DOI: 10.32385/rpmgf.v41i6.14071

Quando a performance causa ansiedade: relato de caso sobre disfunção sexual

Ana Sá Rocha,[1] Francisco Fachado,[1] Ana Filipa Vilaça[2]

RESUMO

Introdução: A sexualidade é uma dimensão importante e presente ao longo da vida. Nos idosos, a interação sexual mantém-se um importante contributo para a saúde e bem-estar, correlacionando-se com a sua perceção de maior qualidade de vida. Uma disfunção sexual pode ser motivo de elevada preocupação e ter repercussão sobre o dia a dia.

Descrição do caso: Pessoa do sexo masculino de 75 anos de idade, com vários fatores de risco cardiovascular e polimedicado, foi diagnosticado com disfunção eréctil, estando medicado com inibidores da fosfodiesterase 5 desde há cerca de três anos. Recorre a consulta por queixas sexuais que condicionam sofrimento significativo, ponderando suspender por iniciativa própria a medicação habitual que considera ser a potencial causadora desta condição. Através de uma abordagem centrada no utente e realizando uma anamnese completa e detalhada identifica-se um quadro de ansiedade prévia ao encontro sexual com a parceira (ansiedade de performance), pela antecipação da não concretização da ejaculação, associado a crenças sexuais disfuncionais que agudizam a relevância das queixas. A normalização da discussão da temática em consulta e a disponibilidade para a tomada de decisões em conjunto com o doente possibilitaram a gestão eficaz do problema, com a resolução das queixas e da dolência associada, com melhoria da qualidade de vida e sem necessidade de alteração da medicação crónica.

Comentário: Pretende-se ilustrar a relevância da abordagem da sexualidade em consulta, valorizando as queixas sexuais dos utentes e integrando-as na sua saúde global. A abordagem holística, centrada no utente, característica da medicina geral e familiar, foi fundamental para reconhecer os fatores psicossociais, relacionais e culturais que contribuíram para o início e manutenção das queixas.

Palavras-chave: Disfunção eréctil; Sexualidade; Cuidados de saúde primários; Modelo biopsicossocial; Relato de caso.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma dimensão importante e presente no ciclo vital da pessoa. O processo de envelhecimento acarreta um conjunto de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociológicas, no qual estão incluídas alterações ao nível da resposta sexual. No caso do sexo masculino pode verificar-se a diminuição da sensibilidade peniana, a diminuição do volume e da força do ejaculado, a diminuição da intensidade do orgasmo e o aumento do período refratário.[1] Nos idosos, a interação sexual mantém-se um importante contributo para a saúde e bem-estar, correlacionando-se com a sua perceção de maior qualidade de vida.[2]

O diagnóstico de disfunção sexual (DS) deve ser reservado para as situações em que os problemas sexuais são persistentes e recorrentes e causem sofrimento pessoal ou interpessoal significativo, que não sejam melhor explicados por patologia psiquiátrica, por sofrimento relacional significativo ou atribuíveis ao efeito de substâncias/medicamentos ou outra condição médica conhecida.[3]

De acordo com o estudo EPISEX de 2011, a prevalência global de DS em homens dos 18 aos 75 anos, em Portugal, está estimada em 23,8%. As DS mais prevalentes são problemas de desejo sexual (15,5%), problemas erécteis (12,9%) e problemas ejaculatórios (11,6%).[4] Atualmente, em Portugal, carecem estudos dirigidos aos escalões etários mais avançados.

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF do Minho, ULS de Braga. Braga, Portugal.
2. Médico Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. USF do Minho, ULS de Braga. Braga, Portugal.
3. Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar. USF Saúde Oeste, ULS de Braga. Braga, Portugal.

Ter uma DS pode ser motivo de elevada preocupação e ter repercussão significativa sobre vários domínios do dia-a-dia. A maioria dos indivíduos (81,7%) considera que o médico deve questionar ativamente sobre a sua vida sexual. Contudo, apenas 27,5% refere ter sido inquirido pelo seu médico neste sentido e 7,7% refere nunca ter exposto a sua situação por vergonha.[4] As principais barreiras à abordagem da sexualidade na consulta identificadas pelos médicos de família portugueses foram as suas próprias atitudes e crenças (29%) perante a temática e a falta de tempo, tanto para lidar com estas questões (24%) como para recolher informação relevante para a prática clínica (25%). A falta de formação, de experiência e receio em falhar na resposta ao utente foram também consideradas barreiras importantes.[5]

Com este relato de caso, os autores pretendem rever os aspetos fundamentais da colheita da história clínica em utentes com queixas sexuais, relembrar o contributo de fatores psicológicos, relacionais, sociais, culturais e religiosos para o surgimento e manutenção das queixas e afirmar a sexualidade como um aspeto fundamental na vida do ser humano, contribuindo para a sua saúde global e melhoria da qualidade de vida.

TABELA 1. Resultados de exames complementares de diagnóstico realizados

Parâmetro (intervalo de referência)	2019	2023
Glicose (75 - 100 mg/dL*)		102 mg/dL
Colesterol LDL (<116 mg/dL**)		41 mg/dL
Triglicerídeos (<150 mg/dL**)		106 mg/dL
Creatinina sérica (0,60 – 1,20 mg/dL*)		1,20 mg/dL
Testosterona total (270 – 1070, ng/dL*)		374 ng/dL
PSA total (0,0 – 4,0 ng/mL*)		3,26 ng/mL
ECG com prova de esforço	Normal	

*Intervalo de referência para o sexo, segundo *Harrison's Principles of Internal Medicine, 19th ed.*

**Valor de referência de acordo com *2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias.*

DESCRIÇÃO DO CASO

Identificação: Pessoa do sexo masculino, 75 anos, 4.º ano de escolaridade, reformado. Divorciado e atualmente num relacionamento heterossexual desde há cinco anos. Integra uma família unitária e de classe socioeconómica média-alta, segundo a classificação de Graffar. Totalmente independente, de acordo com a escala de Barthel. Apresenta, como antecedentes pessoais, hipertensão arterial com adequado controlo tensional e excesso de peso desde há treze anos; síndrome da apneia obstrutiva do sono há dez anos; fibrilhação auricular há sete anos; doença do refluxo gastroesofágico e dislipidemia desde há três anos. Realizou ainda orquidectomia esquerda aos 57 anos por seminoma, mantendo vigilância em consulta de urologia e terapêutica com tansulosina 0,4 mg *qd* e alopurinol 300 mg *qd, para sempre,* por LUTS e nefrolitíase, respetivamente. Para além destes, está com olmesartan medoxomilo + hidroclorotiazida 40 mg + 12, 5mg *qd;* nebivolol 5 mg *qd;* edoxabano 60 mg *qd;* atorvastatina 40 mg *qd;* pantoprazol 20 mg *qd* e tadalafil 20 mg *on demand.* Sem alteração da medicação habitual nos últimos anos. Não fumador; refere consumo de 10 g de álcool por dia; nega consumo de outras substâncias; sem rotina de atividade física programada.

História da doença atual. Recorre a consulta programada por dificuldade em atingir a fase do orgasmo, na maioria dos contactos sexuais, desde há cerca de três anos. Traz consigo artigo de jornal digital que insiste em ler quanto a tratamento *natural* e *milagroso* para a DE, que está tentado a comprar. Refere ter lido as bulas de todos os medicamentos que toma, tendo identificado três potenciais causadores da sua condição (a atorvastatina, o alopurinol e o pantoprazol), questionando os seus efeitos secundários e percecionando-os como prejudiciais para as suas queixas, pelo que pondera suspendê-los. Menciona que o quadro atual condiciona diminuição muito significativa da sua satisfação sexual, com impacto sobre a sua autoimagem e autoconfiança.

Consultado o processo clínico verificam-se várias consultas de vigilância de doença crónica nos últimos anos, cujos registos mencionam a existência de DE, para a qual foi realizado estudo (Tabela 1). Foi posteriormente instituída terapêutica com inibidores da fosfodiesterase 5 (IFDE-5).

A abordagem durante a consulta decorreu de acordo com o modelo PLISSIT. Atualmente mantém

preservadas as ereções espontâneas e atividade masturbatória pontual com alcance da fase do orgasmo. Refere manutenção da líbido e recorrer esporadicamente a tadalafil 20 mg para obter uma ereção mais rígida, negando dificuldade na penetração. Descreve quadro de ansiedade prévia ao encontro sexual com a parceira, pela antecipação da não concretização da ejaculação e atingimento do orgasmo. Menciona que certas vezes "se cansa fisicamente", perdendo a ereção antes de conseguir atingir o clímax e, noutras vezes, quando sente que estará perto de atingir a fase do orgasmo não o atinge, denotando-se pelo relato uma elevada frequência de pensamentos intrusivos de autoquestionamento e observação nesse momento da relação sexual. Admite sensação de frustração intensa, com aumento da ansiedade e angústia para a interação sexual seguinte. Crê que a ejaculação marca o fim da relação sexual e a satisfação sexual de ambos é maior se esta ocorrer. Questionando-se especificamente sobre este assunto revela que, com o mesmo tempo de instalação, às vezes "só sai um bocadinho" e "fraquinho", não considerando que isto seja normal nem desejável. Questionado sobre o impacto da orquidectomia esquerda, não referiu transtornos ou preocupações associadas dado ser portador de prótese testicular. Embora se revele surpreendido quando questionado acerca da saúde sexual da parceira e admita que não costuma ser tema de conversa entre ambos, considera que a parceira está satisfeita e desconhece que esta tenha dificuldades sexuais. Normalizou-se a importância de incluir a companheira no processo, pelo que referiu que nos encontros sexuais em que se considera mal sucedido ela tranquiliza-o e acalma-o. Apura-se um cardápio sexual baixo, ausência de sexualidade não-coital e várias crenças disfuncionais relativas à sexualidade. Por último, foram apurados comportamentos sexuais de risco no passado e instalação de quadro de dificuldade sexual no decorrer do processo de divórcio, entretanto resolvido.

Ao exame objetivo apresentava bom estado geral; humor neutro; discurso fluente, lógico e coerente; mucosas coradas e hidratadas; distribuição pilosa congruente com o sexo e idade; sem sinais evidentes de hipogonadismo; peso: 81 kg, IMC: 29 kg/m^2; tensão arterial: 121/74 mmHg; frequência cardíaca: 61 bpm; pulso radial rítmico; pulsos femorais presentes e simétricos; toque retal: próstata globosa, sem outras alterações; sem deformidades penianas. Aplicou-se um questionário de autorresposta, o Índice Internacional de Função Eréctil – 5 (IIEF-5), obtendo-se um resultado de 16 pontos (DE moderada).

Plano. Prestou-se informação dirigida às suas preocupações, incluindo informação quanto à resposta sexual normal e as alterações expectáveis com o envelhecimento. Abordaram-se os receios associados aos efeitos laterais da sua medicação habitual na função sexual, combinando-se que a manteria até à próxima consulta e clarificaram-se mitos presentes no artigo digital. Incentivou-se a prática de exercício físico e explicou-se o seu potencial impacto positivo na saúde global, incluindo na função sexual. Foi recomendado o uso do preservativo para encontros sexuais com outros parceiros que não a parceira habitual e a realização de rastreios para infeções sexualmente transmissíveis para ambos, que o utente não aceitou fazer. Esclareceu-se quanto à natureza e o intuito das consultas de medicina sexual disponível nos cuidados de saúde primários e de que forma lhe poderiam ser úteis, tendo o utente aceitado a referenciação. Para finalizar fez-se um resumo do plano e confirmou-se a compreensão do mesmo, combinando-se nova avaliação quando considerasse oportuno.

Consulta de reavaliação. Decorridos nove meses desde o primeiro contacto, o utente volta à consulta na Unidade de Saúde Familiar. Desta vez mais tranquilo, refere melhoria das queixas e da sua perceção quanto à satisfação sexual global após consulta de medicina sexual, onde se realizou terapia sexual e iniciou tadalafil 10 mg *on demand*. Agradeceu a abordagem respeitosa e clara quanto à sexualidade e às suas dificuldades sexuais. Neste período não suspendeu a terapêutica habitual nem a modificou, não ponderando atualmente essa opção.

COMENTÁRIO

De acordo com o DSM-5, a disfunção eréctil (DE) define-se como a incapacidade recorrente de atingir uma ereção, a incapacidade de manter uma ereção adequada e/ou uma diminuição notável na rigidez eréctil durante a atividade sexual em parceria. Estes sintomas devem estar presentes há pelo menos seis meses e devem ter ocorrido em pelo menos 75% das ocasiões.[3] A aplicação do questionário IIFE-5 auxilia o diagnóstico, independentemente da etiologia mais provável,

estimando o impacto das queixas nas últimas quatro semanas e pode ser útil na monitorização da evolução ao longo do tempo.[6] Para efeitos de diagnóstico etiológico importa colher informação quanto ao parceiro, ao relacionamento, pesquisa de fatores de vulnerabilidade individual, comorbilidade psiquiátrica, questões culturais e antecedentes médicos relevantes.[3]

As doenças cardiovasculares e a DE partilham vários dos seus fatores de risco e estima-se que a manifestação da DE possa ser um potencial preditor de evento cardiovascular *major,* numa janela temporal de três anos.[7] Há doenças endócrinas e doenças neurológicas que também se associam à manifestação de DE, como é o caso da diabetes *mellitus* e da esclerose múltipla. Antecedentes pessoais de cirurgia pélvica *major,* de doença renal crónica e de doença hepática crónica, entre outros, também podem contribuir para o aparecimento destas queixas. Assim, a valorização das queixas de DE pode constituir uma oportunidade de reavaliação do estado global de saúde e dos fatores de risco cardiovasculares, com aconselhamento e intervenção sobre os fatores de risco modificáveis, nomeadamente o estilo de vida.[7-8] A investigação laboratorial deve ser ajustada aos sinais e sintomas, às comorbilidades e aos fatores de risco identificados, devendo o estudo laboratorial inicial incluir o doseamento da testosterona total em jejum, a glicose e perfil lipídico em jejum e a creatinina sérica caso não tenham sido realizados nos últimos doze meses.[8-11] Em casos selecionados também se pode considerar o doseamento da TSH e PSA.[9,11] Para além disto, também é importante considerar fatores locais, nomeadamente deformidades penianas, como a doença de Peyronie e a fimose.[8]

Existem várias classes farmacológicas usadas frequentemente na prática clínica diária com possíveis efeitos sobre a função eréctil, podendo contribuir para o desenvolvimento de DE iatrogénica ou para o agravamento da DE pré-existente, devendo ser consideradas nesta avaliação (Tabela 2).

Quanto ao tratamento farmacológico da DE, os IFDE-5 são a primeira linha. Contudo, o seu uso está contraindicado em indivíduos medicados com nitratos.[8]

Na maioria das vezes, a DE é de causa multifatorial, coexistindo fatores orgânicos e psicogénicos. Neste sentido, para além do estudo de causas orgânicas está igualmente recomendada uma abordagem biopsicossocial, com a exploração de fatores sociais, relacionais e individuais. A Sociedade Europeia de Medicina Sexual recomenda a conjugação do tratamento médico com psicoterapia *versus* uma abordagem unimodal, dada a evidência crescente de melhoria da adesão ao tratamento farmacológico e dos seus resultados, assim como da qualidade da relação sexual. A abordagem psicológica visa a diminuição da ansiedade, o aumento da intimidade e de competências de comunicação em contexto relacional, assim como a desmistificação de crenças sexuais disfuncionais e aumento do estímulo sexual.[17]

Na análise do caso presente pode classificar-se a DE como moderada. Não há alterações relevantes ao exame objetivo nem nos resultados dos ECD realizados, tendo todas as suas patologias crónicas controladas. Não se identificou alteração na medicação habitual que coincida com o aparecimento das queixas, tornando menos provável que seja esta a causa para as suas queixas *de novo.* Apesar de tudo, não é despiciendo o possível peso de todas as suas comorbilidades e respetivos tratamentos na génese multifatorial destas queixas.

Analisando o relato, a dado momento terá vivenciado dificuldade sexual com a atual parceira, gerando dúvida, frustração, insatisfação e ansiedade que se transportaram, em antecipação, para as interações sexuais seguintes. Este estado de alerta para um possível futuro fracasso daquilo que considera fundamental elevou a sua auto-observação. A menção quanto ao volume e à força do ejaculado estarem diminuídos, assim como à diminuição da sua resistência ao esforço físico, em comparação com a sua memória de outrora, podem ser enquadradas nas alterações expectáveis para a idade. Importa sublinhar que todas estas alterações foram referidas com o mesmo *onset,* o que pode indicar o momento em que procurou e se tornou consciente destas mudanças, apesar destas se terem instalado com o passar do tempo. O esclarecimento quanto a estas alterações é necessário e pode, por si só, ser tranquilizador.

Durante a anamnese identificaram-se crenças disfuncionais relativas à sexualidade e ao significado de masculinidade, com um grande foco na resposta genital masculina, na relação coital e na ejaculação para a satisfação mútua, associando-se a crenças relacionadas com atitudes sexuais restritivas e crenças conservadoras. A identificação deste tipo de crenças pode ser usada como um indicador de vulnerabilidade, atuando

TABELA 2. Fármacos com efeito sobre a função eréctil

Fármacos anti-hipertensores[12]

Classe	Efeito sobre função eréctil	Preferível dentro da classe
Beta-bloqueadores	Adverso	Nebivolol, beta-bloqueadores cardiosseletivos
Diuréticos tiazídicos	Adverso	Nenhum
Diuréticos poupadores de potássio	Adverso	Amilorida
Diuréticos de ansa	Neutro	Todos
BCC	Neutro	Todos
IECA	Benéfico	Todos
ARA II	Benéfico	Todos

Fármacos psicotrópicos[12-13]

Classe	Forte associação com DE	Efeito mínimo na função eréctil
Antidepressivos (AD)	IMAO, SSRI, SNRI, AD tricíclicos	Agomelatina, amineptina, bupropiona, mirtazapina, moclobemida, nefazodona, vortioxetina.
Antiepiléticos	Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, oxcarbazepina, topiramato	Gabapentina, lamotrigina, levetiracetam, valproato, vigabatrina
Antipsicóticos	Todos da primeira geração e a risperidona	Todos da segunda geração, exceto a risperidona

Anti-inflamatórios não esteroides (AINE)[12]

Possível relação entre o uso de AINE e a DE, embora os estudos existentes ainda não permitam estabelecer esta relação

Relaxantes musculares[12]

Associação entre baclofeno via intratetal e DE, no tratamento da espasticidade. Alternativas com menos efeitos adversos: tizanidina e dantroleno. Gabapentina e benzodiazepinas não são recomendadas se houver DE com baclofeno.

Não há informação sobre os relaxantes musculares tradicionais e seus efeitos na função eréctil.

Fármacos para tratamento do refluxo gastroesofágico e de doença alérgica[12]

Antagonistas dos recetores H2	Cimetidina em dose superior a 5 g por dia pode causar hiperprolactinemia, que resulta em perda de líbido e DE. Nestes casos, mudar para ranitidina, nizatidina ou famotidina. Os inibidores da bomba de protões não estão associados à DE, sendo uma alternativa.
Antagonistas dos recetores H1	Foi reportada melhoria significativa na função sexual em indivíduos alérgicos tratados com desloratadina 5 mg por dia durante 30 dias. A loratadina mostrou melhorias na DE causada por SSRI.

Estatinas[14]

Sem evidência de prejuízo da função eréctil, podendo até melhorá-la.

Anti-hiperuricemiantes[15]

Controverso.

Inibidores da 5α-redutase[16]

Associados a risco aumentado de DE, não tendo sido observada diferença entre finasterida e dutasterida.

Legenda: BCC = Bloqueadores canais de cálcio; IECA = Inibidor da enzima de conversão da angiotensina; ARA II = Antagonista do recetor da angiotensina II; SSRI = Inibidor seletivo de recaptação de serotonina; SNRI = Inibidores seletivos da recaptação da serotonina e da noradrenalina; IMAO = Inibidor da monoamina oxidase.

como fatores predisponentes ou precipitantes para o desenvolvimento e manutenção de uma DS.

Nas relações conjugais os problemas sexuais são diádicos e a possibilidade de problemas sexuais, primários ou secundários, do parceiro deve ser equacionada. Envolver o parceiro sexual na avaliação acrescenta a possibilidade de melhor caracterização das circunstâncias em que as queixas ocorrem e uma outra perspetiva quanto à sua severidade; permite apurar as suas crenças e o grau de impacto da DS; e o padrão de comunicação relacional entre ambos. Para além disto, o seu envolvimento está associado a melhores resultados pelo incremento na motivação e adesão ao plano terapêutico.[17] Neste caso não foi possível fazer esta avaliação do casal, mas identificou-se uma comunicação deficitária entre ambos, podendo este ser mais um ponto a trabalhar com o utente em consulta.

Em súmula, considerou-se como hipótese diagnóstica mais provável uma ansiedade de performance baseada em crenças sexuais disfuncionais com agravamento da DE pré-existente, condicionando dificuldade em atingir a fase do orgasmo – a principal preocupação do utente.

O médico de família (MF), na prestação de cuidados de saúde abrangentes e de continuidade, tem a possibilidade de estabelecer uma relação de proximidade e confiança com cada um dos seus utentes. Estes podem ver no MF a primeira pessoa a quem recorrer em caso de dificuldades sexuais, mas também podem esperar que seja o MF a tomar a iniciativa para a exploração das mesmas. Existem inúmeras barreiras à abordagem da sexualidade e a idade pode constituir um fator de risco adicional. A população idosa inibe-se frequentemente de expor as suas preocupações por receio de admitir que ainda é sexualmente ativa ou por receio que estas questões, na sua idade, sejam consideradas como uma perda de tempo.[18-19] Existem vários modelos de abordagem da sexualidade que podem auxiliar nesta tarefa, como é o caso do modelo PLISSIT. Este modelo permite orientar a abordagem e a intervenção de forma estruturada e sequencial, adaptada à necessidade de cada utente. Constituído por quatro passos, o primeiro consiste em dar permissão (P – Permissão) para discutir o tema na consulta, encorajando o diálogo, ouvindo e normalizando a abordagem da temática em consulta. Este passo pode contribuir para a resolução de algumas preocupações ou prevenir o seu agravamento. Caso o primeiro passo não seja suficiente, o passo seguinte consiste na prestação de informação relevante e dirigida (LI – Informação Limitada) às preocupações apontadas pelo utente no passo anterior, transmitindo informação factual e esclarecendo mitos e informações erróneas. Havendo necessidade, pode-se progredir para os passos três e quatro que requerem maior conhecimento e competências, podendo ser necessário referenciação para outro profissional, tanto para a realização de sugestões concretas e específicas (SS – Sugestões Específicas) adequadas ao problema identificado, como para a realização de terapia intensiva (IT – Terapia Intensiva) em consulta especializada.[20] Este modelo mantém-se atual porque oferece uma abordagem estruturada, mas simples e flexível. Possibilita uma intervenção inicial eficaz, assim como a identificação dos casos que necessitam de encaminhamento para consulta diferenciada.

Com este relato de caso, os autores pretendem ilustrar a relevância da abordagem da sexualidade em consulta, valorizando as queixas sexuais dos utentes e integrando-as na sua saúde global. Expressando disponibilidade e validação relativamente às suas queixas, a abordagem biopsicossocial e a qualidade da relação médico-doente permitiram a gestão eficaz do problema. Clarificaram-se algumas crenças relativas à sexualidade, não reforçando as atitudes negativas ou os estigmas associados à sexualidade, avaliando e reconhecendo o importante fator psicossocial e cultural e a dolência por eles acrescida. *Ad initium,* foi possível averiguar o grau de importância desta condição e o impacto sobre a sua qualidade de vida pela vontade em suspender a terapêutica crónica com as previsíveis consequências negativas sobre o estado global de saúde. Embora a prescrição de IFDE-5 seja a primeira linha de tratamento médico e possa auxiliar na redução da ansiedade de performance, melhorar a qualidade da ereção e contribuir para o aumento da autoconfiança[17] pode não ser suficiente. Foi considerado o potencial de efeitos negativos na função sexual de alguns fármacos instituídos; no entanto, à data, atendendo à história clínica e sexual e à relação temporal, não pareceu ser o fator de maior impacto na função eréctil. Identificou-se a necessidade de uma intervenção mais diferenciada e dada a sua disponibilidade nos cuidados de saúde primários da área, optou-se pela referenciação para a

consulta de medicina sexual. As consultas multidisciplinares de medicina sexual, que nesta ULS incluem MF com competência em sexologia, enfermeiro, fisioterapeuta e psicólogo, ainda são escassas nos cuidados primários. Nelas são abordados vários aspetos inerentes à saúde sexual, incluindo as diferentes DS, as dificuldades comunicacionais referentes à esfera sexual, a adaptação da sexualidade às diferentes fases do ciclo de vida e das doenças crónicas. Em caso de indisponibilidade, referenciar para equipas de cuidados de saúde secundários pode ser uma alternativa, dependendo da resposta local.

A abordagem holística, centrada no utente, característica da medicina geral e familiar, foi fundamental para a identificação e gestão do problema, com a resolução das queixas e da dolência associada, com melhoria da qualidade de vida e sem necessidade de alteração da medicação crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morton L. Sexuality in the older adult. Prim Care. 2017;44(3):429-38.
2. Smith L, Yang L, Veronese N, Soysal P, Stubbs B, Jackson SE. Sexual activity is associated with greater enjoyment of life in older adults. Sex Med. 2019;7(1):11-8.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: APA; 2013. ISBN 978-9386217967
4. Vendeira PS, Pereira NM, Tomada N, Lafuente J. Estudo EPISEX-PT/Masculino: prevalência das disfunções sexuais masculinas em Portugal. iSEX Cad Sexol. 2011;4:15-22.
5. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, Dias T, Garcia e Costa J, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. J Sex Med. 2012;9(10):2508-15.
6. Pechorro PS, Calvinho AM, Pereira NM, Vieira RX. Validação de uma versão portuguesa do Índice Internacional de Função Eréctil-5 (IIEF-5) [Validation of a Portuguese version of the International Index of Erectile Function-5 (IIEF-5)]. Rev Int Androl. 2011;9(1):3-9. Portuguese
7. Yannas D, Frizza F, Vignozzi L, Corona G, Maggi M, Rastrelli G. Erectile dysfunction is a hallmark of cardiovascular disease: unavoidable matter of fact or opportunity to improve men's health? J Clin Med. 2021;10(10):2221.
8. Salonia A, Bettocchi C, Boeri L, Capogrosso P, Carvalho J, Cilesiz NC, et al. European Association of Urology guidelines on sexual and reproductive health – 2021 update: male sexual dysfunction. Eur Urol. 2021;80(3):333-57.
9. Burnett AL, Nehra A, Breau RH, Culkin DJ, Faraday MM, Hakim LS, et al. Erectile dysfunction: AUA guideline. J Urol. 2018;200(3):633-41. Erratum in: J Urol. 2022;207(3):743.
10. Domes T, Najafabadi BT, Roberts M, Campbell J, Flannigan R, Bach P, et al. Canadian Urological Association guideline: erectile dysfunction. Can Urol Assoc J. 2021;15(10):310-22.
11. Hackett G, Kirby M, Wylie K, Heald A, Ossei-Gerning N, Edwards D, et al. British Society for Sexual Medicine guidelines on the management of erectile dysfunction in men - 2017. J Sex Med. 2018;15(4):430-57.
12. Razdan S, Greer AB, Patel A, Alameddine M, Jue JS, Ramasamy R. Effect of prescription medications on erectile dysfunction. Postgrad Med J. 2018;94(1109):171-8.
13. Krupa AJ, Wojtasik-Bakalarz K, Siwek M. Vortioxetine – Pharmacological properties and use in mood disorders: the current state of knowledge. Psychiatr Pol. 2023;57(6):1109-26.
14. Newman CB, Preiss D, Tobert JA, Jacobson TA, Page RL 2nd, Goldstein LB, et al. Statin safety and associated adverse events: a scientific statement from the American Heart Association. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2019;39(2):e38-e81. Erratum in: Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2019;39(5):e158.
15. Huang JX, Zhang GW. Comment on: "Risk of erectile dysfunction in male patients with gout treated with febuxostat or allopurinol: a propensity score-matched cohort study". Drugs. 2023;83(5):461-3.
16. Corona G, Tirabassi G, Santi D, Maseroli E, Gacci M, Dicuio M, et al. Sexual dysfunction in subjects treated with inhibitors of 5α-reductase for benign prostatic hyperplasia: a comprehensive review and meta-analysis. Andrology. 2017;5(4):671-8.
17. Dewitte M, Bettocchi C, Carvalho J, Corona G, Flink I, Limoncin E, et al. A psychosocial approach to erectile dysfunction: position statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). Sex Med. 2021;9(6):100434.
18. Taylor A, Gosney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. Age Ageing. 2011;40(5):538-43.
19. 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 Expect. 2016;19(6):1237-50.
20. Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. J Sex Educ Ther. 1976;2(1):1-15.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Ana Sá Rocha, conceptualização; metodologia; investigação; recursos; curadoria de dados; redação do *draft* original; revisão, validação e edição do texto final. Francisco Fachado, recursos; revisão, validação e edição do texto final. Ana Filipa Vilaça, conceptualização; metodologia; recursos; revisão, validação e edição do texto final; supervisão. Todos os autores leram e concordaram com a versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido qualquer financiamento.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Sá Rocha
E-mail: rochasaana@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-2878-2206

Recebido em 10-06-2024
Aceite para publicação em 10-11-2025

ABSTRACT

WHEN PERFORMANCE CAUSES ANXIETY: CASE REPORT ON SEXUAL DYSFUNCTION

Introduction: Sexuality is an important dimension throughout life. In the elderly, sexual engagement remains a significant contributor to health and well-being, correlating with their perception of a higher quality of life. Sexual dysfunction can be a cause of high concern and have repercussions on daily life.

Case description: A 75-year-old male with several cardiovascular risk factors and polymedicated was diagnosed with erectile dysfunction and has been on phosphodiesterase 5 inhibitors for about three years. He sought consultation for sexual complaints causing significant distress, considering discontinuing his usual medication, which he believes may be the potential cause of this condition. Through a patient-centered approach and conducting a comprehensive and detailed history, a diagnosis of sexual performance anxiety was identified. By normalizing the discussion of issues related to sexuality and promoting shared decision-making, it was possible to effectively address the problem and resolve associated complaints. Thus, the patient's quality of life improved without the need to change chronic medication.

Comment: The authors aim to illustrate the relevance of addressing sexuality during consultations, valuing patients' sexual complaints, and integrating them into their overall health. The holistic, patient-centered approach, characteristic of family medicine, was fundamental in recognizing the psychosocial, relational, and cultural factors that contributed to the onset and maintenance of complaints.

Keywords: Erectile dysfunction; Sexuality; Primary health care; Models, Biopsychosocial; Case report.