the perceived importance of sexuality and the frequency with which it is addressed ($p < 0.001$). Nevertheless, 54.5% of physicians believe that patients do not feel comfortable discussing the topic. The main communication barriers identified were the perception of shame on the part of the patient (78.8%), lack of time (66.7%), and lack of professional training (48.5%). Most physicians considered improving patients' sexual health to be extremely or very relevant to their overall well-being (57.6%) and acknowledged the need for further training in this area (90.9%).

Conclusion: Despite recognizing its importance for patient health, physicians still face structural and educational obstacles to properly addressing sexuality in clinical consultations. Integrating sexual health education into medical training and developing culturally sensitive and structured clinical strategies are essential steps toward a more inclusive, patient-centered, and humanized approach to care.

Keywords

Sexuality;Clinical practice;Medical approach of sexuality;Medical education;Health Professionals.

Índice

1.	Introdução	1
1.1	Evolução da Sexualidade	2
1.2	Barreiras à comunicação da sexualidade	3
1.3	Importância do médico de família na abordagem da sexualidade	4
1.4	Educação em saúde sexual no ensino médico pré-graduado	5
1.5	Relevância do estudo	6
2.	Objetivos do estudo	9
3.	Métodos	11
3.1	Desenho do estudo e seleção da amostra	11
3.2	Aplicação dos questionários e recolha de dados.....	11
3.3	Questionário.....	11
3.4	Análise estatística	12
4.	Resultados.....	13
4.1	Caracterização da amostra	13
4.2	Análise descritiva e comparativa	14
4.2.1	Questão 7: “Na sua opinião, qual a importância de discutir a sexualidade no contexto da sua especialidade?”	14
4.2.2	Questão 8: “Com que frequência aborda questões relacionadas com a sexualidade com seus doentes?”	14
4.2.3	Questão 9: “Quem é que considera que deve abordar inicialmente a temática da sexualidade?”	16
4.2.4	Questão 10: “Que métodos ou ferramentas utiliza para avaliar a sexualidade dos doentes?”	16
4.2.5	Questão 11: “Quais os contextos clínicos em que considera mais relevante abordar a sexualidade do doente?”	17
4.2.6	Questão 12: “Considera que os doentes se sentem à vontade para expôr questões/preocupações relacionadas com a sua sexualidade?”	18
4.2.7	Questão 13: “Do seu ponto de vista, quais as razões que dificultam a abordagem deste tema?”	19
4.2.8	Questão 14: “Na sua prática clínica, qual considera ser a relevância de melhorar a sexualidade do doente para o seu bem-estar geral?”	20
4.2.9	Questão 15: “Recebeu formação para abordar questões da sexualidade com os seus doentes?”	20
4.2.10	Questão 16: “Considera que seria relevante haver mais formação sobre como abordar a sexualidade dos doentes?”	21

4.2.11. Questão 17: “Se sim, quais a(s) área(s) em que considera mais relevante ter formação?”	21
5. Discussão	23
5.1. Abordagem da sexualidade	23
5.2. Barreiras à abordagem da sexualidade	25
5.3. Métodos e ferramentas para avaliar a sexualidade	27
5.4. Formação e capacitação em saúde sexual	30
5.5. Limitações e pontos fortes do estudo	31
5.5.1. Limitações	31
5.5.2. Pontos fortes	32
5.5.3 Sugestões para Investigações Futuras	32
6. Conclusão	35
7. Referências Bibliográficas	37
8. Anexos	41
Anexo 1 – Questionário	41
Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética	48

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Correlação entre importância de discutir a sexualidade e frequência com que é abordada.	16
Gráfico 2. Frequência de utilização de métodos e ferramentas para a abordagem da sexualidade	17
Gráfico 3. Frequência dos contextos clínicos mais relevantes para abordar a sexualidade	18
Gráfico 4. Distribuição das respostas inseridas em “Outra opção”	18

Lista de Tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos da amostra	13
Tabela 2. Resultados da importância de discutir a sexualidade no contexto da sua especialidade.....	14
Tabela 3. Resultados da frequência com que aborda a sexualidade com doentes	15
Tabela 4. Resultados da frequência da abordagem da sexualidade por especialidade ...	15
Tabela 5. Resultados acerca de quem deve iniciar a temática da sexualidade	16
Tabela 6. Resultados sobre o à vontade do doente para abordar questões relacionadas com a sua sexualidade	19
Tabela 7. Resultados das dificuldades sentidas na abordagem da sexualidade	19
Tabela 8. Resultados acerca da relevância de melhorar a sexualidade do doente para o seu bem-estar geral.....	20
Tabela 9. Resultados da formação recebida para abordar questões da sexualidade.....	20
Tabela 10. Resultados acerca da relevância de formações sobre como abordar a sexualidade dos doentes	21
Tabela 11. Resultados das áreas consideradas mais relevantes ter formações.....	22

Lista de Acrónimos

BSRC	Brief Sexuality Related Communication
ISTs	Infeções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior
ULSCBEIRA	Unidade Local de Saúde Cova da Beira

1. Introdução

A sexualidade constitui um aspeto fundamental da experiência humana, estando intimamente ligada à saúde física, emocional e relacional dos indivíduos (1,2). A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a saúde sexual como essencial para o bem-estar do indivíduo e da saúde em geral, sendo considerada um direito que requer uma abordagem positiva das relações sexuais, experiências sexuais seguras e com prazer, livres de coerção, discriminação e violência (2). Esta perspetiva exige que, para além da prevenção de doenças, seja assegurado o acesso à informação e aos cuidados de saúde que promovam uma vivência sexual saudável ao longo da vida (2).

No entanto, apesar da reconhecida importância da sexualidade, esta continua a ser frequentemente negligenciada na prática clínica (3). A ausência de uma abordagem sistemática reflete-se na discrepância entre o número de pessoas que experienciam dificuldades sexuais e aquelas que conseguem expressá-las ou vê-las consideradas durante uma consulta. Estudos indicam que, embora uma percentagem significativa de indivíduos refira preocupações sexuais persistentes (22% a 42%), apenas 8% a 15% discutiram estas questões com os seus profissionais de saúde (4,5). Também a formação dos médicos, frequentemente centrada em modelos biomédicos, tende a reduzir a sexualidade a questões reprodutivas ou disfuncionais, desvalorizando as dimensões afetivas, relacionais e culturais envolvidas (6,7,8).

A literatura atual destaca que a sexualidade em contexto clínico deve ser compreendida dentro de uma lógica biopsicossocial, integrando fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais que influenciam o comportamento e a saúde sexual (9). Esta visão, além de promover uma abordagem mais holística e centrada na pessoa, pode permitir a identificação precoce de condições médicas não diagnosticadas (por exemplo, a disfunção erétil como marcador de risco cardiovascular), o reconhecimento de efeitos adversos de fármacos (como antidepressivos ou anti-hipertensivos) e intervenções (por exemplo, terapias breves, aconselhamento conjugal, ajustes terapêuticos ou referência especializada), e o incentivo a mudanças de comportamento (10,11,12).

Apesar da crescente valorização da saúde sexual como componente fundamental do bem-estar geral, a investigação sobre a formação e experiência dos profissionais de saúde no tratamento de questões sexuais permanece limitada, sobretudo no contexto português (2,13,14). Em particular, verifica-se uma escassez de estudos que explorem as vivências, atitudes e níveis de confiança dos profissionais de saúde face a situações clínicas envolvendo experiências sexuais desagradáveis ou desconfortáveis relatadas pelos

utentes (15,16). Considerando a prevalência e os impactos significativos que estas vivências podem ter na saúde física do doente, torna-se pertinente aprofundar o conhecimento nesta área.

Neste sentido, torna-se crucial compreender as dinâmicas através das quais a sexualidade é integrada — ou excluída — da prática clínica.

1.1 Evolução da Sexualidade

Ao longo dos tempos, a visão do Homem em relação à sexualidade foi sofrendo alterações. Apesar de as práticas sexuais estarem sempre presentes na vida do ser humano, a sexualidade não era reconhecida em todos os seus níveis (17).

As primeiras civilizações eram livres de pensamento e nas suas atividades sexuais. Uma vez que não existia o conceito de família, tal como conhecemos hoje, a descendência era de linhagem materna. De modo que, com o surgimento do casamento e da família, verificou-se uma nova organização social. Assim, as relações sexuais começaram a ser uma atividade do casal, com o objetivo da reprodução e da descendência herdar os bens dos pais (18).

Durante séculos, esta perspetiva prevaleceu, visto que a sexualidade era reprimida pela maioria das religiões, que considerava as relações sexuais apenas como uma forma de procriação e censurava a satisfação sexual. Da mesma forma, a comunidade médica criava teorias sobre os efeitos nocivos da masturbação, o que gerou diversos tabus e mitos à volta do tema (18).

Em meados do século XIX, surgiram novas especulações médicas que contradiziam as teorias em relação à masturbação. Foi, mais tarde, com o aparecimento da teoria do desenvolvimento psicosexual de Freud, que a sexualidade começou a ser valorizada pela comunidade científica, tendo havido um aumento da investigação nesta área que culminou na criação do conceito de saúde sexual. Tudo isto, associado à liberalização dos costumes, emancipação da mulher e aparecimento dos contraceptivos orais, no século XX, levou à dissociação da sexualidade e da reprodução (2,18).

Atualmente, a sexualidade é encarada pela sociedade como uma parte essencial do bem-estar do ser humano e apresenta objetivos diferentes, tais como o amor e a satisfação sexual (2).

1.2 Barreiras à comunicação da sexualidade

Apesar da crescente valorização da saúde sexual no contexto de uma abordagem holística do cuidado em saúde, continuam a existir importantes barreiras à sua avaliação clínica (3,11). Estudos prévios demonstram que tanto doentes como médicos enfrentam barreiras à comunicação da sexualidade (19,20).

Os doentes referem ter vergonha ao abordar questões do foro sexual, especialmente quando não existe uma relação terapêutica sólida com o profissional de saúde (16,21). Além disso, receiam que o médico se sinta desconfortável e menospreze o seu problema por não ser um assunto prioritário do ponto de vista clínico (5,22).

Outro fator inibidor é a perceção de que a sexualidade não constitui uma prioridade médica, sobretudo quando comparada com outras comorbidades físicas. Muitos doentes esperam que seja o profissional de saúde a iniciar o tema (19,23).

Para os profissionais de saúde, as principais dificuldades apontadas são a escassez de tempo e o receio de causar desconforto ou ofensa ao paciente, aliando-se ao próprio desconforto pessoal do profissional (11,24). Muitos relatam défices de formação e conhecimento prático sobre sexualidade, bem como ausência de estratégias eficazes para introduzir e gerir o tema (7,8).

Além disso, a investigação de queixas sexuais é frequentemente considerada morosa, e há dificuldade em identificar o momento adequado, na entrevista, para introduzir o tema, havendo receio de provocar constrangimento a si próprio e ao doente (11,25). Alguns profissionais tendem ainda a considerar que o sexo não é relevante para o quadro clínico apresentado (26).

De forma recorrente, os profissionais de saúde demonstram resistência em abordar esta dimensão sem que o doente tome a iniciativa (19). De acordo com a literatura, se a responsabilidade de introduzir o tema for deixada exclusivamente ao doente, o assunto pode nunca ser abordado. Esta expectativa mútua — o doente espera que o profissional traga o tema e vice-versa — gera um impasse comunicacional (5,19).

Em ambos os casos, as diferenças socioculturais, etárias, étnicas e socioeconómicas também influenciam negativamente a abordagem da sexualidade, dificultando a empatia e a compreensão (1,27). A linguagem utilizada, os valores culturais associados à sexualidade e os preconceitos implícitos atuam como barreiras importantes, dificultando ainda mais a comunicação (3,22).

1.3 Importância do médico de família na abordagem da sexualidade

O médico de família encontra-se numa posição privilegiada na gestão dos problemas sexuais apresentados pelos doentes. Por um lado, beneficia da relação médico-doente (muitas vezes já previamente estabelecida) por outro lado, conhece os antecedentes pessoais, familiares e socioculturais do doente, a fase do ciclo de vida em que se encontra, a dinâmica relacional do casal e da família, bem como a rede de apoio existente. (1,19)Adicionalmente, tem a possibilidade de acompanhar o doente ao longo do tempo, prestando cuidados longitudinais e holísticos (9). O médico de família poderá, por isso, explorar os conceitos de doença e dor, bem como compreender o impacto da doença e do seu tratamento nos diferentes fatores influenciadores da função sexual – físico (função orgânica), psíquico (autoestima e imagem corporal), existencial (significado da vida, valores e amor), interpessoal (relação com parceiro/a, filhos e amigos), sociocultural (política e religião) e sexual (atração e desejo) (13,28).

Nesta interação cabe ao médico ceder informação de forma progressiva e de acordo com a vontade do doente e pesquisar motivos latentes de vinda à consulta, que podem consistir em crenças, receios e preocupações sobre a sexualidade (5).

Quando é identificada qualquer disfunção sexual, o médico de família que acompanha o doente poderá propor um plano terapêutico específico para a situação identificada e/ou ponderar a referenciação, caso seja necessário apoio especializado (10,28). Deverá ser realizada uma revisão da medicação a cada consulta e avaliadas situações que podem influenciar negativamente a sexualidade (24). Poderá ainda ser equacionada a terapia de casal, quando os problemas de relacionamento do casal são os principais contribuintes para a disfunção sexual, e/ou a avaliação por sexologia clínica, nomeadamente perante dificuldade no atingimento do orgasmo ou perda da motivação sexual em qualquer um dos parceiros (28,29).

Ao longo do seguimento médico é importante conhecer e atualizar as expectativas do doente, indo ao seu encontro ou reformulando-as, de acordo com os recursos disponíveis (23). Espera-se do médico de família uma atitude integrativa e pró-ativa em relação à sexualidade, envolvendo o doente no plano de cuidados (11).

1.4 Educação em saúde sexual no ensino médico pré-graduado

Os estudantes de Medicina ocupam uma posição estratégica na sociedade, visto que são os futuros profissionais responsáveis pela mediação do conhecimento em saúde e pela promoção do bem-estar dos pacientes em todas as suas dimensões, inclusive a sexual. (9) A competência dos profissionais de saúde na abordagem da saúde sexual tem impacto direto na qualidade do cuidado prestado e nos resultados clínicos obtidos. (10) Contudo, inúmeros fatores – entre eles barreiras culturais, normativas e cognitivas – dificultam a integração efetiva da saúde sexual na prática clínica. (3,5)

A formação médica em saúde sexual deve, portanto, ser padronizada, abrangente e integrada desde os primeiros anos do curso (7). Essa formação não se deve limitar ao conhecimento de métodos contraceptivos ou à prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), mas deve incluir também uma compreensão aprofundada da função, do desejo e da resposta sexual humana (6). Além disso, é fundamental que promova atitudes inclusivas, acolhedoras e respeitosas da diversidade sexual, capacitando os futuros médicos a comunicarem de forma eficaz e combaterem o estigma e a discriminação, sobretudo no campo da saúde reprodutiva (2).

Em diversos contextos internacionais, evidencia-se a insuficiência dessa formação e revelam-se falhas estruturais na implementação de conteúdos sobre saúde sexual nos currículos das escolas médicas. No Reino Unido, por exemplo, embora a maioria dos estudantes reconheça a importância de abordar questões sexuais com os pacientes, apenas uma minoria o faz com regularidade – consequência, em grande parte, da falta de formação específica e do desconforto em tratar do tema (30). Na China, estudos indicam que, apesar de níveis elevados de conhecimento entre os estudantes, persistem mitos, confusões e medos relacionados com a sexualidade (31). Nos Estados Unidos, uma percentagem reduzida de estudantes relata ter frequentado cursos específicos sobre sexualidade humana, e a crítica à insuficiência da formação recebida é recorrente (6). Na Europa, verifica-se igualmente uma abordagem superficial e esporádica do tema, com escasso aprofundamento durante a formação médica (7).

A insegurança é especialmente notória quando os estudantes começam a ter contacto direto com os pacientes, revelando uma lacuna significativa entre o que é aprendido teoricamente e o que é exigido na prática clínica (7,31). A abordagem da sexualidade nos currículos permanece limitada, muitas vezes restrita a conteúdos teóricos centrados nos aspetos biológicos e patológicos da função reprodutiva, negligenciando dimensões

psicológicas e sociais (30). Além disso, a ausência de treino prático em competências clínicas essenciais – como a recolha da história sexual, o exame físico específico e o aconselhamento – resulta em baixos níveis de confiança entre os estudantes, que frequentemente evitam abordar a temática (8,31).

Nesse sentido, um estudo recente realizado numa universidade médica austríaca procurou avaliar as perceções dos estudantes relativamente à educação sexual recebida durante o curso. Os participantes foram questionados sobre os conteúdos lecionados, os temas que consideravam insuficientemente abordados e as suas próprias crenças e perceções sobre sexualidade (7). Os estudantes que relataram maior exposição à temática durante o curso sentiam-se mais confiantes para discutir questões sexuais e demonstravam menor adesão a crenças negativas ou inflexíveis sobre sexualidade (7). Esses achados estão em consonância com estudos anteriores que demonstram que estudantes mais bem formados na área da sexualidade experienciam menos desconforto ou insegurança ao abordar o tema com os pacientes (7).

Em suma, o conjunto da literatura evidencia que a formação em saúde sexual continua a ser sub-representada na educação médica, apesar de sua relevância crescente na prática clínica contemporânea (8,32).

1.5 Relevância do estudo

O presente estudo reveste-se de particular relevância por procurar compreender as dinâmicas comunicacionais entre médicos e doentes no que respeita à sexualidade, identificando os principais entraves à sua abordagem em contexto clínico.

Neste contexto, o presente trabalho pretende explorar a perspetiva dos médicos relativamente à comunicação sobre sexualidade na Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULSCBEIRA). Esta investigação é essencial para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que promovam práticas clínicas mais sensíveis, inclusivas e integradas, baseadas num modelo biopsicossocial e centradas no doente.

Adicionalmente, ao identificar obstáculos específicos e propor caminhos para superá-los, este estudo pode fundamentar políticas institucionais, programas de formação médica contínua e reformulações curriculares no ensino pré-graduado. A capacitação dos profissionais de saúde para uma abordagem competente e empática da sexualidade não só melhora a relação médico-doente, como também pode conduzir a diagnósticos mais precisos, tratamentos mais eficazes e, acima de tudo, a um cuidado mais humano e holístico (2,9,14).

Assim, este estudo apresenta-se como uma oportunidade de reflexão crítica e uma ferramenta para a mudança, com potencial impacto na qualidade dos cuidados prestados, na saúde sexual dos utentes e no reconhecimento da sexualidade como dimensão indissociável da saúde e da dignidade humana (1,10,12).

2. Objetivos do estudo

Este estudo tem como principal objetivo compreender a comunicação entre médicos e doentes sobre a sexualidade e identificar obstáculos à abordagem da vida sexual na perspectiva do médico, a fim de permitir desenvolver estratégias de abordagem da sexualidade no contexto clínico.

Já os objetivos secundários pretendidos nesta investigação são os seguintes:

- Analisar a perceção dos profissionais de saúde quanto à importância da sexualidade no bem-estar global dos doentes.
- Identificar os contextos clínicos em que os profissionais consideram mais pertinente a abordagem da sexualidade.
- Caracterizar os métodos e estratégias utilizados pelos profissionais de saúde na avaliação da sexualidade dos seus doentes.
- Avaliar a formação prévia dos profissionais de saúde no domínio da sexualidade humana e da sua abordagem clínica.
- Identificar o interesse e as necessidades formativas sentidas pelos profissionais de saúde relativamente à abordagem da sexualidade em contexto clínico.

3. Métodos

3.1 Desenho do estudo e seleção da amostra

No que diz respeito ao caráter do projeto, desenhou-se um estudo transversal descritivo que tem como base um inquérito, elaborado e validado pelos autores. O inquérito foi dirigido aos médicos da ULSCBEIRA e a sua participação foi voluntária.

3.2. Aplicação dos questionários e recolha de dados

Antes de dar início à recolha de dados, realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados *PubMed*® e *Google Scholar*, utilizando as palavras-chave sexualidade, prática clínica, abordagem médica da sexualidade, educação médica e profissionais de saúde, em diversas associações, quer em português, quer em inglês. A escolha da linguagem oficial dos artigos restringiu-se ao português e inglês. Esta revisão bibliográfica constitui o alicerce para a discussão dos resultados obtidos ao longo do estudo.

No que diz respeito à aplicação do questionário, a divulgação do mesmo, após as devidas autorizações, foi efetuada através de e-mail institucional da Universidade da Beira Interior (UBI) para toda a comunidade médica da Unidade Local de Saúde, através do Gabinete de Investigação e Inovação, para uma ampla divulgação.

O envio do questionário foi no dia 1 de abril de 2025 e o prazo limite para o seu preenchimento terminou no dia 31 de maio de 2025.

3.3. Questionário

Os autores elaboraram um questionário (Anexo 1) no Google Forms com um total de 17 questões de escolha múltipla (resposta única e resposta múltipla), com a seguinte constituição:

- A primeira questão foi elaborada no sentido de obter o consentimento livre, informado e esclarecido do inquirido.
- Da 2^a até à 6^a, o objetivo foi o de fazer a caracterização sociodemográfica, quanto ao género biológico, à idade, à categoria de carreira médica, à especialidade médica e aos anos de experiência profissional.
- As perguntas 7^a até à 8^a tiveram como objetivo avaliar a abordagem à sexualidade do doente, de modo a perceber qual a importância desta abordagem para os inquiridos e a frequência com que o fazem.

- A 9^a pergunta foi elaborada no sentido de avaliar quem, na perspetiva do profissional, tem a responsabilidade de iniciar a conversa sobre sexualidade: se o médico ou o doente.
- Da 10^a até à 11^a, o objetivo foi de identificar os métodos usados pelos inquiridos para avaliar a sexualidade e os contextos clínicos específicos nos quais o profissional considera pertinente abordar a sexualidade.
- As perguntas 12^a até à 13^a foram elaboradas no sentido de perceber a percepção do inquirido relativamente ao conforto dos doentes em partilhar preocupações sobre sexualidade e os principais entraves identificados pelos profissionais que condicionam a discussão da mesma.
- A 14^a pergunta questiona a relevância que os profissionais atribuem à sexualidade enquanto dimensão integrante do bem-estar e da saúde global do doente.
- Da 15^a até à 17^a pergunta pretendeu-se perceber qual a formação dos inquiridos sobre a abordagem da sexualidade (durante o curso pré-graduado, em contexto de internato ou formação complementar), se consideram necessário aprofundar a sua formação e áreas específicas onde os profissionais sentem maior necessidade de capacitação.

O questionário foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da ULSCBEIRA (Anexo 1).

3.4. Análise estatística

Para a análise estatística do estudo recorreu-se aos programas informáticos Microsoft Excel 2023 e *International Business Machines (IBM) Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* 30.0. Numa primeira fase, foi realizada uma análise descritiva das variáveis em estudo. De seguida, exploraram-se as relações entre as diferentes variáveis recorrendo à inferência estatística, tendo sido considerado um nível de significância de 5%.

4. Resultados

4.1 Caracterização da amostra

A amostra foi composta por profissionais de saúde pertencentes a nove especialidades, médicas e cirúrgicas, da ULSCBEIRA, totalizando 33 participantes.

Do total de inquiridos, observou-se uma predominância do sexo feminino (n=24; 72,7%) face ao género masculino (n=9; 27,3%). Em relação à faixa etária, a maioria dos participantes encontrava-se entre os 25 e os 35 anos (n=23; 69,7%), seguida do grupo etário 35–45 (n=7; 21,2%), representando uma amostra tendencialmente jovem.

Relativamente à categoria profissional, destaca-se a forte presença de Internos de Formação Especializada (n=22; 66,7%), o que se coaduna com o facto da maior parte da amostra ter menos de 5 anos de experiência (n=20; 60,6%), reforçando, uma vez mais, a juventude e o perfil académico-formativo dos profissionais inquiridos.

Tabela 1. Dados sociodemográficos da amostra

	N	%
Género		
Masculino	9	27.3%
Feminino	24	72.7%
Faixa Etária		
25-35 anos	23	69.7%
35-45 anos	7	21.2%
45-55 anos	2	6.1%
55-65 anos	1	3%
Categoria Profissional		
Interno de Formação Especializada	22	66.7%
Assistente	5	15.2%
Assistente Graduado	5	15.2%
Assistente Graduado Sénior	1	3%
Especialidade Médica		
Cirurgia Geral	2	6.1%
Medicina Geral e Familiar	9	27.3%
Medicina Intensiva	1	3%
Medicina Interna	8	24,2%
Obstetrícia e Ginecologia	2	6,1%
Ortopedia	3	9,1%
Pediatria	3	9,1%
Pneumologia	3	9,1%
Psiquiatria	2	6,1%
Anos de Experiência Profissional		

	N	%
Menos de 5 anos	20	60,6%
5-10 anos	4	12,1%
11-20 anos	7	21,2%
Mais de 20 anos	2	6,1%

4.2. Análise descritiva e comparativa

4.2.1 Questão 7: “Na sua opinião, qual a importância de discutir a sexualidade no contexto da sua especialidade?”

Em relação à pergunta 7, verificou-se que a maioria dos profissionais consideram a discussão da sexualidade “Muito importante” (n=13; 39.4%) ou “Moderadamente importante” (n=13; 39.4%), 15.2% indicou a resposta “Pouco Importante” e ainda 6.1% consideram “Nada Importante” a discussão sobre o tema na sua especialidade. Os resultados podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2. Resultados da importância de discutir a sexualidade no contexto da sua especialidade

	N	%
Resposta		
Muito Importante	13	39,4%
Moderadamente Importante	13	39,4%
Pouco Importante	5	15,2%
Nada Importante	2	6,1%

4.2.2 Questão 8: “Com que frequência aborda questões relacionadas com a sexualidade com seus doentes?”

Relativamente à questão 8, “Com que frequência aborda questões relacionadas com a sexualidade com seus doentes?”, observou-se, na Tabela 3, que 42.4% (n=14) responderam que abordam “Ocasionalmente”, seguindo-se a resposta “Frequentemente” (n=9; 27.3%), “Raramente” (n=6; 18.2%) e “Nunca” (n=4; 12.1%). A resposta “Sempre” não foi selecionada por nenhum inquirido. Os resultados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3. Resultados da frequência com que aborda a sexualidade com doentes

	N	%
Resposta		
Sempre	0	0%
Frequentemente	9	27.3%
Ocasionalmente	14	42.4%
Raramente	6	18.2%
Nunca	4	12.1%

Relativamente à frequência da abordagem da sexualidade por especialidade, verificou-se que na Medicina Geral e Familiar (n=9), 55,6% (n=5) referiram abordá-la ocasionalmente e 44,4% (n=4) frequentemente. Na Pediatria (n=3), 33,3% (n=1) indicaram fazê-lo ocasionalmente e 66,7% (n=2) “Frequentemente”. A especialidade de Obstetrícia-Ginecologia (n=2) apresentou 100% de respostas em “frequentemente”. Na Cirurgia Geral (n=2), 100% referiram abordá-la ocasionalmente. Na Medicina Interna (n=8), 62,5% (n=5) responderam “Raramente”, 25% (n=2) “Ocasionalmente” e 12,5% (n=1) “Frequentemente”. Em Psiquiatria (n=2), todos os participantes indicaram “Ocasionalmente”. Na Ortopedia (n=3), 66,7% (n=2) respondeu “nunca” e 33,3% (n=1) “Ocasionalmente”. Na Pneumologia (n=3), 33,3% (n=1) referiram “Nunca”, 33,3% (n=1) “Raramente” e 33,3% (n=1) “Ocasionalmente”. Já na Medicina Intensiva (n=1), a única resposta foi “Nunca”. A tabela 4 apresenta estes resultados.

Tabela 4. Resultados da frequência da abordagem da sexualidade por especialidade

Especialidade	Nunca N (%)	Raramente N (%)	Ocasionalmente N (%)	Frequentemente N (%)	Total
Cirurgia Geral	0	0	2 (100%)	0	2
Medicina Geral e Familiar	0	0	5 (55.6%)	4 (44.4%)	9
Medicina Intensiva	1 (100%)	0	0	0	1
Medicina Interna	0	5 (63.5%)	2 (25%)	1 (12.5%)	8
Obstetrícia-Ginecologia	0	0	0	2 (100%)	2
Ortopedia	2 (66.7%)	0	1 (33.3%)	0	3
Pediatria	0	0	1 (33.3%)	2 (66.7%)	3
Pneumologia	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	0	3
Psiquiatria	0	0	2 (100%)	0	2
Total geral	4	6	14	9	33

A análise de correlação de Spearman revelou uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a importância que os profissionais atribuem à sexualidade e a frequência com que abordam o tema com os doentes ($p < 0,001$). Este resultado indica que, de forma geral, quanto maior a importância atribuída pelos médicos à saúde sexual, maior a probabilidade de integrarem esta dimensão na prática clínica. Inversamente,

profissionais que tendem a desvalorizar a sexualidade também a abordam com menor frequência. O gráfico 1 demonstra esta correlação.

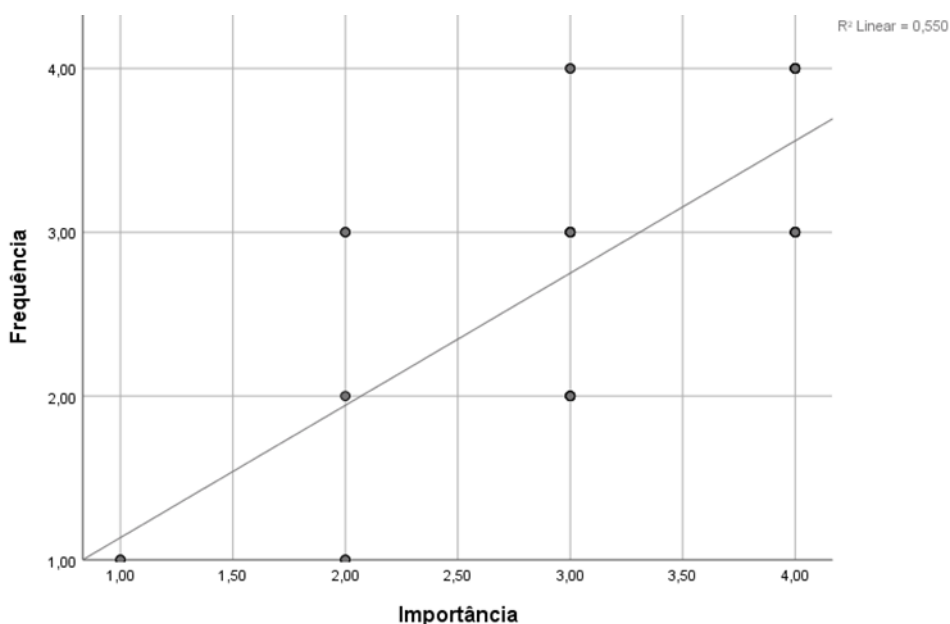


Gráfico 1. Correlação entre importância de discutir a sexualidade e frequência com que é abordada.

4.2.3 Questão 9: “Quem é que considera que deve abordar inicialmente a temática da sexualidade?”

Em relação à questão, “Quem é que considera que deve abordar inicialmente a temática da sexualidade?”, verificou-se que, 60.6% (n=20) dos indivíduos referiram que deverá ser o médico a iniciar a abordagem, enquanto 39.4% (n=13) referem ser o doente a ter de tomar iniciativa. Os resultados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Resultados acerca de quem deve iniciar a temática da sexualidade

	N	%
Resposta		
O/a doente	13	39.4%
O/a médico/a	20	60.6%

4.2.4 Questão 10: “Que métodos ou ferramentas utiliza para avaliar a sexualidade dos doentes?”

Relativamente a esta questão, os inquiridos conseguiam selecionar mais que uma opção de resposta, sendo que os valores apresentados correspondem ao número de vezes que cada opção foi selecionada e não a percentagens exclusivas. Neste caso, observou-se que 57.6% (n=19) dos inquiridos referiram usar “Perguntas abertas sobre a sexualidade”, seguido por 30.3% (n=10) que selecionaram “Perguntas dirigidas sobre a sexualidade do

doente”, enquanto 27.3% (n=9) referiram não utilizar nenhum método específico e 12.1% (n=4) não abordarem a sexualidade em contexto clínico. 6.1% (n=2) dos inquiridos referiram utilizar “Questionários ou escalas padronizadas”. Os resultados são apresentados no gráfico 2.

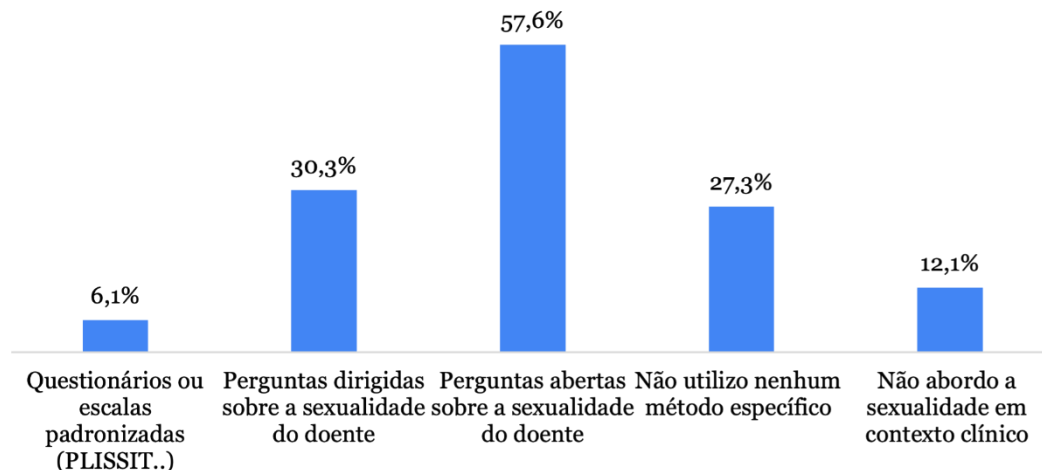


Gráfico 2. Frequência de utilização de métodos e ferramentas para a abordagem da sexualidade

4.2.5 Questão 11: “Quais os contextos clínicos em que considera mais relevante abordar a sexualidade do doente?”

A análise foi realizada com base na contagem absoluta de seleções por contexto, dado que a natureza da pergunta foi de resposta múltipla, o que não permite cálculos de percentagem sobre o total de participantes de forma direta. A interpretação dos dados deve, assim, focar-se na frequência de escolha de cada contexto, e não em percentagens acumuladas.

Deste modo, a maioria dos participantes (n=19; 57.6%) indicou como contextos prioritários “Antes e/ou após realização de cirurgias ginecológicas”, seguido por 54.5% a mencionarem “Antes e/ou após realização de cirurgias urológicas”. 48.5% (n=16) referem “Presença de patologia cardiovascular”, 42.4% (n=14) “Presença de patologia oncológica”, 39.4% (n=13) “Presença de patologia endócrina”, 33.3% (n=11) “Presença de patologia psiquiátrica”, 27% (n=9) selecionaram “Outra opção” e 6.1% (n=2) assinalaram “Não considero importante abordar”. Os resultados são apresentados no gráfico 3.

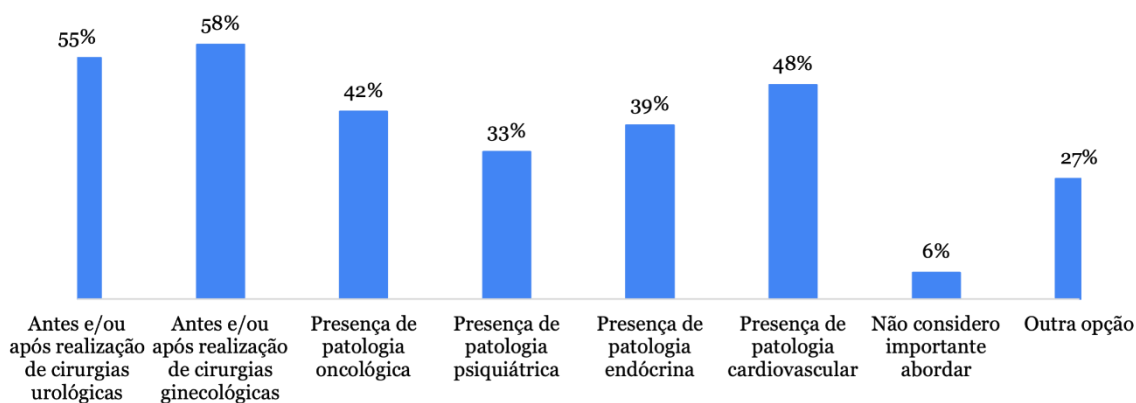


Gráfico 3. Frequência dos contextos clínicos mais relevantes para abordar a sexualidade

Importa ainda destacar que os participantes que selecionaram a opção “Outra opção”, especificaram livremente diferentes situações clínicas. O gráfico 4 apresenta a análise das respostas.

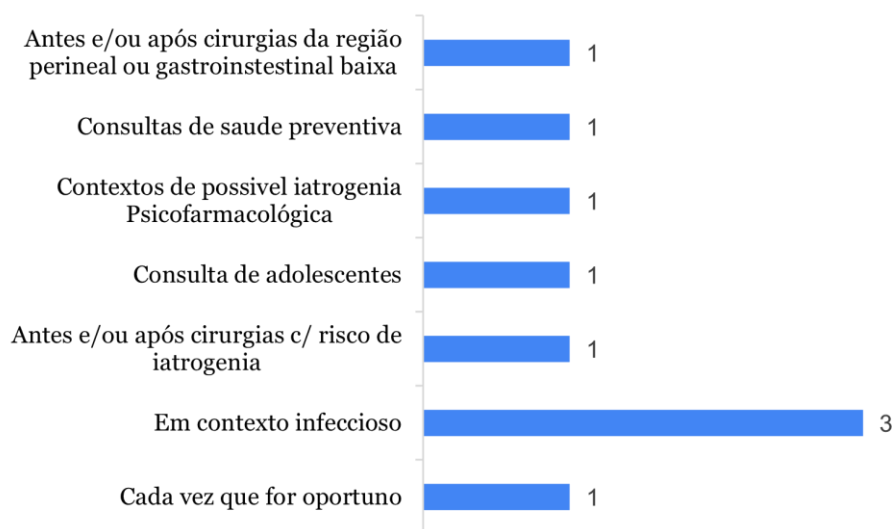


Gráfico 4. Distribuição das respostas inseridas em “Outra opção”

4.2.6 Questão 12: “Considera que os doentes se sentem à vontade para expor questões/preocupações relacionadas com a sua sexualidade?”

Os participantes foram questionados sobre se consideravam que os seus doentes se sentem à vontade para expor questões ou preocupações relacionadas com a sexualidade. A maioria dos inquiridos (54,5%, n = 18) indicou a opção “Não, a maioria dos doentes não se sente à vontade”, seguido pela resposta “Sim, mas apenas alguns doentes se sentem à vontade” assinalada por 36,4% (n = 12) dos profissionais. Apenas 9,1% (n = 3)

afirmaram que a maioria dos doentes se sente confortável para discutir questões de saúde sexual. Os resultados podem ser observados na Tabela 6.

Tabela 6. Resultados sobre a percepção do médico do à vontade do doente para abordar questões relacionadas com a sua sexualidade

	N	%
Resposta		
Sim, a maioria dos doentes sente-se à vontade	3	9.1%
Sim, mas apenas alguns doentes se sentem à vontade	12	36.4%
Não, a maioria dos doentes não se sente à vontade	18	54.5%

4.2.7 Questão 13: “Do seu ponto de vista, quais as razões que dificultam a abordagem deste tema?”

Relativamente a esta questão, os inquiridos também tinham a possibilidade de seleccionar mais do que uma opção, sendo que os valores apresentados correspondem ao número de vezes que cada opção foi seleccionada e não a percentagens exclusivas.

Verificou-se que a maioria dos inquiridos seleccionaram as opções “O/a doente sente vergonha em abordar a sexualidade” (n=26; 78.8%), “Falta de tempo para abordar este tema” (n=22; 66.7%) e “Falta de conhecimento médico sobre como abordar a sexualidade do doente” (n=16; 48.5%). Seguidamente, 33.3% (n=11) seleccionaram a opção “Falta de conhecimento médico sobre a abordagem terapêutica dos problemas da sexualidade do doente”, 30.3% (n=10) mencionaram “O/a médico/a sente vergonha em abordar a sexualidade do doente”, 27.3% (n=9) assinalaram “O/a doente receia que o médico não dê importância à sua sexualidade e 21.2% (n=7) referem que “A abordagem deste tema é da responsabilidade de outra especialidade”. Os resultados podem ser observados na tabela 7.

Tabela 7. Resultados das dificuldades sentidas na abordagem da sexualidade

	N	%
Resposta		
O/a doente sente vergonha em abordar a sexualidade	26	78.8%
O/a médico/a sente vergonha em abordar a sexualidade do doente	10	30.3%
O/a doente receia que o médico não dê importância à sua sexualidade	9	27.3%
Falta de tempo para abordar este tema	22	66.7%
Falta de conhecimento médico sobre como abordar a sexualidade do doente	16	48.5%
Falta de conhecimento médico sobre a abordagem terapêutica da sexualidade do doente	11	33.3%
A abordagem deste tema é da responsabilidade de outra especialidade	7	21.2%

4.2.8 Questão 14: “Na sua prática clínica, qual considera ser a relevância de melhorar a sexualidade do doente para o seu bem-estar geral?”

Quanto à relevância de melhorar a sexualidade do doente para o seu bem-estar geral, a maioria dos profissionais consideram “Extremamente relevante” (n=10; 30,3%), seguido de “Muito relevante” (n=9; 27,3%) e de “Moderadamente relevante” (n=9; 27,3%). Por sua vez, um número menor de inquiridos consideram o tema “Pouco relevante” (n=4; 12,1%) ou “Não é relevante” (n=1; 3%). Os resultados podem ser observados na tabela 8.

Tabela 8. Resultados acerca da relevância de melhorar a sexualidade do doente para o seu bem-estar geral

	N	%
Resposta		
Extremamente relevante	10	30.3%
Muito relevante	9	27.3%
Moderadamente relevante	9	27.3%
Pouco relevante	4	12.1%
Não é relevante	1	3%

4.2.9 Questão 15: “Recebeu formação para abordar questões da sexualidade com os seus doentes?”

No caso da questão 15, 36.4% (n=12) dos inquiridos refere ter formação para abordar questões da sexualidade “Através de cursos, pós-graduações ou outras formações específicas”, 27.3% (n=9) têm essa formação no “Mestrado Integrado em Medicina” e 12.1% (n=4) referiram “Sim, no Internato de Formação Especializada”. 30.3% (n=10) selecionaram a opção “Não, nunca recebi formação”. Os resultados são apresentados na Tabela 9.

Tabela 9. Resultados da formação recebida para abordar questões da sexualidade

	N	%
Resposta		
Sim, no Mestrado Integrado em Medicina	9	27.3%
Sim, no Internato de Formação Especializada	4	12.1%
Sim, através de cursos, workshops, pós-graduações ou outras formações específicas nesta área	12	36.4%
Não, nunca recebi formação	10	30.3%

Para efeitos de análise estatística, as respostas à questão 15 foram recodificadas numa variável dicotómica. As opções “Sim, através de cursos, pós-graduações ou outras formações específicas”, “Sim, no Mestrado Integrado em Medicina” e “Sim, no Internato

de Formação Especializada” foram agrupadas na categoria “Com formação”, enquanto a opção “Não, nunca recebi formação” foi integrada na categoria “Sem formação”.

Esta recodificação permitiu realizar uma regressão logística para avaliar a relação entre a formação dos profissionais e a percepção de que os doentes se sentem à vontade para falar sobre sexualidade. Os resultados demonstraram uma tendência positiva, com um *odds ratio* (OR) de 5,200 e intervalo de confiança a 95% entre [0,899–30,078], embora sem alcançar significância estatística ($p = 0,066$).

4.2.10. Questão 16: “Considera que seria relevante haver mais formação sobre como abordar a sexualidade dos doentes?”

Em relação à questão, “Considera que seria relevante haver mais formação sobre como abordar a sexualidade dos doentes?”, verificou-se que 90,9% ($n=30$) dos indivíduos concordam que seriam relevantes ações de formação acerca da abordagem da sexualidade dos doentes, enquanto 9,1% ($n=3$) não consideram relevantes formações acerca deste tema. Os resultados são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10. Resultados acerca da relevância de formações sobre como abordar a sexualidade dos doentes

	N	%
Resposta		
Sim	30	90.9%
Não	3	9.1%

4.2.11. Questão 17: “Se sim, quais a(s) área(s) em que considera mais relevante ter formação?”

Nesta questão, os médicos tinham também a possibilidade de selecionar mais do que uma opção, pelo que a interpretação dos dados prende-se com a frequência com que cada profissional escolheu cada opção ao invés de percentagens exclusivas.

Verificou-se que a maioria dos inquiridos selecionou a opção “Como avaliar a necessidade de encaminhamento para profissional especializado na área da sexualidade (Sexólogo Clínico, Psicólogo, Psiquiatra, Ginecologista, Urologista, Medicina Física e de Reabilitação...)” ($n=28$; 84,8%), seguido de “Como intervir perante alterações da sexualidade/disfunções sexuais” ($n=22$; 66,7%) e de “Como abordar questões da sexualidade” ($n=19$; 57,6%) assim como “Como diagnosticar disfunções sexuais” ($n=19$; 57,6%). Também escolhidas pelos inquiridos foram as opções “Como explorar questões da sexualidade” ($n=17$; 51,5%) e “Como realizar o seguimento perante quadros de

alterações da sexualidade/disfunções sexuais” (n=17; 51,5%). Os resultados podem ser observados na tabela 11.

Tabela 11. Resultados das áreas consideradas mais relevantes ter formações

	N	%
Resposta		
Como abordar questões da sexualidade	19	57,6%
Como explorar questões da sexualidade	17	51,5%
Como diagnosticar disfunções sexuais	19	57,6%
Como intervir perante alterações da sexualidade/disfunções sexuais	22	66,7%
Como realizar o seguimento perante quadros de alterações da sexualidade/disfunções sexuais	17	51,5%
Como avaliar a necessidade de encaminhamento para profissional especializado na área da sexualidade (Sexólogo Clínico, Psicólogo, Psiquiatra, Ginecologista, Urologista, Medicina Física e de Reabilitação...)	28	84,8%

5. Discussão

A sexualidade é ainda um tabu (3,26). Apesar da maioria dos profissionais reconhecer a importância da abordagem da sexualidade, persistem dificuldades relevantes na sua aplicação prática (10,12). compreender a comunicação entre médicos e doentes sobre a sexualidade e identificar obstáculos à abordagem da vida sexual na perspectiva do médico, a fim de permitir desenvolver estratégias de abordagem da sexualidade no contexto clínico. A presente discussão visa contextualizar os principais resultados à luz da literatura existente, bem como compreender a sua aplicabilidade clínica no quotidiano.

A amostra do estudo é constituída por um total de 33 participantes, a maioria dos quais pertenciam ao sexo feminino (72.7%), facto que é concordante com o relatório social do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para 2024, que revela que as mulheres representam a maioria dos trabalhadores no SNS.

Foram inquiridos médicos de nove diferentes especialidades da ULSCBEIRA, com maior representação de Medicina Geral e Familiar (27.3%) e Medicina Interna (24.2%), o que pode ser parcialmente explicado pelo facto da investigação ter sido realizada numa Unidade Local de Saúde periférica, com maior número de médicos destas especialidades.

A faixa etária predominante foi 25–35 anos (69.7%), sendo a maioria dos participantes Internos de Formação Especializada (66.7%) e com menos de 5 anos de experiência profissional (60.6%). Estes dados espelham o facto da amostra ser constituída por população jovem, nos primeiros anos de atividade médica. A predominância de profissionais jovens poderá não refletir plenamente as práticas, perceções e obstáculos vivenciados por médicos com maior experiência profissional.

5.1. Abordagem da sexualidade

Os resultados deste estudo revelam uma relação estatisticamente significativa entre a importância atribuída à sexualidade e a frequência com que esta é abordada em contexto clínico, conforme demonstrado pela correlação de *Spearman* ($p < 0,001$). Este achado indica que, tendencialmente, os profissionais que atribuem maior relevância ao tema são também aqueles que o integram com maior frequência na prática clínica.

No entanto, verifica-se ainda uma discrepância importante entre a perceção da importância da sexualidade na saúde geral dos doentes e a frequência com que essa temática é efetivamente abordada em contexto clínico. Apesar de uma maioria dos

médicos reconhecer que a sexualidade é moderadamente a muito relevante na sua prática, apenas 27.3% dos profissionais relatam abordá-lo “frequentemente”. Uma parcela considerável relata abordá-la apenas raramente ou ocasionalmente. A esmagadora maioria dos profissionais inquiridos reconhece a importância da sexualidade como parte integrante do bem-estar geral dos seus doentes. No total, 84.9% dos participantes consideraram a sexualidade "moderadamente", "muito" ou "extremamente relevante". Apenas uma minoria residual (15.1%) a classificou como pouco ou nada relevante. Estes dados estão em consonância com a literatura existente, que aponta para a subvalorização prática da sexualidade nas consultas médicas, mesmo quando a sua relevância teórica é reconhecida (33).

A análise por especialidade, também revelou diferenças marcadas na frequência com que os profissionais abordam a sexualidade. Ortopedia e Medicina Intensiva são as especialidades que menos abordam a temática, o que justificam por considerarem que o tópico não é prioritário dentro daquilo que é a sua área de atuação.

Pelo contrário, verificou-se que especialidades como Medicina Geral e Familiar, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Psiquiatria apresentam uma maior prevalência para abordar questões relacionadas com a sexualidade em contexto clínico.

Esta tendência poderá ser justificada por múltiplos fatores intrínsecos à natureza destas áreas. Em primeiro lugar, são especialidades que assumem um papel central na prestação de cuidados holísticos e longitudinais, frequentemente sustentados por uma relação médico-doente próxima e continuada (19). Esta continuidade facilita a criação de um vínculo terapêutico, potenciando uma maior abertura por parte dos doentes e uma maior sensibilidade dos clínicos para temas frequentemente marginalizados, como a sexualidade (13). Por outro lado, estas especialidades de contacto transversal e abrangente lidam com doentes em diferentes fases do ciclo de vida, acompanhando não só patologias específicas, mas também aspetos psicossociais, relacionais e funcionais da saúde. Este contexto favorece uma visão ampliada do bem-estar, onde a saúde sexual se integra naturalmente (33).

No caso da Pediatria, embora o foco não incida diretamente na sexualidade do doente (sobretudo quando crianças), os profissionais acompanham frequentemente adolescentes em fases de desenvolvimento pubertário e psicosexual, o que exige competências comunicacionais específicas e atenção ao aconselhamento precoce e preventivo (34).

Por fim, estas especialidades beneficiam, em muitos casos, de uma maior exposição prévia à temática da sexualidade nos programas curriculares, bem como da existência de protocolos orientadores em áreas como o planeamento familiar, saúde reprodutiva e acompanhamento de disfunções (33).

Já a Cirurgia Geral, apesar de menos representada, revelou uma frequência de abordagem da sexualidade superior ao esperado, com os dois inquiridos a referirem abordagens ocasionais, contrariando a expectativa de menor envolvimento nesta temática (15). Estes dados podem refletir uma maior consciencialização dos profissionais sobre o impacto funcional e psicossocial dos procedimentos cirúrgicos. Cirurgias com implicações na imagem corporal, dor crónica, função hormonal ou reprodutiva (como colectomias, hernioplastias ou estomias) podem motivar preocupações por parte dos doentes relacionadas com autoestima, intimidade e qualidade de vida sexual. Este contexto poderá justificar uma maior abertura por parte dos cirurgiões para abordar o tema, nomeadamente em fases pré e pós-operatórias (26).

Quando questionados sobre os contextos clínicos em que consideram mais pertinente abordar a sexualidade, os profissionais inquiridos referiram de forma recorrente situações como cirurgias ginecológicas e urológicas, seguidos de patologia cardiovascular, oncológica, psiquiátrica e endócrina.

Em linha com estudos prévios, a escolha destes contextos sugere que os profissionais tendem a reconhecer a pertinência da abordagem da sexualidade quando a dimensão sexual está mais claramente interligada com a fisiologia, anatomia ou efeitos secundários do tratamento médico.

5.2. Barreiras à abordagem da sexualidade

Os profissionais inquiridos identificaram como principais barreiras: a falta de tempo disponível, perceção de vergonha dos doentes ao abordar questões do foro sexual e a perceção de não ter conhecimento médico suficiente sobre como abordar questões de sexualidade.

Os dados revelam que 54.5% dos médicos acredita que a maioria dos doentes demonstra desconforto face ao tema. Esta perceção do mal-estar do doente constitui, segundo os inquiridos, uma das principais barreiras à introdução da sexualidade na prática clínica, sendo referida por 78.8% da amostra como uma das dificuldades mais relevantes, superando fatores como o tempo ou o conhecimento técnico.

Contudo, a evidência empírica sugere que estes receios são, em grande parte, infundados. Os doentes, na sua maioria, não se sentem ofendidos com a introdução de questões sobre sexualidade e, pelo contrário, muitos manifestam desejo de que o profissional de saúde tome a iniciativa de abordar o tema, de forma sensível e contextualizada, como demonstrado por Ryan et al., em que 70% dos doentes referiram essa preferência e 71% aprovaram a inclusão do tema na consulta (23).

A falta de tempo é referida por 66.7% dos inquiridos como uma das dificuldades mais sentidas. Este constrangimento contribui para a perpetuação de uma prática centrada na doença, e não na pessoa — limitando a capacidade do médico de prestar cuidados integrais.

Por outro lado, o desconforto individual com o tema, frequentemente relacionado com a ausência de treino, reforça a tendência para evitar o assunto. O questionário revelou que muitos médicos não se sentem confortáveis ou competentes para fazer uma triagem adequada de disfunções sexuais, o que limita a capacidade de referenciar o doente atempadamente ou de garantir um seguimento adequado. Embora a Medicina Sexual seja amplamente negligenciada na maioria das escolas médicas, a triagem poderia ser feita e o encaminhamento a um colega especializado poderia ser oferecido ao doente.

Uma das questões mais reveladoras do questionário prendeu-se com a perceção dos profissionais quanto à responsabilidade de iniciar a conversa sobre sexualidade: médico ou doente? Enquanto a maioria dos inquiridos (60.6%) responde que deverá ser o médico a iniciar o tema, quase 40% da amostra refere que o doente teria de ter a primeira palavra. Esta indefinição é particularmente problemática, já que quando ambos os interlocutores esperam que o outro aborde o tema, este acaba por não ser discutido, perpetuando o impasse comunicacional já identificado na literatura (23). A ausência de uma cultura institucional que legitime e promova a discussão da sexualidade contribui, ainda, para o seu silenciamento.

A conjugação destas dificuldades cria um cenário onde o tema da sexualidade é frequentemente omitido, mesmo quando clinicamente relevante. A negligência sistemática da saúde sexual pode comprometer a confiança do doente na relação terapêutica e atrasar o diagnóstico de condições clínicas subjacentes. O presente estudo confirma essa realidade, ao revelar que mesmo médicos que reconhecem a importância do tema hesitam em abordá-lo.

É evidente a necessidade urgente de promover mudanças não apenas ao nível individual, mas também organizacional, criando um ambiente clínico propício a uma comunicação aberta e respeitosa.

5.3. Métodos e ferramentas para avaliar a sexualidade

A maioria dos participantes do estudo afirmou recorrer a perguntas abertas ou a perguntas direcionadas como principal estratégia para a avaliação da sexualidade dos pacientes. Cerca de um terço dos inquiridos admite não utilizar qualquer método específico, enquanto apenas dois dos profissionais referiram utilizar questionários ou escalas padronizadas. Esta ausência de instrumentos pode ser reflexo da falta de formação na área, e contribui para uma abordagem menos sistemática e potencialmente menos eficaz.

Para facilitar a introdução do tema da sexualidade na comunicação existem modelos práticos, nomeadamente o Modelo dos 5 A's, o PLISSIT e o *Brief Sexuality Related Communication*. (17,35)

O Modelo dos 5 A's foi inicialmente descrito no contexto da intervenção breve em doentes fumadores motivados para deixar de fumar. Este método é amplamente utilizado nos cuidados de saúde primários e visa avaliar sistematicamente os hábitos tabágicos dos utentes, de forma oportunista. O Modelo dos 5 A's poderá ser adaptado para a avaliação da sexualidade, facilitando a comunicação com os doentes, promovendo a partilha dos problemas sexuais que experienciam e a exploração dos fatores biomédicos, psicológicos e relacionais que contribuem para a manutenção da disfunção vivenciada. (17)

O modelo engloba os seguintes passos:

- Abordar. Dever-se-á garantir a privacidade e confidencialidade, adotar uma postura profissional, não emitir juízos de valor e respeitar o doente e o casal, tendo em conta possíveis diferenças socioculturais. O médico deverá começar por questionar possíveis alterações na vida íntima, privilegiando perguntas abertas.
- Aconselhar. O doente deve ter acesso a informação e ver esclarecidas as suas dúvidas.
- Avaliar. Este passo visa a realização da história do problema sexual, que inclui a compreensão do funcionamento sexual prévio, dificuldades atuais e formulação de um plano terapêutico. Privilegiam-se questões interligadas para determinar o

tipo e grau de disfunção apresentada, as causas e os fatores promotores da sua manutenção.

- Apoiar. O plano terapêutico deve ser personalizado e realizado em aliança terapêutica com o doente (e o/a parceiro/a), procurando também a psicoeducação em sexualidade: encorajar comunicação e reflexão sobre a vida sexual; promover a discussão das preocupações do doente; capacitar o doente a lidar com as alterações físicas; introduzir técnicas de relaxamento e formas de potenciar ou recriar prazer; encarar a nova fase como uma forma de autodescoberta sensitiva e reforçar positivamente a reinvenção da vida sexual após o cancro.
- Acompanhar. Inclui o seguimento com revisão do plano terapêutico e de eventuais dificuldades encontradas.

Outra das ferramentas utilizadas é o PLISSIT que consiste num modelo de rastreio de patologia sexual em consulta, constituído por quatro níveis de intervenção: (35)

- P – Permissão (*Permission*). Colocando uma questão como “Será que podemos falar sobre sexualidade?”, o médico demonstra disponibilidade para ouvir as preocupações do doente sobre o tema, comunicando interesse e respeito. Na maioria das vezes o doente apenas pretende ver validados os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, bem como ter a perceção de que os seus receios e dúvidas são comuns e legítimos.
- LI – Informação Limitada (*Limited information*). O objetivo desta fase é compreender a dúvida/receio/preocupação do doente à qual se pretende responder com informação concisa, clara e relevante. Muitas vezes surge logo a seguir ao pedido de permissão inicial.
- SS – Sugestões Específicas (*Specific suggestions*). Esta fase é precedida da colheita da história do problema sexual que deverá incluir a descrição do problema, a data de início, os eventos precipitantes, a evolução, a frequência e a intensidade dos sintomas, os fatores moduladores, o impacto funcional, as crenças e ideias associadas, bem como informação sobre avaliações médicas anteriores, existência de tratamentos prévios e as expectativas do doente, de acordo com objetivos realistas. Posteriormente à colheita de informação, o médico fornece sugestões específicas que se adequam ao problema particular do doente (ou do casal).
- T – Terapia Intensiva (*Intensive therapy*). Consiste na abordagem terapêutica comportamental especializada e individualizada para as doentes que não responderam às fases anteriores. Raramente é necessária, dado que 70% dos

problemas são resolvidos no primeiro nível de intervenção e 80-90% são resolvidos ao longo dos três primeiros níveis visados pelo PLISSIT.

Existem ainda outros modelos, como o ALARM, descrito por Andersen em 1990, que visa os passos: *Activity, Libido, Arousal, Resolution, Medical information*; e o BETTER, descrito por Cohen em 2004, que consiste nos seguintes: *Bringing up the topic of sexuality, Explaining, Telling, Timing, Recording*. (17)

Mais recentemente, em 2015, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu a ferramenta *Brief Sexuality Related Communication* (BSRC), que privilegia perguntas abertas, organizadas do seguinte modo:

- **Abordar.** Estabelecimento da relação médico-doente e a utilização de perguntas-tipo para introduzir o tema da sexualidade (“Há alguma dúvida relacionada com assuntos do foro sexual?”);
- **Responder.** Utilização de questões abertas acerca da sexualidade que permitam abrir a comunicação (“Está satisfeito com a sua vida sexual?”);
- **Personalizar.** Identificação próxima com os problemas, dificuldades ou doenças da utente (“Algumas pessoas com um problema específico (ex. cancro, hipertensão, diabetes - o que o doente estiver a enfrentar) têm alguns problemas a nível sexual. Como é que tem sido para si?”);
- **Iniciar o aconselhamento.** Fornecer informação adequada e identificar as diferentes fases do plano terapêutico.

Por fim, outra forma de avaliar a sexualidade regularmente poderá constar na utilização de questionários, nomeadamente o *Brief Sexual Symptom Checklist*. (17)

Em resumo, existem várias formas que o médico poderá adotar na abordagem da sexualidade, cabendo-lhe optar por aquela que lhe for mais conveniente, de acordo com o seu local de trabalho, população-alvo, tempo disponível, aptidão e preferência. Qualquer que seja o método utilizado, no final da entrevista clínica, o médico deverá ser capaz de identificar o problema sexual experienciado pelo doente numa perspetiva biopsicossocial; compreender o impacto dos problemas sexuais preexistentes e quais os recursos do doente/ casal; analisar o impacto da doença e do respetivo tratamento na sexualidade e fertilidade. Não se procura resolver todos os problemas sexuais dos doentes, mas identificar e gerir a maioria das situações.

5.4. Formação e capacitação em saúde sexual

A formação dos médicos na área da sexualidade revelou-se, neste estudo, uma das dimensões mais frágeis dos participantes. Apesar da maioria reconhecer a importância da temática para uma abordagem clínica global e centrada no doente, os dados apontam para uma formação prévia essencialmente pontual, dispersa e superficial.

A lacuna formativa torna-se especialmente visível quando se analisa a percepção dos profissionais em relação à sua competência técnica. Muitos declararam sentir-se despreparados para abordar o tema com os doentes — fator frequentemente referido como um dos principais entraves à sua integração na clínica. Esta percepção alinha-se com a literatura existente, que sublinha a insegurança dos profissionais como consequência direta da ausência de treino estruturado.

Além disso, os dados deste estudo sugerem que a formação em saúde sexual pode influenciar positivamente a percepção dos profissionais quanto ao à vontade dos doentes para abordar a temática em consulta. A análise de regressão logística revelou uma tendência positiva, embora sem alcançar significância estatística ($p = 0,066$). Isto sugere que, tendencialmente, os profissionais com formação em saúde sexual consideram que os seus doentes estão mais à vontade para abordar o tema, comparativamente aos colegas sem qualquer tipo de formação. Apesar de a associação não ser estatisticamente significativa, o que poderá dever-se ao tamanho reduzido da amostra ou à natureza subjetiva da variável (percepção do profissional), é consistente com a literatura que relaciona a formação com uma maior confiança na abordagem da sexualidade (31). Em futuros estudos, com amostras maiores, é possível que esta tendência venha a revelar-se mais robusta.

Embora alguns profissionais tenham referido formação em sexualidade, quer durante o seu percurso académico (nomeadamente no Mestrado Integrado em Medicina), quer através de cursos e workshops, destaca-se o interesse dos participantes em receber formação adicional. Quando questionados sobre a relevância de mais formações, 90,9% dos inquiridos respondeu afirmativamente, especialmente nas áreas da abordagem inicial ao tema, no diagnóstico e intervenção das disfunções sexuais ou alterações da sexualidade e na avaliação do encaminhamento do doente para profissionais especializados na área. Esta procura ativa por capacitação reforça a noção de que existe disponibilidade e motivação por parte dos clínicos para o integrar a abordagem da sexualidade na prática, desde que lhes sejam dadas ferramentas apropriadas.

Os resultados obtidos reforçam, portanto, a necessidade de uma reestruturação curricular e reforçam os resultados de estudos anteriores que demonstram que a exposição precoce e sistemática à saúde sexual durante o ensino clínico está associada a maiores níveis de confiança e a uma redução de estigmas e crenças disfuncionais. Esta lacuna, evidenciada tanto nos dados empíricos como na literatura, impõe um repto às instituições de ensino e à formação médica contínua: é necessário assumir a sexualidade como uma competência clínica transversal, com impacto direto na qualidade dos cuidados e na experiência do doente em consulta.

5.5. Limitações e pontos fortes do estudo

5.5.1. Limitações

O trabalho realizado apresenta algumas limitações. A primeira a ser identificada é o facto de ter utilizado um questionário totalmente elaborado e validado pelos autores, o que dificulta o estudo comparativo de determinadas questões com os resultados das investigações de outros autores. No entanto não encontramos na bibliografia consultada nenhum inquérito que satisfizesse os objetivos a que nos tínhamos proposto.

A amostra deste estudo foi considerada a principal limitação, pelo seu tamanho reduzido, o que diminui a possibilidade de generalização dos resultados a outras regiões ou instituições com contextos organizacionais distintos.

A terceira limitação reside no preenchimento do questionário ser realizado pelos próprios participantes, o que pode levar a dúvidas nas interpretações ou preenchimento das questões, resultando na sobrevalorização ou subvalorização dos resultados.

Uma limitação importante deste estudo reside no seu desenho transversal, uma vez que impede a análise de relações causais ou a identificação de mudanças ao longo do tempo. As respostas obtidas podem refletir circunstâncias pontuais ou perceções temporárias, não necessariamente representativas de comportamentos estáveis ou generalizáveis.

Também a natureza voluntária da participação poderá ter atraído profissionais com maior sensibilidade ou interesse pelo tema, o que pode enviesar os resultados e inflacionar as atitudes positivas relativamente à sexualidade em contexto clínico.

Certas disparidades nos resultados podem ser atribuídas a fatores como o facto de a amostra deste estudo ser reduzida, com uma proporção significativamente maior de indivíduos do sexo feminino em comparação ao sexo masculino e uma faixa etária

predominantemente jovem. Simultaneamente, é importante considerar possíveis diferenças culturais ao interpretar as discrepâncias identificadas.

5.5.2. Pontos fortes

Os pontos fortes desta dissertação de mestrado são evidentes pela forma de aplicação rigorosa do questionário, o que proporciona uma base sólida para as conclusões alcançadas.

Primeiramente, o inquérito apresentado foi desenvolvido especificamente para este estudo, com base na revisão da literatura e em modelos teóricos pré-existentes, procurando abranger dimensões pertinentes à abordagem da sexualidade em contexto clínico.

A linguagem utilizada ao longo do inquérito foi perceptível e apropriada para a população em estudo, uma vez que foi ajustada considerando o nível de dificuldade e possíveis dúvidas que as questões pudessem suscitar. O facto de as questões serem de escolha múltipla, facilitou as respostas, levando a uma maior adesão.

Por fim, a seleção de uma população composta por profissionais de saúde, com um nível de formação mais elevado, facilitou a interpretação do questionário, promovendo respostas mais confiáveis.

5.5.3 Sugestões para Investigações Futuras

Tendo em conta as limitações identificadas e os resultados obtidos, considera-se pertinente propor linhas orientadoras para futuras investigações na área da sexualidade em contexto clínico:

- a) Estudos multicêntricos e com maior dimensão amostral: Investigações envolvendo diferentes unidades de saúde e um número superior de profissionais permitiriam aumentar a representatividade dos resultados e aprofundar as variações entre especialidades, regiões e culturas organizacionais distintas.
- b) Abordagens qualitativas complementares: Entrevistas em profundidade ou grupos focais poderiam explorar com maior detalhe as experiências subjetivas dos profissionais, revelando fatores emocionais e contextuais subjacentes que não emergem em instrumentos quantitativos.

c) Estudos longitudinais: Investigar a evolução das práticas ao longo do tempo, nomeadamente após intervenções formativas, seria fundamental para avaliar o impacto efetivo da formação contínua na mudança de comportamentos.

d) Inclusão da perspetiva dos utentes: Pesquisar o ponto de vista dos doentes sobre esta temática — nomeadamente o grau de conforto, expectativas e impacto da abordagem — permitiria complementar os dados obtidos e reforçar o alinhamento entre necessidades percebidas e práticas institucionais.

e) Avaliação de estratégias formativas e protocolos de intervenção: Ensaios com grupos de profissionais com formação vs. sem formação, ou a implementação de protocolos clínicos padronizados, poderiam contribuir para o desenvolvimento de boas práticas e integração formal do tema nos cuidados prestados.

6. Conclusão

A sexualidade permanece, ainda hoje, uma dimensão frequentemente esquecida na prática clínica, mesmo perante o reconhecimento da sua importância. Este estudo evidencia que, apesar da crescente consciência dos profissionais sobre a relevância do tema, persistem barreiras significativas que limitam a sua abordagem efetiva.

Existem questionários e modelos facilitadores da comunicação, cabendo ao médico optar pela ferramenta que melhor se adapta à sua prática e a cada caso em particular. Espera-se que médicos possuam competências para recolher informação detalhada sobre questões relacionadas com a sexualidade, de forma a possibilitar um diagnóstico adequado, responder a dúvidas fundamentais e, sempre que pertinente, proceder ao encaminhamento para um especialista na área.

No futuro seria importante uma maior consciencialização, formação e treino dos profissionais de saúde na abordagem da temática da sexualidade, nomeadamente através da promoção de ações de formação sobre a intervenção breve na área da sexualidade (habitualmente pouco aprofundada no ensino pré-graduado), bem como com a introdução dos modelos e questionários validados nas plataformas informáticas de apoio à consulta.

Considerando isto, é importante reconhecer e abordar adequadamente as práticas em contexto clínico, de modo a formular políticas e planejar ou implementar intervenções preventivas ou educacionais eficazes, projetadas para melhorar a qualidade da vida sexual e do bem-estar do doente, promovendo uma visão integrada da saúde que inclua a saúde sexual como parte fundamental do cuidado.

Para além disso, esta dissertação de mestrado veio complementar as investigações e auxiliar as discussões já existentes na área do bem-estar sexual. Sugere-se a continuidade do estudo, uma vez que, devido à constante evolução, é relevante manter uma atualização contínua das tendências.

Percebendo as barreiras à comunicação sobre a sexualidade poder-se-ão criar estratégias que permitam ultrapassá-las e assim promover a deteção precoce e tratamento de disfunções sexuais dos doentes. Apostar na formação, clarificar papéis e criar condições organizacionais favoráveis são passos essenciais para transformar a sexualidade num tema natural e integrante dos cuidados de saúde prestados — rumo a uma Medicina mais humana, completa e centrada no doente.

7. Referências Bibliográficas

1. Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D. Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expectations*. 2016 Dec 1;19(6):1237–50.
2. World Health Organization. *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Geneva; 2017.
3. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. Vol. 10, *Journal of Sexual Medicine*. Blackwell Publishing Ltd; 2013. p. 2658–70.
4. Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duarte FG, Gingell C. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU Int*. 2008 Apr;101(8):1005–11.
5. Meystre-Agustoni G, Jeannin A, De Heller K, Pécoud A, Bodenmann P, Dubois-Arber F. Talking about sexuality with the physician: Are patients receiving what they wish? *Swiss Med Wkly*. 2011;141(MARCH).
6. Olímpio LM, Spessoto LCF, Fácio FN. Sexual health education among undergraduate students of medicine. *Transl Androl Urol*. 2020 Apr 1;9(2):510–5.
7. Komlenac N, Siller H, Hochleitner M. Medical Students Indicate the Need for Increased Sexuality Education at an Austrian Medical University. *Sex Med*. 2019 Sep 1;7(3):318–25.
8. Keifenheim KE, Teufel M, Ip J, Speiser N, Leehr EJ, Zipfel S, et al. Teaching history taking to medical students: A systematic review. Vol. 15, *BMC Medical Education*. BioMed Central Ltd.; 2015.
9. Uzdavines A, Helmer DA, Spelman JF, Mattocks KM, Johnson AM, Chardos JF, et al. Sexual Health Assessment Is Vital to Whole Health Models of Care. *JMIRx Med*. 2022 Jul 28;3(3):e36266.
10. Parish SJ, Hahn SR, Goldstein SW, Giraldi A, Kingsberg SA, Larkin L, et al. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for the Identification of Sexual Concerns and Problems in Women. Vol. 94, *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier Ltd; 2019. p. 842–56.
11. O'Connor SR, Connaghan J, Maguire R, Kotronoulas G, Flannagan C, Jain S, et al. Healthcare professional perceived barriers and facilitators to discussing sexual wellbeing with patients after diagnosis of chronic illness: A mixed-methods evidence synthesis. Vol. 102, *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd; 2019. p. 850–63.

12. Gewirtz-Meydan A, Levkovich I, Mock M, Gur U, Ayalon L. Promoting a discussion on later life sexuality: Lessons from sexologist physicians. *Sexual and Relationship Therapy*. 2019 Apr 3;34(2):193–210.
13. Morgado MB. Problemas sexuais na mulher com cancro da mama e cancro ginecológico: revisão narrativa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* [Internet]. 2021 Aug 1;37(4):314–28. Available from: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12888>
14. Freitas E, Ribeiro C, Machado M, Alves V, Soares E, Ferreira D, et al. Abordagem da sexualidade na pessoa a realizar radioterapia. 2022.
15. Sharman R, Allen A, van Niekerk K, Coles A, Manocha R, Foran T. “What Is Normal?”: A Qualitative Exploration of Health Practitioners’ Reports of Treating Patients Presenting with Unpleasant Sexual Experiences. *Arch Sex Behav*. 2024 Nov 1;
16. Zéler A, Troadec C. Doctors Talking About Sexuality: What Are the Patients’ Feelings? *Sex Med*. 2020 Dec 1;8(4):599–607.
17. World Health Organization. Brief sexuality-related communication : recommendations for a public health approach. World Health Organization; 2015. 69 p.
18. Pacheco N dos S. A sexualidade dos jovens estudantes universitários portugueses. Covilhã; 2012.
19. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *Soc Sci Med*. 2004;58(11):2093–103.
20. Schaller S, Traeen B, Lundin Kvaalem I. Barriers and Facilitating Factors in Help-Seeking: A Qualitative Study on How Older Adults Experience Talking about Sexual Issues With Healthcare Personnel. *International Journal of Sexual Health*. 2020 Apr 2;32(2):65–80.
21. Fuzzell L, Fedesco HN, Alexander SC, Fortenberry JD, Shields CG. “I just think that doctors need to ask more questions”: Sexual minority and majority adolescents’ experiences talking about sexuality with healthcare providers. *Patient Educ Couns*. 2016 Sep 1;99(9):1467–72.
22. Gore-Gorszewska G. “Why not ask the doctor?” Barriers in help-seeking for sexual problems among older adults in Poland. *Int J Public Health*. 2020 Nov 1;65(8):1507–15.
23. Ryan KL, Arbuckle-Bernstein V, Smith G, Phillips J. Let’s Talk About Sex: A Survey of Patients’ Preferences When Addressing Sexual Health Concerns in a Family Medicine Residency Program Office. *PRiMER*. 2018 Oct 11;2.

24. Almeida D, Marinho G. ABORDAGEM DE QUEIXAS SEXUAIS EM CONSULTA DE PSIQUIATRIA GERAL. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. 2021 Dec 16;32(2).
25. Stevenson RW. Sexual Medicine: Why Psychiatrists Must Talk to Their Patients About Sex. Vol. 49, *Can J Psychiatry*. 2004.
26. Sobecki JN, Curlin FA, Rasinski KA, Lindau ST. What We Don't Talk about When We Don't Talk about Sex: Results of a National Survey of U.S. Obstetrician/Gynecologists. *Journal of Sexual Medicine*. 2012;9(5):1285–94.
27. Hinchliff S, Carvalheira AA, Štulhofer A, Janssen E, Hald GM, Træen B. Seeking help for sexual difficulties: findings from a study with older adults in four European countries. *Eur J Ageing*. 2020 Jun 1;17(2):185–95.
28. Ramalheiro L, Godinho C, Catarina Maia A, Mo RS. Abordagem da vida sexual feminina nos Cuidados de Saúde Primários. Vol. 27, *Rev Port Clin Geral*. 2011.
29. Reel K, Davidson S. Sexuality in rehabilitation: Supporting Canadian practitioners conceptually towards client enablement. *Canadian Journal of Bioethics*. 2018;1(3):35–48.
30. Thomson J, Ross MW, van Deventer H, Poelsma M, Pienaar ME, du Toit M, et al. Assessing comfort with sexuality-related questions in medical students: “a little discomfort is better than a lifetime of suffering in silence.” *Sex Med*. 2023 Jun 1;11(3).
31. Yao H, Ma R, Sun Q, Zhao J, Li Y, Bao T, et al. Knowledge, attitudes and practices regarding sexual health among Chinese medical students: a multicenter cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2025 Dec 1;25(1).
32. Pask EB, Wu QL. Let's (not) talk about sexual health: How sexual communication apprehension with healthcare providers and peer communication influence intentions to protect sexual health. *Patient Educ Couns*. 2024 Sep 1;126.
33. Cherpak GL, Santos FC Dos. Assessment of physicians' addressing sexuality in elderly patients with chronic pain. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016 Apr 1;14(2):178–84.
34. Breuner CC, Mattson G. Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics*. 2016 Aug 1;138(2).
35. Annon JS. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *J Sex Educ Ther*. 1976 Apr 22;2(1):1–15.

8. Anexos

Anexo 1 – Questionário

Este estudo está a ser desenvolvido pela aluna Ana Aleixo da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI), sob orientação da Dra. Inês Azevedo Silva, médica interna de formação específica em Psiquiatria na ULSAALE e Dr. Vitor Hugo Santos, médico Interno de formação específica em Psiquiatria na ULSCBEIRA, e surge no contexto da realização da Tese de Mestrado no âmbito da UC Dissertação do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

Este inquérito é direcionado a profissionais médicos de diversas especialidades da Unidade Local de Saúde Cova da Beira e tem como objetivo compreender a comunicação entre médicos e doentes sobre a sexualidade e identificar obstáculos à abordagem da vida sexual na perspetiva do médico e do doente, a fim de permitir desenvolver estratégias de abordagem da sexualidade no contexto clínico.

A participação neste estudo tem por base o preenchimento deste questionário e requer cerca de 5-10 minutos.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Saúde Cova da Beira (Parecer nº 19/2025).

A participação neste estudo é de natureza voluntária e não será fornecida nenhuma compensação ou pagamento aos participantes. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e o preenchimento deste questionário requer cerca de 5-10 minutos.

A utilização dos dados recolhidos no inquérito limita-se a fins de investigação científica, não havendo lugar a partilha dos dados com nenhuma outra pessoa para nenhum outro fim, nem à conservação dos dados após a conclusão do trabalho.

Se, durante o preenchimento do questionário, surgir alguma dúvida ou questão, poderá contactar a aluna Ana Aleixo através do seguinte e-mail: a43770@fcsaude.ubi.pt

Agradecemos pelo tempo despendido e pela sua participação.

Seção 1: Consentimento Informado

1. Declaro que aceito participar nesta investigação. Confirmando fazê-lo livre de quaisquer pressões ou receios. Declaro, também, que me foram dadas as informações suficientes e os esclarecimentos necessários para a minha decisão. Declaro que consinto a guarda e o tratamento dos meus dados pessoais.

- Sim
- Não

Seção 2: Características Sociodemográficas

2. Qual é a sua identidade de gênero?

- Masculino
- Feminino

3. Qual é a sua faixa etária?

- Anatomia Patológica
- Anestesiologia

4. Em que categoria se inclui?

- Interno de Formação Especializada
- Assistente
- Assistente Graduado
- Assistente Graduado Sênior

5. Qual é a sua especialidade médica?

- Anatomia Patológica
- Anestesiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Dermatologia
- Estomatologia
- Gastroenterologia
- Ginecologia/Obstetrícia
- Hematologia

- Imunoalergologia
- Imunohemoterapia
- Infecçiology
- Medicina Física e Reabilitação
- Medicina Geral e Familiar
- Medicina Interna
- Medicina Intensiva
- Medicina Paliativa
- Neurologia
- Oftalmologia
- Oncologia
- Ortopedia
- Otorrinolaringologia
- Patologia Clínica
- Pediatria
- Pneumologia
- Psiquiatria
- Psiquiatria da Infância e Adolescência
- Radiologia
- Reumatologia
- Urologia

6. Quantos anos de experiência profissional possui?

- Menos de 5 anos
- 5-10 anos

- 11-20 anos
- Mais de 20 anos

Seção 3: Abordagem da Sexualidade em Contexto Clínico

7. Na sua opinião, qual a importância de discutir a sexualidade no contexto da sua especialidade?

- Muito importante
- Moderadamente importante
- Pouco importante
- Nada importante

8. Com que frequência aborda questões relacionadas com a sexualidade com seus doentes?

- Sempre
- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

9. Quem é que considera que deve abordar inicialmente a temática da sexualidade?

- O/A doente
- O/A médico/a

10. Que métodos ou ferramentas utiliza para avaliar a sexualidade dos doentes?

- Questionários ou escalas padronizadas (PLISSIT...)
- Perguntas dirigidas sobre a sexualidade do doente
- Perguntas abertas sobre a sexualidade do doente
- Não utilizo nenhum método específico

- Não abordo a sexualidade em contexto clínico
- Outra (especifique): _____

11. Quais os contextos clínicos em que considera mais relevante abordar a sexualidade do doente?

- Antes e/ou após realização de cirurgias urológicas
- Antes e/ou após realização de cirurgias ginecológicas
- Presença de patologia oncológica
- Presença de patologia psiquiátrica
- Presença de patologia endócrina
- Presença de patologia cardiovascular
- Não considero importante abordar
- Outros (especifique): _____

12. Considera que os doentes se sentem à vontade para expôr questões/preocupações relacionadas com a sua sexualidade?

- Sim, a maioria dos doentes sente-se à vontade
- Sim, mas apenas alguns doentes se sentem à vontade
- Não, a maioria dos doentes não se sente à vontade

13. Do seu ponto de vista, quais as razões que dificultam a abordagem deste tema?

- O/A doente sente vergonha em abordar a sexualidade
- O/A médico/a sente vergonha em abordar a sexualidade do doente
- O/A doente receia que o médico não dê importância à sua sexualidade
- Falta de tempo para abordar este tema
- Falta de conhecimento médico sobre como abordar a sexualidade do doente
- Falta de conhecimento médico sobre a abordagem terapêutica dos problemas da sexualidade do doente

- A abordagem deste tema é da responsabilidade de outra especialidade
- Outra _____

14. Na sua prática clínica, qual considera ser a relevância de melhorar a sexualidade do doente para o seu bem-estar geral?

- Extremamente relevante
- Muito relevante
- Moderadamente relevante
- Pouco relevante
- Não é relevante

Seção 4: Formação e Capacitação

15. Recebeu formação para abordar questões de sexualidade com os seus doentes?

- Sim, no Mestrado Integrado em Medicina
- Sim, no Internato de Formação Especializada
- Sim, através de cursos, workshops, pós-graduações ou outras formações específicas nesta área
- Não, nunca recebi formação

16. Considera que seria relevante haver mais formação sobre como abordar a sexualidade dos doentes?

- Sim
- Não

17. Se sim, quais a(s) área(s) em que considera mais relevante ter formação?

- Como abordar questões da sexualidade
- Como explorar questões da sexualidade
- Como diagnosticar disfunções sexuais
- Como intervir perante alterações da sexualidade/disfunções sexuais

- Como realizar o seguimento perante quadros de alterações da sexualidade/disfunções sexuais
- Como avaliar a necessidade de encaminhamento para profissional especializado na área da sexualidade (Sexólogo Clínico, Psicólogo, Psiquiatra, Ginecologista, Urologista, Medicina Física e de Reabilitação...)
- Outra (especifique): _____

Se, durante o preenchimento, surgiu alguma dúvida ou questão, poderá contactar a aluna Ana Aleixo através do seguinte email: a43770@fcsaude.ubi.pt

Muito obrigada pelo tempo despendido.

Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COVA DA BEIRA

IMPRESSO

Parecer da Comissão de Ética

Código: IMP.COMET.01

Edição: 5

Revisão: 2

Parecer nº: 19/2025

Data: 2025/03/24

Assunto: Estudo nº 11/2025 - "Abordagem da Sexualidade em Contexto Clínico: Um estudo sobre Práticas e Perspetivas na ULS Cova da Beira"

**Membros da CE da
ULSCBEIRA**

**Prof. Doutor Manuel Passos
Morgado**
(Presidente,
Farmacêutico)

**Dra. Ana Paula Torgal
Carreira**
(Vice-Presidente, Assistente
Social)

**Dra. Maria Teresa Bordalo
Santos**
(Psicóloga)

**Dr. Luís Manuel Carreira
Fiadeiro**
(Jurista)

Dr. António Luciano Costa
(Teólogo)

Exma. Senhora Investigadora:
Ana Cláudia de Castro Teixeira Casal Aleixo

A Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde Cova da Beira, em reunião realizada em 2025/03/21 deliberou emitir parecer relativamente ao Estudo nº 11/2025 - "Abordagem da Sexualidade em Contexto Clínico: Um estudo sobre Práticas e Perspetivas na ULS Cova da Beira".

Membros da Comissão de Ética presentes:

Prof. Doutor Manuel Passos Morgado
Dra. Ana Paula Torgal Carreira
Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro
Dr. António Luciano Costa

Parecer:

Apreciado o projeto do estudo, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização, com a seguinte observação:

- O estudo deverá ser autorizado pela Diretora Clínica da ULSCBeira.

Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.

A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração da ULSCBEIRA e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.

O Presidente da CE da ULSCBEIRA


(Prof. Doutor Manuel Passos Morgado)