

# CUIDAR DA SEXUALIDADE AO LONGO DA VIDA



Coordenação

Dora Carteiro  
Hélder Lourenço

Direção de coleção

Manuela Néné  
Carlos Sequeira

# Índice

|   |      |
|---|------|
| Autores.....  | V    |
| Prefácio .....  | XI   |
| <i>Júlio Machado Vaz</i>  |      |
| Siglas, abreviaturas e acrónimos.....   | XIII |
| <br>  |      |
| 1. O legado da saúde e educação para a sexualidade dos portugueses: perspetiva histórica..... | 1    |
| <i>Margarida Sim-Sim; Hélia Dias</i>  |      |
| 2. Questões éticas na abordagem da sexualidade .....  | 26   |
| <i>Teresa Coelho</i>  |      |
| 3. Sexualidade e psicologia.....  | 32   |
| <i>António Américo Salema</i>   |      |
| 4. Sexualidade na infância .....  | 41   |
| <i>Alexandre Santos de Oliveira; Catarina Afonso; Inês Santos Silva</i>                       |      |
| 5. Sexualidade no adolescente .....   | 52   |
| <i>Hélia Dias; Margarida Sim-Sim</i>  |      |
| 6. O legado fantástico do mêsruo .....  | 62   |
| <i>Margarida Sim-Sim; Hélia Dias</i>  |      |
| 7. Sexualidade e infertilidade.....   | 69   |
| <i>Manuela Madeira</i>  |      |
| 8. Sexualidade do casal na gravidez .....   | 79   |
| <i>Dora Carteiro; Manuela Néné</i>  |      |
| 9. Sexualidade do casal no trabalho de parto e parto.....                                     | 87   |
| <i>Gilberta Sousa</i>   |      |
| 10. Sexualidade do casal no puerpério.....  | 96   |
| <i>Emanuela Tavares Pedrosa</i>   |      |
| 11. Sexualidade do casal na menopausa .....   | 103  |
| <i>Helena Presado</i>   |      |
| 12. Sexualidade no idoso .....  | 115  |
| <i>Luís Sousa; Maria José Bule; Gorete Reis</i>   |      |
| 13. Sexualidade na doença.....  | 127  |
| <i>Carla Rodrigues Silva; Ana Martins; Alexandra da Silva; Hélder Lourenço</i>                |      |
| 13.1 Patologia oncológica .....   | 130  |
| <i>Carla Rodrigues Silva; Ana Martins; Alexandra da Silva</i>                                 |      |
| 13.2 Patologia mental.....  | 138  |
| <i>Hélder Lourenço</i>  |      |
| 14. Sexualidade e infeções sexualmente transmissíveis .....                                   | 144  |
| <i>Sara Ramos; Margarida Marcelino</i>  |      |

|   |            |
|---|------------|
| <b>15. Sexualidade na deficiência.....</b>  | <b>155</b> |
| <i>Tiago Nascimento; Cristina Lavareda Baixinho</i>   |            |
| <b>16. Disfunções sexuais no feminino e masculino .....</b>                                 | <b>162</b> |
| <i>Erika Morbeck</i>  |            |
| <b>17. Disforia de gênero.....</b>  | <b>184</b> |
| <i>Nuno Monteiro Pereira</i>  |            |
| <b>18. Minorias sexuais e de gênero: compreender para intervir .....</b>                    | <b>191</b> |
| <i>Daniel Seabra; Carlos Carona; M. Joana Almeida</i>                                       |            |
| <b>19. Cuidados à comunidade LGBTQI+ .....</b>  | <b>210</b> |
| <i>Fernando Mesquita</i>  |            |
| <b>20. Parafilias e perturbações parafilicas: minorias sexuais e agressões sexuais.....</b> | <b>216</b> |
| <i>Francisco Allen Gomes</i>  |            |
| <b>21. Violência e sexualidade .....</b>  | <b>231</b> |
| <i>Catarina Ribeiro; Olinda Figueiredo Oliveira</i>   |            |
| <b>21.1 Consultas de ginecologia na voz das mulheres .....</b>                              | <b>232</b> |
| <i>Catarina Ribeiro</i>   |            |
| <b>21.2 Mutilação genital feminina .....</b>  | <b>236</b> |
| <i>Catarina Ribeiro</i>   |            |
| <b>21.3 Violência obstétrica .....</b>  | <b>240</b> |
| <i>Olinda Figueiredo Oliveira</i>   |            |
| <b>22. Terapia sexual .....</b>   | <b>244</b> |
| <i>Suzana Lucas</i>   |            |
| <b>Índice remissivo.....</b>  | <b>259</b> |

# Autores

## Coordenadores

### **Dora Carteiro**

Professora-Adjunta na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, em Lisboa; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Exerceu funções em Instituições Hospitalares e em Unidades de Saúde em Cuidados de Saúde Primários, na área da prestação de cuidados e gestão, colaborando simultaneamente na área da docência em várias escolas de Enfermagem; Doutorada em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Avançada; Mestre em Transdisciplinar de Sexologia; Licenciada em Enfermagem; Pós-graduada em Gestão em Saúde, em Psicologia da Sexualidade e em Saúde Sexual e Reprodutiva: Mutilação Genital Feminina; Investigadora no Grupo Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (NursID) no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) e na Rede de Investigação em Saúde (RISE).

### **Hélder Lourenço**

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Sexólogo Clínico e Terapeuta Sexual no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE, onde foi um dos fundadores das Consultas de Sexologia; Ex-Presidente do Conselho de Enfermagem Regional da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros, e vogal do Conselho de Enfermagem Nacional da Ordem dos Enfermeiros (2012-2015); Ex-vice-presidente da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental (SPESM); Secretário da Mesa do Colégio de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica no mandato 2020-2023; Enfermeiro da Equipa Multidisciplinar da Casa-Abrigo para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica com Problemas de Saúde Mental; Nomeado, pela Direção-Geral da Saúde, para o grupo de trabalho da norma Modelo de Intervenção e Acompanhamento nos Cuidados de Saúde de Pessoas Transgénero.

## Autores

### **Alexandra da Silva**

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE; Pós-graduada em Enfermagem Oncológica, com 18 anos de experiência na área da Oncologia; Detém, também, Mestrado em Bioética e Licenciatura em Filosofia.

### **Alexandre Santos de Oliveira**

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Unidade de Cuidados na Comunidade Saúde a Seu Lado; Coordenador da Estratégia de Saúde para as Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo, da Direção-Geral da Saúde, e do projeto Sexualidades, na Unidade de Cuidados na Comunidade Saúde a Seu Lado; Especializado em Sexologia Clínica pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC); Mestre em Enfermagem; Doutorando em Enfermagem.

### **Ana Martins**

Enfermeira Especialista no Serviço de Cirurgia no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE, e em Enfermagem Comunitária; Mestre e Especializada em Sexologia; Pós-graduada em Recursos Humanos e em Administração e Gestão de Unidades de Saúde.

### **António Américo Salema**

Terapeuta Sexual, Sócio e Membro da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica; Coordenador do Centro de Sexologia Clínica Dr. António Américo Salema; Presidente da Direção da Associação Território de Afetos; Exerce funções de Terapeuta Sexual em contexto hospitalar e em clínicas privadas na região Norte de Portugal; Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde, Sexologia Clínica e Psicologia Comunitária pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP); Pós-Graduação em Teorias, Técnicas e Investigação Científica em Sexualidade Humana; Licenciado em Psicologia Clínica e da Saúde; Psicoterapeuta de inspiração Psicanalítica; Orientador de Estágios em Psicologia Clínica e da Saúde para a OPP; Organizador e Preletor em vários colóquios, programas de rádio, conferências e seminários no âmbito da Sexualidade Humana, Violência Doméstica e Igualdade de Género, bem como formação dada nesta área.

### **Carla Rodrigues Silva**

Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE; Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Pós-graduada em Enfermagem Avançada, Cuidados Paliativos e Enfermagem Oncológica, com competências acrescidas diferenciadas em Enfermagem Oncológica; Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, desde 2018.

### **Carlos Carona**

Professor Auxiliar Convitado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Investigador Doutorado no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Universidade de Coimbra; Psicólogo Clínico/Psicoterapeuta na Unidade de Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental da Universidade de Coimbra.

### **Catarina Afonso**

Professora-Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém; Doutora em Enfermagem; Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Pós-Graduada em Sexualidade Humana; Membro do Conselho Científico da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém; Investigadora Colaboradora no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde da Universidade do Porto (CINTESIS-UP); Integra a equipa de investigadores do projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários, do CINTESIS; Membro Colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV) e do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

### **Catarina Ribeiro**

Enfermeira no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE, onde é Membro do Grupo Multidisciplinar de OncoSexologia; Especialista em Sexologia Clínica; Educadora Sexual; Colaboradora com o *workgroup* de OncoSexologia da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP); Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Criadora da página de *Instagram* @saudenofeminino.

### **Cristina Lavareda Baixinho**

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

### **Daniel Seabra**

Psicólogo Clínico na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Investigador no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC).

**Emanuela Tavares Pedrosa**

Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na ULS Arrábida.

**Erika Morbeck**

Psicóloga com especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde e Especialidade avançada de Sexologia; Psicoterapeuta e Terapeuta Sexual; Mestre na Especialidade de Sexologia; Doutoranda em Sexualidade e Relações Interpessoais; Enfermeira Generalista com competência acrescida diferenciada em Hemodiálise.

**Fernando Mesquita**

Psicólogo Clínico e Sexólogo; Reconhecido como Especialista em Psicologia Clínica e em Sexologia pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP); Terapeuta Sexual pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC) e Sexologista pela American Board of Sexology (ABS); Terapeuta Cognitivo-Comportamental Integrativo pela Associação Portuguesa de Terapia Comportamental e Cognitiva Integrativa (APTCCI); Terapeuta EMDR; Coordenador da Especialização Avançada em Sexologia Clínica pelo Instituto CRIAP.

**Francisco Allen Gomes**

Médico psiquiatra; Chefe de serviço de Psiquiatria aposentado dos Hospitais da Universidade de Coimbra, onde fundou, em 1975, a Consulta de Sexologia; Sócio honorário da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC), na qual presidiu os primeiros corpos gerentes.

**Gilberta Sousa**

Professora-Adjunta na Escola Superior de Saúde da Universidade da Madeira; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Mestre em Sexologia; Terapeuta Sexual pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC); Investigadora no Grupo Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (NursID) no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS).

**Gorete Reis**

Professora Coordenadora aposentada na Universidade de Évora; Investigadora Integrada no Comprehensive Health Research Centre (CHRC).

**Helena Presado**

Professora-Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); Doutora em Psicologia no ramo de Psicologia Clínica e da Saúde; Mestre em Comportamento Organizacional; Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Investigadora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), nas áreas da Saúde da Mulher, da Prática Simulada e de Prevenção de Lesões Músculo-Esqueléticas nos Enfermeiros Especialistas; Coordenadora do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESEL (2015-2018).

**Hélia Dias**

Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém; Doutora em Enfermagem na especialidade de Educação em Enfermagem; Mestre em Sexologia; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Investigadora integrada do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde da Universidade do Porto (CINTESIS-UP), na linha de investigação do Grupo Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (NursID); Membro colaborador do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV) do Instituto Politécnico de Santarém e Instituto Politécnico de Leiria. Áreas de interesse de investigação: a sexualidade no ciclo de vida e na formação em enfermagem, a saúde da mulher, a gravidez e o período neonatal, a qualidade de vida e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

**Inês Santos Silva**

Médica Especialista em Medicina Geral e Familiar; Membro da Sociedade Europeia de Medicina Sexual.

**Luís Sousa**

Professor Coordenador no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica; Investigador Integrado no Comprehensive Health Research Centre (CHRC).

**Manuela Madeira**

Enfermeira Coordenadora na Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDm), em Faro; Mestre em Sexologia; Terapeuta Sexual pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC).

**Manuela Néné**

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, em Lisboa; Doutora em Psicologia; Mestre em Ciências de Enfermagem; Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Investigadora no Grupo Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem (NursID) no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) e na Rede de Investigação em Saúde (RISE).

**Margarida Marcelino**

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; Mestre em Transdisciplinar de Sexologia; Enfermeira na Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Lapa (2013-2021); Funções de Chefia na USF Sofia Abecassis e UCSP Lapa (2018-2023); Membro do Grupo de Investigação e Formação do ACES Lisboa Central (2018-2023); Coautora de diversos artigos e comunicações científicas, apresentadas em revistas e eventos científicos da área da saúde de enfermagem.

**Margarida Sim-Sim**

Professora Coordenadora Aposentada na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora.

**M. Joana Almeida**

Psicóloga Clínica; Especialista em Psicologia da Saúde e Sexologia Clínica; Psicóloga no Centro de Desenvolvimento Infantil Diferenças; Terapeuta sexual pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC).

**Maria José Bule**

Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Universidade de Évora.

**Nuno Monteiro Pereira**

Médico Doutorado em Cirurgia/Urologia; Mestre em Sexologia; Professor Associado da Universidade Lusófona; Presidente do Colégio de Sexologia da Ordem dos Médicos.

**Olinda Figueiredo Oliveira**

Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica na sala de partos e bloco operatório da Maternidade Dr. Bissaya Barreto, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Mestre em Sociopsicologia da Saúde; Assistente Convidada da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

**Sara Ramos**

Enfermeira em Funções de Chefia na USF da Baixa; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Pós-graduada em Saúde Reprodutiva: Mutilação Genital Feminina e em Gestão e Inovação em Saúde; Coautora de diversos artigos e comunicações científicas, apresentados em revistas e eventos científicos da área da saúde de enfermagem.

**Suzana Lucas**

Psicóloga e Sexóloga Clínica no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE; Elemento Fundador da Consulta Multidisciplinar de Sexologia no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE; Psicóloga Clínica na Casa-abrigo para Vítimas de Violência Doméstica com Problemas de Saúde Mental, e no Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica de Viseu (NAVVD); Membro do projeto de investigação Do Encontro Relacional à Sexualidade do Observatório da Sexualidade, e do grupo de investigação NeuroDevelopment, Interpersonal Relationships and Psychopathology (NIRP) na Unidade de Investigação em Desenvolvimento Humano e Psicologia (UNIDEP), na Universidade da Maia; Terapeuta Sexual pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC); Psicoterapeuta em EMDR; Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde, Sexologia e Psicologia Forense, com grau conferido pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

**Teresa Coelho**

Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém; Doutora em Ciências de Enfermagem; Mestre em Teologia e Ética da Saúde; Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Investigadora Integrada no Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV) do Instituto Politécnico de Santarém e Instituto Politécnico de Leiria.

**Tiago Nascimento**

Professor-Adjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria; Doutor em Gestão; Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária; Investigador no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR).

# Prefácio

Estas poucas linhas nasceram de um sentimento de culpa, mas a sua sobrevivência foi assegurada pelo prazer. Como se explica tal reviravolta, susceptível de causar um franzir de sobrolho dessa tradição judaico-cristã – que não é uma coisa nem outra... – que promoveu o Sexo a inimigo público número um, a culpa a maldição genética e o prazer a pecado original, através do génio atormentado de Santo Agostinho?

Eu explico. Perante o convite de participar neste projecto, fui de meridiana honestidade – não tinha tempo. A resposta poderia ser a mesma quanto a um curto prefácio, não domino o Excel, mas consigo fazer um copy/paste! E teria sido se não tivesse percorrido o índice e mentalmente sublinhado algumas palavras do mail que me chegou – “multidisciplinar, ao longo da vida, cuidar, Sociologia...”. De súbito, o tempo psicológico batia o pé ao dos relógios...

Desde o momento em que o Francisco Allen Gomes, amigo e mestre, me convidou para integrar a Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica, não fiz segredo da minha antipatia por um adjectivo – Clínica. Sempre considerei que a palavra afunilava objectivos e práticas da Sociedade, a Sexologia, desde o início, abordou a Sexualidade nas mais diversas áreas - da História à Antropologia, passando pela exigência do respeito pelas minorias, a Educação Sexual e as nuances eróticas ao longo da vida, sem fronteiras discriminatórias acampadas nos números que constam nos cartões de cidadão.

Felizmente, a Sociedade, embora recusando a defenestração do adjectivo que eu pedia, fez gala em não se deixar por ele aprisionar. Tanto na área da formação como nos eventos organizados ou patrocinados e, sobretudo, nos currículos profissionais de quem a nós desejava juntar-se. Com efeito, o “Clínica”, levado à letra, poderia criar zonas cinzentas e confusas, por exemplo, com a Medicina Sexual.

Esta é uma obra de Sexologia, ponto final. Exaustiva? Não, esse tipo de ambição gera mastodontes ainda e sempre incompletos ou obras de uma ligeireza e superficialidade que, com sorte!, se movem na área da divulgação. O objectivo deste livro é claro – “a melhoria dos cuidados prestados aos utentes” (a frase é de um dos coordenadores do projecto). Na minha opinião consegue-o de um modo sólido, mas ao alcance de todos. Aborda a Doença e o Curar sem se deixar por eles hipnotizar, privilegia o Cuidar e a Educação ao longo da vida, toma posições firmes em defesa dos Direitos de Cidadania. E aqui não calo um lamento -eles estão, infelizmente, bem mais ameaçados em termos globais do que imagináramos possível em 2023. Não é preciso assestar baterias sobre as insuportáveis decisões do Supremo Tribunal dos Estados Unidos para o verificar, basta atravessar a fronteira e assistir aos retrocessos orgulhosamente exibidos pelo VOX nas autarquias em que subiu ao poder.

Gostaria de terminar num registo mais optimista e pacificado, não seria honesto da minha parte. Mas, por outro lado, o ramalhete de nomes que o índice “me apresentou” é um aconchegante sinal de esperança. A minha geração vai saindo de cena, mas não a deixa vazia, outros nos substituem, a Sexologia agradece.

E as pessoas que cuidamos ainda mais!

Júlio Machado Vaz

de julgamentos ou juízos de valor (Fennell & Grant, 2019). Assim, entre o que é desejável, o que foi legado e o que é real, faz sentido um olhar retrospectivo.

A proposta é, então, cerca de 140 anos depois de emergir o termo *sexualité*, observar a evolução da expressão da sexualidade, da forma como se mostrava/mostra em Portugal, de maneira oculta, de forma evidente ou depreendida. É intenção do presente capítulo rever, em jeito de reflexão, o legado que talha a sexualidade no/a cidadão/ã, a partir das memórias da educação e da saúde. Ou seja, descrever o envolvente, os factos presentes ou o contexto, daquilo que tem vindo a ocorrer em Portugal que porventura se associe à vivência da sexualidade.

## O LEGADO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SEXUALIDADE

O *curriculum* de cada pessoa, o seu desenvolvimento único e singular como indivíduo, ou, numa outra expressão, a formação/informação formal/não formal, inicia-se na família e continua na escola, com os amigos, os conhecidos, no envolvente dinâmico do quotidiano até ao final da existência terrena. Tal desenvolvimento constitui a maneira comum de aprender a viver em si mesmo e com os outros a omnipresente sexualidade (Cassell, 1981). O filósofo contemporâneo Merleau-Ponty (1908-1961) transmite a ideia da ubiquidade da sexualidade numa afirmação bem conhecida: “existe osmose entre sexualidade e existência, pois a sexualidade é todo o nosso ser” (Merleau-Ponty & Cabanes, 1975, p. 186).

São a família e a escola que ministram os primeiros modelos de educação sexual, as formas de entender a sexualidade, ainda que o termo “sexo” possa não ser proferido. A educação sexual reporta-se a uma abordagem contextualizada para a idade da pessoa, de maneira culturalmente congruente, ocupando-se do ensino sobre sexo, sobre relacionamentos, proporcionando informação correta e real, sem crenças, sem juízos de valor (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2010). A educação sexual não é redutora ao ponto de apenas descrever a anatomofisiologia reprodutiva, consciencializar para o risco de gravidez não desejada ou dar a conhecer as vias de transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). A educação sexual permite que a pessoa se conheça, se entenda na sua sexualidade e nas interações com os outros. Numa revisão sistemática que observou o efeito de intervenções educativas em crianças entre cinco e dez anos, constatou-se que existiam resultados significativos não só no seu conhecimento, como também nas suas atitudes e comportamentos. Notaram-se capacidades de proteção contra IST e de reconhecimento da violência sexual, tendo-se tornado evidente o conhecimento possuído pelas crianças sobre a prevenção do abuso infantil (Fantaye et al., 2022). Alguns educadores entendem que a educação sexual das crianças que frequentam o ensino básico deve ser responsabilidade das figuras parentais, embora a maior parte reconheça que tem receio de abordar a temática (Shin et al., 2019). O *American College of Obstetricians and Gynecologists* recomenda que a educação sexual se inicie na primeira infância, continuando ao longo da vida (Recomendação n.º 678. *Comprehensive Sexuality Education*), recomendação que foi reafirmada, em 2020. Será assim oportuno, em retrospectiva, identificar na educação pública e nos cuidados de saúde os eventuais traços que o legado cultural ofereceu ao longo dos tempos em Portugal.

## OS TRAÇOS DA MONARQUIA NO LEGADO PARA A SEXUALIDADE (1771-1910)

No século XVIII, a monarquia portuguesa mostrou porventura o primeiro sinal de abertura a novas correntes europeias de civilização, que, proclamando o abolicionismo, entendiam que as pessoas nascem iguais, sendo aberrante a prática da escravatura. O episódio de tentativa de regicídio, em 1758, tendo como consequência a expulsão dos jesuítas, representa os primeiros passos para um ensino público e laico. O ensino primário ou elementar, em Portugal, teve os primeiros impulsos no século XVIII, considerando alguns autores a Carta de Lei de 6 de novembro de 1772 como uma data notável para o surgir de um sistema de ensino dirigido à instrução da população (Gomes, 1982; Martins, 2012). Através destas normativas,



## DISFUNÇÕES SEXUAIS E INFERTILIDADE

Uma vez que a sexualidade é influenciada a vários níveis, quer sejam biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos ou espirituais, e tendo a infertilidade um comprovado efeito negativo em fatores biopsicossociais, é de esperar que possa ser um dos potenciais causadores de disfunção sexual (Lara et al., 2018).

Os fatores associados às disfunções sexuais nos casais inférteis são: a idade avançada, casais com o elemento masculino mais velho, a duração da infertilidade, atitude negativa da família perante a infertilidade, menor nível de escolaridade e insatisfação com a relação (Lara et al., 2018).

As disfunções sexuais mais relatadas em consulta de PMA são: desejo sexual hipoativo, disfunção erétil, vaginismo, anorgasmia e EP. No Quadro 7.1, indicar-se-ão algumas sugestões a ter em conta na abordagem ao casal, em cada uma destas disfunções (Covington & Burns, 2006; Aguiar, 2011).

QUADRO 7.1 – Aspetos e sugestões importantes na abordagem ao casal nas disfunções sexuais mais relatadas em consulta de PMA

|   |
|---|
| <b>Desejo sexual hipoativo</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relembrar ao casal que, em primeiro lugar, deve haver transparência em termos de sentimentos e que nunca se deve descurar a comunicação. É perante a adversidade que se constroem bases sólidas;</li> <li>▪ Incentivar o toque, nesta fase, sem que a finalidade seja exatamente a penetração e orgasmo;</li> <li>▪ Sugerir que o casal diferencie as relações sexuais por motivos de tratamento das que acontecem fora da janela de concepção;</li> <li>▪ Incentivar a ousadia e, sem o peso da obrigatoriedade, a exploração de outros locais para ter sexo (Aguiar, 2011).</li> </ul>   |
| <b>Disfunção erétil</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar as causas e iniciar a sua minimização;</li> <li>▪ Evitar procedimentos invasivos ou cirúrgicos antes dos tratamentos clínicos e da eliminação dos fatores de risco;</li> <li>▪ Optar pela terapia medicamentosa oral, devido à sua rapidez de ação e eficácia;</li> <li>▪ Saber que cerca de 5% dos homens após os 40 anos, e 20% após os 60 anos, com disfunção erétil têm níveis séricos de testosterona abaixo da normalidade, sendo a sua reposição necessária tanto para a recuperação da ereção como da libido;</li> <li>▪ Sugerir, quando o tratamento inicial falha:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Injeção intracavernosa (prostaglandinas);</li> <li>– Implante de prótese peniana (Aguiar, 2011).</li> </ul> </li> </ul>            |
| <b>Vaginismo</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Almejar a extinção da resposta vaginal condicionada, eliminando ou diminuindo os espasmos voluntários;</li> <li>▪ Inspeccionar minuciosamente a vulva para despiste de causa orgânica;</li> <li>▪ Introduzir dilatadores vaginais de calibres variados, começando pelo menor e aumentando gradualmente;</li> <li>▪ Experimentar a introdução do espéculo vaginal, aquando da permissão da entrada de dois dedos na vagina;</li> <li>▪ Sugerir a tentativa de relação sexual com penetração, aquando da permissão da entrada do espéculo;</li> <li>▪ Saber que, se esta não for bem-sucedida, existe a alternativa da inseminação artificial, sendo que a idade será fator decisório em relação ao procedimento a recorrer e respetivas taxas de sucesso (Aguiar, 2011).</li> </ul> |
| <b>Anorgasmia</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confirmar se, através da masturbação, se atinge o orgasmo;</li> <li>▪ Incentivar à masturbação para melhor conhecimento do corpo;</li> <li>▪ Auxiliar a execução de treinos de relaxamento e a realização de exercícios pélvicos;</li> <li>▪ Propor o recurso a material erótico (Covington &amp; Burns, 2006).</li> </ul>   |

(continua)

## GRAVIDEZ

A gravidez é um estado fisiológico, na vida da mulher, que se encontra muitas vezes rodeado de mitos e tabus, associados principalmente à proteção do feto. Além da vertente biológica, surgem adaptações a nível familiar, como, por exemplo, o nascimento de um filho, que implica também adaptações a nível pessoal e social, trazendo custos individuais e conjugais com a mudança de papéis dos diferentes intervenientes.

Esta é ainda descrita como um período na vida do casal durante o qual a mulher desenvolve um novo ser até ao momento do parto. É um processo considerado normal e fisiológico, que engloba um conjunto de alterações fisiológicas, emocionais, sociais e espirituais, as quais se refletem também ao nível da vivência da sexualidade do casal. As diferentes alterações e adaptações requerem o planeamento de cuidados que promovam o bem-estar do casal durante este período (Franco, 2016).

Na evolução da gravidez, podemos identificar períodos distintos que apresentam características próprias, alterações e adaptações relacionadas com o desenvolvimento da gravidez, e que influem de maneira diferente a vivência da sexualidade do casal (Fiamoncini & Reis, 2018; Severino, 2017). Para uma melhor contextualização, considera-se que a gravidez é frequentemente dividida em três trimestres: o primeiro trimestre decorre até às 12 semanas (11 semanas e seis dias), o segundo trimestre das 12 semanas até às 28 semanas (27 semanas e seis dias) e o terceiro trimestre das 28 semanas até ao parto (Franco, 2016).

A forma como a mulher/o casal vive a sexualidade durante a gravidez depende de vários fatores, como a sua saúde em geral, o sistema de valores e valores sexuais, as alterações específicas da gravidez, a qualidade da relação com o parceiro, a personalidade, os medos, as crenças e a falta de conhecimento.

## ALTERAÇÕES NA GRAVIDEZ

De forma a caracterizar as alterações sexuais ao longo da gravidez, relacionar-se-ão as mesmas com os respetivos trimestres e suas características próprias, tendo presente a individualidade de cada mulher na experiência da gravidez. Toda a alteração na dinâmica hormonal é responsável pelas modificações nos diversos sistemas do organismo, com repercussão na vida da mulher, que se traduzem também em alterações nas respostas e práticas sexuais do casal (Afshar et al., 2017).

No primeiro trimestre, as alterações hormonais podem gerar desconfortos como náuseas, vômitos, cansaço e sonolência, entre outros. Ao nível psicológico, este trimestre é caracterizado por uma ambivalência emocional, sentimentos de alegria, mas também de receios, e um processo de descoberta e aceitação da gravidez por parte do casal (Fernández-Sola et al., 2018; Fiamoncini & Reis, 2018; Severino, 2017). A presença destes desconfortos, como também o medo de prejudicar o feto, influencia o desempenho sexual neste trimestre, nomeadamente com mudanças acentuadas no interesse e frequência coital (Afshar et al., 2017).

No segundo trimestre, embora com menos desconfortos, é frequente manter alguma fadiga, cansaço fácil, sonolência, e ainda surgirem cefaleias, lipotímia, taquipneia, taquicardia e palpitações. Emocionalmente, este período é mais tranquilo e estável, com um aumento da autoconfiança, embora ainda com a presença de algumas alterações de humor (Fiamoncini & Reis, 2018). Durante este trimestre, surge outro fator que deve ser tido em consideração quando se aborda a sexualidade, uma vez que pode impactar negativamente o contacto sexual e a escolha da posição para o ato sexual: os movimentos fetais (Afshar et al., 2017).

No terceiro trimestre, tornam-se mais frequentes a pirose e azia, dispneia, lombalgias, edemas, varizes e obstipação. Surgem ainda algumas dificuldades em termos emocionais pela aproximação do parto, geradora de mais ansiedade, medos e apreensões, bem como pelas alterações anatómicas que podem induzir alterações na autoimagem e autoestima (Afshar et al., 2017; Fernández-Sola et al., 2018; Fiamoncini & Reis, 2018).

Assim, o interesse sexual do casal varia ao longo da gravidez, tendendo a diminuir com a sua evolução, relacionando-se com a aceitação e também com a presença dos desconfortos já referidos. No entanto, esta

foco de atenção, pensamentos automáticos, exigências de desempenho e controle do desempenho sexual) e as variáveis emocionais (ansiedade, humor deprimido, irritação, preocupação e culpa) (Nobre, 2006). Incluem-se igualmente os autoesquemas sexuais, uma vez que podem desempenhar um papel preponderante no funcionamento sexual e, por isso, ser a causa de disfunções sexuais (Carvalho & Sardinha, 2017);

- **Fatores socioculturais:** relacionam-se com o constructo da sexualidade nas pessoas portadoras de doença mental, o qual está normalmente associado ao desencontro de informações corretas e desmitificadas com as vulnerabilidades sofridas por essa população, cujas vivências sexuais são historicamente construídas sob o estigma, o preconceito e a negligência dos direitos sexuais.

## ALTERAÇÕES ORGÂNICAS DA RESPOSTA SEXUAL EM PESSOAS COM PATOLOGIA MENTAL

Segundo Balon (1998), as dificuldades sexuais são frequentes, uma vez que são consequência do modo como o corpo, a mente, a intimidade e a sociedade funcionam, e não apenas uma extensão das problemáticas mentais. As dificuldades sexuais não são um fracasso ou culpa de uma pessoa, mas antes algo indissociável do que são a biologia e a cultura humanas. Autores como Lourenço (2020) e Marinho e Almeida (2018) destacam também a importância da medicalização da saúde mental, principalmente quando esta envolve o campo da sexualidade. Muita da problemática presente nas pessoas com patologia mental poderá dever-se não só às relações interpessoais e ao meio envolvente, como também à influência da psicopatologia na função sexual e à ação dos psicofármacos escolhidos para o tratamento. Muitas vezes, os seus efeitos secundários são inibidores das fases do ciclo de resposta sexual, levando à diminuição da adesão terapêutica ou até ao total abandono do seguimento psiquiátrico. De seguida, apresentam-se alguns dos efeitos secundários mencionados:

- Alterações da libido;
- Diminuição da capacidade erétil;
- Atraso ejaculatório ou ejaculação dolorosa;
- Priapismo ou ingurgitamento clitoriano;
- Anorgasmia parcial ou completa.

Estas alterações de índole sexual têm um impacto importante na saúde mental e na qualidade de vida dos indivíduos portadores de patologia mental. No entanto, são, na sua maioria, revertíveis com terapêuticas relativamente simples, sendo o maior obstáculo à resolução destes problemas a frequente demora em obter ajuda, nomeadamente de equipas multidisciplinares e especializadas da área. É, portanto, essencial que o técnico de saúde esteja atento a este fenómeno e às suas possíveis implicações, tomando uma atitude informada e optando pela abordagem mais adequada. Esta abordagem permitirá evitar, pelo menos, minorar o impacto da doença mental e dos psicofármacos na função sexual e, assim, assegurar uma boa adesão terapêutica e uma melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

## CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS DA DOENÇA MENTAL NA SEXUALIDADE

As consequências psicológicas da doença mental na sexualidade podem ser **individuais**:

- Tristeza e ansiedade;
- Medo da rejeição sexual;
- Sentimentos de inferioridade não eróticos (sentir-se menos homem/mulher);
- Consequências negativas no humor, na autoestima e na autoimagem;
- Medo de não se ser atraente sexualmente e falta de confiança;
- Preocupação sobre não se ser capaz de satisfazer o/a companheiro/a.

Esta problemática reforça a importância de uma EdpS adequada, reforçada com intervenções que sejam planeadas e que não se tornem insuficientes ou inapropriadas para pessoas com deficiência. O objetivo é que a pessoa com deficiência adquira conhecimentos adequados e concretos sobre os vários tipos de relacionamentos, bem como informação relacionada com a educação sexual, dentro de um enquadramento legal (Ferrante & Oak, 2020; Spyropoulou, 2020; Whittle & Butler, 2018).

Tipicamente, as intervenções na promoção da saúde no contexto da sexualidade centram-se no efeito do diagnóstico e nos efeitos secundários da terapêutica na sexualidade, assim como na resposta às preocupações gerais dos utentes (McGrath et al., 2021). De acordo com estes autores, apenas dois estudos abordaram vertentes mais amplas da sexualidade, como o autoconceito e a autoimagem. A existência de uma abordagem diferenciada entre os profissionais de saúde é também referenciada, considerando-se que os enfermeiros e médicos se focam nas questões da influência do diagnóstico na sexualidade, ao passo que os fisioterapeutas e terapeutas se focam mais na abordagem prática de atividade sexual.

Nesta perspetiva, o papel do enfermeiro na promoção do empoderamento das pessoas com deficiência é fundamental para a promoção da autonomia, proporcionando as ferramentas de compreensão, de *coping* e de análise das várias situações. Assim, a EdpS deve ser também preparada e planeada com a proximidade de pessoas com deficiência, para permitir que a linguagem, o conteúdo e a abordagem sejam apropriados, acessíveis e compreensíveis (Frawley & O'shea, 2019). Se estas questões forem mitigadas, podem evitar-se constrangimentos relacionados com IST e gravidezes não planeadas.

Num estudo desenvolvido por El-Marbouhe-El-Faqyr et al. (2021), os autores enquadram o papel dos enfermeiros em três categorias, cujas subcategorias e unidades de enumeração clarificam a experiência dos enfermeiros na abordagem da sexualidade à pessoa com deficiência (Tabela 15.1). Neste estudo, torna-se claro que o planeamento das intervenções é essencial para a promoção deste *coping* e a garantia de uma relação terapêutica (e, progressivamente, de ajuda).

TABELA 15.1 – Papel do enfermeiro na promoção da sexualidade da pessoa com deficiência

| Categoria  | Subcategoria  | Unidade de enumeração   |
|--|---|---|
| <b>Avaliação inicial do utente:</b><br>competências na relação terapêutica                                     | Entrevista clínica: ponto de partida para a boa comunicação.                                  | Empatia, ausência de juízo de valor, contacto visual, não interrupção, recetividade, avaliação dos medos, compreensão, ambiente de confiança. |
|  | Transmissão de segurança e confiança na abordagem das necessidades sexuais.                   | Conforto, atividade sexual, masturbação, penetração, satisfação, limitações sexuais, desejo.  |
|  | Diversidade funcional: exclusão da identidade de género e orientação sexual.                  | Aceitação, integração na vida, autoestima, identidade sexual, identidade de género, multissexualidade.  |
| <b>Abordagem compreensiva do cuidado de enfermagem à pessoa com deficiência:</b><br>importância da sexualidade | Processo de <i>coping</i> em pessoas com deficiência: suporte emocional e de parceiros.       | Doença, tratamento, autoimagem, autoestima, intimidade, ansiedade.  |
|  | Educação sexual para pessoas com deficiência: enfermagem como um agente de educação em saúde. | Sexo seguro, métodos de prevenção, autonomia, necessidades específicas.   |
| <b>Aconselhamento sexual nas consultas de enfermagem</b>   | Abordagem ao comportamento sexual nas pessoas com deficiência.                                | Intimidade, confidencialidade, ansiedade, vergonha, aumento da autoestima.  |
|  | Figura do terapeuta sexual.   | Desconhecimento, treino, regulação, terapia, substituição.  |

Adaptado de El-Marbouhe-El-Faqyr et al. (2021)

## AVALIAÇÃO

As disfunções sexuais são muito prevalentes na população geral, apesar de frequentemente não serem valorizadas nem diagnosticadas (Reisman & Nobre, 2021). Muitos profissionais de saúde, na sua prática clínica, negligenciam a sexualidade como um fator de saúde, evitando assim, na sua anamnese, fazer perguntas sobre a saúde sexual (Brittany & Stephen, 2021). Além disso, alguns profissionais não possuem formação adequada para abordar a sexualidade e/ou sentem-se embaraçados em falar sobre a mesma (Quinn et al., 2011).

Para obter um diagnóstico clínico correto da disfunção sexual apresentada pelo utente, é necessário fazer uma correta avaliação do caso clínico, de forma a efetuar uma intervenção adequada e eficaz (Tripodì, 2021a). A recolha de dados para a realização da avaliação pode ser obtida através da história clínica, da aplicação de questionários de autorrelato, e de exames físicos e laboratoriais (quando necessário).

De acordo com Nobre (2005), a avaliação tem como objetivos:

- Definição correta da natureza do problema e atribuição de um diagnóstico clínico adequado;
- Identificação dos fatores predisponentes, precipitantes, de manutenção da disfunção sexual e fatores ambientais;
- Planeamento da intervenção terapêutica;
- Avaliação dos objetivos do utente ou do casal e a sua motivação para a mudança;
- Estabelecimento de relação terapêutica;
- Estabelecimento de uma *baseline* pré-tratamento; e
- Apresentação de *feedback* ao utente.

Alguns utentes podem não apresentar uma disfunção sexual, mas ter essa percepção, devido a falta de conhecimento e a crenças sexuais negativas e/ou disfuncionais. Nesse caso, a intervenção com o utente e/ou o casal deve focar-se não no tratamento de uma disfunção sexual, mas antes nos fatores que promovem a percepção enviesada da presença de um problema (Reisman & Nobre, 2021).

A avaliação permite que o profissional de saúde adapte a intervenção e o tratamento às necessidades do utente e/ou do casal (Nobre, 2005; Kingsberg et al., 2017; Tripodì, 2021a).

## HISTÓRIA CLÍNICA

A avaliação da história clínica abrange o levantamento da história sexual, história psicossocial e história médica do utente.

### História sexual

A avaliação das disfunções sexuais requer uma boa recolha de dados sobre a história sexual do utente, nomeadamente sobre a identidade sexual (e.g. fatores biológicos, género, papel da identidade e orientação sexual), a atividade e o funcionamento sexual (prévio e atual), a relação conjugal e as relações interpessoais, os valores culturais, e as expectativas e atitudes face à sexualidade (Nobre, 2005; McCabe et al., 2010; Hatzichristou et al., 2016).

A história sexual deve abordar:

- **Natureza e desenvolvimento da disfunção sexual:** queixas, sintomas, como se manifesta, frequência dos sintomas, início (repentino ou prolongado), presença ou não de ansiedade de desempenho, presença ou não de dor (em caso afirmativo, perguntar local e intensidade – escala numérica de zero a dez, onde zero representa nenhuma dor e dez significa uma dor incapacitante) e existência ou não de tratamentos prévios;
- **Desenvolvimento sexual e experiências prévias:** início da puberdade, primeira relação sexual, relações da adolescência, relações mais significativas, experiências sexuais não desejadas;

## TERAPIA SEXUAL NA ATUALIDADE

Atualmente, o termo “terapia sexual” diz respeito ao conjunto de intervenções, decorrentes de diferentes perspectivas teóricas, voltadas para o tratamento das dificuldades sexuais.

O tratamento é mais holístico, uma vez que integra a terapia sexual num contexto terapêutico mais alargado, podendo estender-se para outras áreas do comportamento humano, além do desempenho sexual. Considerando o carácter multifatorial da sexualidade humana, não se pode simplesmente identificar o sintoma e fazer uma intervenção isolada e alheia da pessoa e dos seus contextos (psicológico, social, cultural, relacional).

A intervenção deve ser realizada através de uma equipa multidisciplinar, com diversas especialidades clínicas que não se contrapõem, mas que, sendo combinadas, contribuem para um tratamento mais eficaz e com resultados a longo prazo na melhoria da saúde sexual do paciente ou casal (Basson, 1998).

A intervenção é personalizada e pode abranger desde a psicoeducação e aconselhamento básico até as intervenções mais especializadas, utilizando contribuições de diversos modelos terapêuticos. O tratamento pode ser realizado individualmente ou com o casal, dependendo da queixa apresentada.

O paradigma atual defende que o sucesso da terapia sexual não pode ser medido a partir da frequência sexual ou das mudanças fisiológicas. Mais do que o desempenho sexual, interessa a expressão subjetiva da sexualidade; mais do que recuperar a função sexual, importa a minimização do sofrimento, o prazer e a satisfação sexual, não só individual, como também do casal.

## SINGULARIDADES DO TERAPEUTA SEXUAL

A prática da terapia sexual requer do terapeuta uma postura ativa, empática e de aceitação. Este deve ter conhecimento sobre a sexualidade no domínio histórico, cultural e antropológico, assim como da fisiologia da resposta sexual e de farmacoterapia, mantendo os seus conhecimentos atualizados. Além disso, deve estar familiarizado com uma abordagem terapêutica com a qual se identifique, para que a use como corpo teórico referencial, que dê suporte à sua compreensão da dinâmica, subjacente à dificuldade sexual, e oriente a sua intervenção.

No entanto, na terapia sexual podem sentir-se obstáculos, dos quais o terapeuta deve estar consciente. Existem, nomeadamente, pacientes difíceis, que podem mostrar resistência na intervenção, devendo o terapeuta apenas intervir se estiver preparado para lidar com perturbações a um nível dinâmico mais profundo.

Esta resistência pode apresentar diferentes justificativas, como:

- Pressão sentida pelo paciente para frequentar a terapia sexual;
- Expectativa do que é o processo terapêutico, muitas vezes percecionado pelos pacientes como algo doloroso e ameaçador;
- Aparecimento de dificuldades durante a intervenção, implicando a não realização de tarefas programadas;
- Passividade no comprometimento terapêutico; ou
- Crença do paciente de que a eficácia terapêutica advém do tipo de intervenção que não é o mais aconselhável para si.

É necessário, ainda, que o terapeuta identifique os seus preconceitos, crenças e conflitos que envolvam o constructo “sexualidade”. Não significa que todas as suas questões estejam resolvidas, mas é necessário que haja uma reflexão e trabalho interno, para que o terapeuta se distancie e não permita que estas se interponham negativamente no tratamento.

O domínio de técnicas e a habilidade na sua utilização são imprescindíveis ao terapeuta sexual, para evitar iatrogenias. Este também deve ter desenvolvido a competência de identificação do *timing* propício ao seu uso, bem como conhecer os recursos que poderá utilizar para contornar as dificuldades

# CUIDAR DA SEXUALIDADE AO LONGO DA VIDA

A sexualidade e as diferentes formas de vivência das relações afetivas são aspetos da vida e necessidades humanas básicas, transversais às diferentes dimensões fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, implícitas em qualquer idade, no âmbito do crescimento e desenvolvimento, e nas diferentes fases ao longo do ciclo reprodutivo. Assim, é necessária uma atenção dinâmica e multidisciplinar na abordagem do processo saúde/doença ao longo da vida.

Seguindo o ciclo de vida, esta obra aborda diferentes formas de como intervir na satisfação da sexualidade desde a criança até ao idoso, passando pelo adulto durante o ciclo reprodutivo, abordando ainda intervenções em alguns processos patológicos. Contribui também, de uma forma clara e objetiva, para uma visão abrangente, inclusiva e multidisciplinar da sexualidade e um melhor entendimento das diferenças entre os conceitos de sexo, orientação sexual e identidade de género, permitindo uma adequada intervenção na área da sexualidade, independentemente da vertente a abordar.

*Cuidar da Sexualidade ao Longo da Vida* destina-se a profissionais das várias áreas da sexologia, pois a sua leitura transmite informações científicas, enriquecedoras e, sempre que possível, muito práticas, que levarão os profissionais a identificar mais facilmente algumas das problemáticas comuns e, conseqüentemente, quais as terapias adequadas para as cuidar/tratar ou contribuir de alguma forma para uma melhor qualidade da vida sexual dos utentes.



«Esta é uma obra de Sexologia, ponto Final. Exaustiva? Não, esse tipo de ambição gera mastodontes ainda e sempre incompletos ou obras de uma ligeireza e superficialidade que, com sorte!, se movem na área da divulgação. O objectivo deste livro é claro – "a melhoria dos cuidados prestados aos utentes" [...]. Na minha opinião consegue-o de um modo sólido, mas ao alcance de todos.»

*in Prefácio, Júlio Machado Vaz*



ISBN 978-989-752-904-7



9 789897 529047

www.lidel.pt