

Instituto Politécnico de Lisboa  
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

## **Disfunções Sexuais Femininas – Prevalência, procura de ajuda e resposta clínica**

Joana Filipa Sifredo Cabral

**Orientadores:**

Professora Doutora Patrícia Mota, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa

Mestre Andreia Carvalho, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa

Mestrado em Fisioterapia  
Ramo de especialização em Fisioterapia em Saúde da Mulher

Lisboa, 2024

Instituto Politécnico de Lisboa  
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

## **Disfunções Sexuais Femininas – Prevalência, procura de ajuda e resposta clínica**

Joana Filipa Sifredo Cabral

### **Orientadores:**

Professora Doutora Patrícia Mota, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa,  
Instituto Politécnico de Lisboa

Mestre Andreia Carvalho, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto  
Politécnico de Lisboa

### **Juri:**

Presidente do Júri: Professora Doutora Maria Teresa Tomás, Escola Superior de  
Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa

Arguente: Professora Doutora Patrícia Driusso, Universidade Federal de São Carlos,  
Brasil

Mestrado em Fisioterapia  
Ramo de especialização em Fisioterapia em Saúde da Mulher  
(esta versão inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2024

## **Agradecimentos**

Ter chegado à conclusão desta dissertação de mestrado nunca teria sido possível sem o apoio incondicional da minha família, principalmente do meu marido, da minha filha e da minha mãe. Obrigada por estarem sempre presentes e pela compreensão quando tive necessidade de estar mais ausente.

Às minhas orientadoras, Professora Patrícia Mota e Andreia Carvalho, muito obrigada pelo apoio, generosidade, interesse e disponibilidade ao longo de todo este percurso. Agradeço por todo o apoio prestado e por me darem sempre força para continuar.

Por fim, e não menos importante, gostaria de agradecer a todas as mulheres que, de forma voluntária, participaram neste estudo.

## Índice geral

CAPÍTULO I.....	1
1. Introdução.....	2
1.1. Saúde e Função Sexual.....	2
1.2. Ciclo de Resposta Sexual Feminina.....	2
1.3. Classificação das Disfunções Sexuais Femininas.....	3
1.3.1. Perturbação do interesse/excitação.....	3
1.3.2. Perturbação do orgasmo.....	4
1.3.3. Perturbação de dor génito-pélvica ou na penetração.....	4
1.3.4. Disfunção sexual induzida por substância ou medicamento.....	4
1.4. Etiologia das Disfunções Sexuais Femininas.....	4
1.5. Diagnóstico de Disfunção Sexual.....	5
1.6. Pavimento Pélvico e Disfunções Sexuais Femininas.....	5
1.7. Fisioterapia no Tratamento das Disfunções Sexuais Femininas.....	6
1.8. Prevalência das Disfunções Sexuais Femininas.....	8
CAPÍTULO II.....	12
1. Artigo científico original.....	13
CAPÍTULO III.....	26
1. Discussão e Conclusões.....	27
ANEXOS.....	29
Anexo 1 – Aprovação da Comissão de Ética da ESTeSL.....	30
Anexo 2 – Autorização do autor da validação para a população portuguesa do “Female Sexual Function Index” .....	31
Anexo 3 – Questionário.....	32
Anexo 4 – Comprovativo de Submissão do artigo.....	41

## Índice de Tabelas

### CAPÍTULO II

Quadro I – Características Sociodemográficas.....	18
Quadro II – História Obstétrica.....	18
Quadro III – Motivos que levaram as mulheres a não procurar ajuda profissional.....	19
Quadro IV – Associação entre os fatores sociodemográficos e história obstétrica com a presença de DSF.....	20

## Índice de Figuras

### CAPÍTULO I

Figura 1.1. Modelo de resposta sexual feminina.....	3
---	---

## Abreviaturas

---

FS	Função sexual
CID-11	11ª edição da Classificação Internacional de Doenças
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
DSF	Disfunções Sexuais Femininas
MPP	Músculos do pavimento pélvico
ACOG	<i>American College of Obstetrics and Gyneacologists</i>
DPP	Disfunções do Pavimento Pélvico
POP	Prolapso dos órgãos pélvicos
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária de esforço
TMPP	Treino dos músculos do pavimento pélvico
FSD	Female Sexual Dysfunctions
SF	Sexual Fuction
PFD	Pelvic Floor Disorders
FSFI	Female Sexual Function Index
IFSF	Índice de Funcionamento Sexual Feminino

---

## CAPÍTULO I

## 1. Introdução

### 1.1. Saúde e Função Sexual

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “a saúde sexual é um estado de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade, não se resumindo apenas a ausência de doença, disfunção ou incapacidade”. A saúde sexual pode ser expressa de diversas formas, diferindo de indivíduo para indivíduo e está dependente de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais <sup>(1)</sup>.

A função sexual (FS) é uma experiência complexa, multidimensional e individual que afeta significativamente a qualidade de vida, sendo as alterações da mesma mais frequentes nas mulheres do que nos homens e tendo um efeito negativo na satisfação sexual e no bem-estar das mulheres e dos casais <sup>(2,3)</sup>.

### 1.2. Ciclo de Resposta Sexual Feminina

A resposta sexual feminina é complexa e foi descrita pela primeira vez por Masters & Johnson em 1966, sendo o seu modelo constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Mais tarde, em 1979, o mesmo foi adaptado por Kaplan, tendo este sugerido um modelo composto por três fases: desejo, excitabilidade e orgasmo. Desta forma, eliminou a fase de resolução que acreditava ser uma ausência de resposta sexual e a de platô considerando que esta era uma continuação da fase de excitação <sup>(4)</sup>.

A fase do desejo é a primeira fase do ciclo da resposta sexual feminina e consiste em fantasias e vontade de ter a atividade sexual. Desencadeada pelo desejo, segue-se a fase de excitação em que ocorre o sentimento de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes. A resposta sexual feminina alcança o seu clímax com a fase do orgasmo, que é caracterizada pelo momento em que se dá a ocorrência do ápice do prazer sexual, ocorrendo simultaneamente contrações do terço inferior da vagina e contrações rítmicas do esfíncter anal. Por fim, na fase de resolução há sensação de bem-estar geral e relaxamento muscular. As mulheres são capazes de responder quase de imediato a uma estimulação adicional <sup>(5)</sup>.

Em 2000, Basson sugeriu um novo modelo, tratando-se este de um modelo circular, que introduz o valor da intimidade emocional e a importância dos fatores biológicos e psicossociais na resposta sexual. Para a construção deste modelo foram tidos em conta quatro aspetos da sexualidade da mulher: o facto de as hormonas terem pouca influência para o início do estímulo sexual, ao contrário do que acontece no homem; na mulher a motivação ser decorrente de recompensas ou ganhos, como a proximidade emocional com a pessoa com a qual se relaciona que por sua vez ativa o ciclo de resposta sexual seguinte; a excitação sexual feminina ser mental e subjetiva, podendo ser ou não acompanhada por manifestações físicas; o orgasmo poder ou não ocorrer, manifestando-se, quando acontece, de formas diferentes <sup>(6)</sup>.

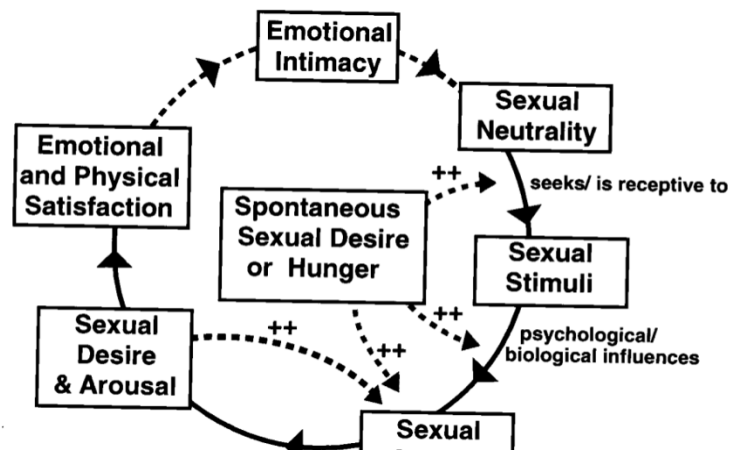


Figura 1.1. Modelo de resposta sexual feminina (Basson, 2000)  
Fonte: Carvalho, 2014

### 1.3. Classificação das Disfunções Sexuais Femininas

Segundo a 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da Organização Mundial de Saúde, as disfunções sexuais envolvem diversas perturbações, comprometendo a atividade sexual de forma recorrente, ao longo de vários meses, causando angústia clinicamente significativa <sup>(7,8)</sup>.

Por outro lado, de acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-5), as disfunções sexuais femininas (DSF) são classificadas em 4 tipos, sendo eles: perturbação do interesse/excitação sexual; perturbação do orgasmo; perturbação de dor génito pélvica ou na penetração; e disfunção sexual induzida por substância ou medicamento. Dentro da perturbação do interesse/excitação estão incluídos o desejo sexual hipoativo e a perturbação da excitação sexual; dentro da perturbação de dor génito pélvica ou na penetração estão incluídos o vaginismo e a dispareunia <sup>(9)</sup>.

#### 1.3.1. Perturbação do interesse/excitação sexual

No que diz respeito à perturbação do interesse/excitação, a queixa mais comum é a falta de líbido. As mulheres relatam pensamentos acerca de evitar os encontros sexuais ou envolvem-se em atividade sexual apenas para preservar a relação ou em benefício da pessoa com a qual se relaciona sexualmente. No entanto, muitas vezes também descrevem manter a capacidade de ficarem excitadas como resposta ao início do estímulo sexual iniciado pela pessoa com a qual se relaciona. O interesse e a excitação sexual podem flutuar ao longo da vida. Estes podem ser condicionados por fatores individuais como qualidade do sono, stress, mudanças na imagem corporal, gravidez, amamentação, sedentarismo, abuso de álcool ou outras substâncias e também por fatores de relacionamento. Esta condição pode ocorrer na

ausência de comorbilidade, mas também pode ser um indicador de condições não diagnosticadas ou subclínicas <sup>(10)</sup>.

### **1.3.2. Perturbação do orgasmo**

A perturbação do orgasmo é caracterizada pela dificuldade de atingir o orgasmo e/ou por intensidade marcadamente reduzida de experimentar sensações orgásticas <sup>(9)</sup>. Esta condição pode ter como causa uma condição médica, anatômica, relacional, comportamental ou psicológica. Para além disso, em casos raros pode ocorrer devido a condições neurológicas, alterações decorrentes de cirurgia genital ou pélvica, radioterapia e uso de medicamentos. Esta pode ocorrer simultaneamente com dificuldades de excitação/interesse sexual e distúrbios de penetração <sup>(10)</sup>.

### **1.3.3. Perturbação de dor génito-pélvica ou na penetração**

A perturbação de dor génito-pélvica ou na penetração pode estar presente desde sempre ou ser adquirida, e as suas causas podem ser médicas, situacionais e psicossociais. O tratamento das suas causas leva ao desaparecimento dos sintomas <sup>(10)</sup>. Esta perturbação é caracterizada por dificuldade persistente ou recorrente em ocorrer penetração vaginal, dor acentuada durante as relações sexuais ou tentativas de penetração, medo ou ansiedade acentuados que antecipam a penetração e tensão ou contração acentuada dos músculos do pavimento pélvico (MPP) <sup>(9)</sup>.

### **1.3.4. Disfunção sexual induzida por substância ou medicamento**

Por último, a disfunção sexual induzida por substância ou medicamento é caracterizada pela ocorrência de um distúrbio na FS que teve início durante ou logo após a ingestão ou cessação de uma substância ou medicamento com capacidade de induzir tal alteração. Agentes anticolinérgicos, hormonais, cardiovasculares e psiquiátricos, assim como álcool, cannabis e narcóticos são exemplos de substâncias que podem levar a essas alterações <sup>(10)</sup>.

## **1.4. Etiologia das Disfunções Sexuais Femininas**

As DSF são afetadas por uma série de fatores biológicos, psicológicos e sociais, devendo os profissionais de saúde que trabalham com mulheres estar familiarizados com os fatores de risco para o desenvolvimento desta condição. Fatores de risco importantes são: uma saúde física e mental diminuída; problemas de saúde, desemprego e baixa escolaridade da pessoa com a qual se relaciona; stress; aborto; menopausa; problemas génito-urinários; mutilação genital feminina; insatisfação com o relacionamento; disfunção sexual da pessoa com a qual se relaciona; abuso sexual; e ser religioso. Por outro lado, idade avançada no casamento, praticar exercício físico, afeto diário, comunicação íntima, ter uma autoimagem positiva, ter literacia sexual e considerar o sexo importante foram fatores protetores ao desenvolvimento das DSF<sup>(11)</sup>.

A gravidez, o pós-parto e a menopausa constituem fases mais vulneráveis na vida da mulher para o desenvolvimento de alterações na FS. O trauma causado por cesariana, episiotomia e lacerações perineais, assim como a amamentação devido a causar secura vaginal, aumentam o risco de a mulher desenvolver distúrbios de dor génito-pélvica ou na penetração e dificuldades relacionadas com interesse/excitação sexual e anorgasmia, após o parto <sup>(10,12)</sup>. Disfunções sexuais existentes antes da gravidez são um fator de risco para dificuldades no pós-parto. A depressão pós-parto também é um fator importante, uma vez que está associada a diminuição do desejo e frequência sexual. A síndrome génito-urinária da menopausa caracterizada por secura vaginal, ardor e irritação, diminuição da lubrificação, sintomas urinários de urgência, disúria e infeções recorrentes do trato urinário, também está associada a dor durante a relação sexual. Estima-se que 50% das mulheres na menopausa sejam afetadas por esta síndrome <sup>(10)</sup>.

### **1.5. Diagnóstico de Disfunção Sexual**

Deve-se ressaltar que para ser realizado o diagnóstico de qualquer disfunção sexual, os sintomas devem ter uma duração mínima de seis meses, estar presentes em pelo menos 75% dos encontros sexuais e causar sofrimento significativo <sup>(9)</sup>. Para além disto, os sintomas não devem ser explicados por: um distúrbio de saúde mental não sexual; uma condição médica; problemas graves de relacionamento ou outros fatores de stress significativos; e pelos efeitos de uma substância ou medicamento (à exceção de disfunção sexual induzida por substância ou medicamento) <sup>(10)</sup>.

O DSM-5 e o antigo DSM-IV têm algumas limitações o que leva a um alto nível de falsos negativos e à dificuldade no diagnóstico e tratamento das disfunções sexuais. Esta dificuldade surge pelo desconforto das mulheres com o tema, ideias culturais centradas na reprodução, formação inadequada dos profissionais de saúde e falta de tempo para recolher uma história sexual aprofundada <sup>(13,14)</sup>. Para além disso, é comum pensar-se que os problemas sexuais fazem parte do processo de envelhecimento e que nada se pode fazer clinicamente quanto a isso <sup>(14)</sup>. Por esta razão, a *American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG)*, recomenda que os obstetras/ginecologistas abordem o tema da FS nas consultas de rotina, de modo a identificar questões que mereçam uma avaliação mais aprofundada <sup>(10)</sup>.

### **1.6. Pavimento Pélvico e Disfunções Sexuais Femininas**

Os MPP desempenham um papel importante na FS, pois são responsáveis pelas contrações rítmicas e involuntárias durante o orgasmo e pela sensação vaginal durante a penetração e a relação sexual <sup>(15)</sup>. Desta forma, as disfunções do pavimento pélvico (DPP) estão frequentemente associadas a uma redução significativa na função e satisfação sexual, podendo ter como causa um pavimento pélvico hiperativo, hipoativo ou com distúrbios de

coordenação <sup>(16,17)</sup>. Numa revisão realizada por Verbeek et al., percebeu-se que vários estudos encontraram uma prevalência maior de DSF em mulheres com DPP <sup>(16)</sup>. Em mulheres com DPP, incluindo incontinência urinária, prolapso dos órgãos pélvicos (POP) e distúrbios anorretais, a FS e a autoimagem genital podem ser influenciadas negativamente, podendo resultar em depressão, diminuição da atividade sexual, isolamento social e diminuição da qualidade de vida <sup>(18)</sup>. Mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE) reportam dificuldades sexuais como perda de urina à penetração, redução da capacidade de atingir um orgasmo, menor frequência de atividade sexual, menor desejo, excitação, lubrificação e satisfação. O risco de secura vaginal, dispareunia e redução da libido também é superior em mulheres com IUE, independentemente da raça, idade ou formação académica <sup>(19)</sup>. A preocupação em mostrar a genitália prolapsada à pessoa com que se relaciona sexualmente gera medo e insegurança, o que contribui para uma pior FS, no que toca principalmente ao desejo e satisfação sexual <sup>(18)</sup>. Para além disso, dificuldades de penetração, redução da sensibilidade genital e medo de agravar o POP com a atividade sexual também estão associadas ao POP <sup>(16)</sup>. A diminuição do desejo, satisfação sexual, lubrificação, excitação e orgasmo é maior em mulheres com incontinência fecal, e o medo de que ocorra incontinência fecal durante a relação sexual, o constrangimento e a dispareunia foram os fatores mais impactantes na FS nestas mulheres <sup>(16)</sup>.

O treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP) é recomendado como tratamento de primeira linha para POP leve e moderada e IU e o tratamento bem-sucedido destas disfunções melhora a vida a e FS <sup>(20)</sup>. Existe evidência de nível 2 de melhoria de alguns aspetos da FS em mulheres com DPP ou no período pós-parto com TMPP. Por outro lado, foi proposta uma recomendação de grau B para a prescrição de TMPP para a melhoria da FS. Para além disso, esta terapia é de baixo custo, parece não estar associada a eventos adversos, pode conferir benefícios noutras DPP associadas e não exclui outros tratamentos quando necessário <sup>(20)</sup>.

As DSF podem não aparecer de forma isolada e vários estudos indicam que mulheres com perturbação de dor génito-pélvica ou na penetração relatam menos desejo, excitação e satisfação sexual, mais dificuldade em atingir o orgasmo, menos frequência de relações sexuais, mais atitudes negativas em relação à sexualidade e maior sofrimento <sup>(21)</sup>.

### **1.7. Fisioterapia no tratamento das Disfunções Sexuais Femininas**

As DSF e a dor pélvica são o resultado de uma combinação de fatores fisiológicos, emocionais e relacionais e por isso, a sua avaliação e tratamento requerem uma abordagem individualizada e multidisciplinar <sup>(10,17,22,23)</sup>. O fisioterapeuta, com uma abordagem holística, pode contribuir significativamente para avaliar e tratar essas condições e estudos indicam a sua eficácia e segurança. Há uma tendência recente para inserir os fisioterapeutas na avaliação e tratamento multidisciplinar das DSF e no controlo da dor, no entanto, este continua

a ser um recurso relativamente inexplorado e subutilizado <sup>(17)</sup>.

Existe uma grande variedade de técnicas que o fisioterapeuta pode utilizar na abordagem destas condições. A educação deve ser o ponto de partida e deve incluir: a explicação da fisiopatologia; o envolvimento dos MPP; comportamentos vulvovaginais e sexuais saudáveis; técnicas de relaxamento; fatores que influenciam a intensidade da dor; e FS <sup>(17)</sup>. Dar a conhecer à mulher a anatomia e função dos MPP e ensiná-la como os contrair e relaxar, ajuda-a a ter um melhor controlo sobre os mesmos. Desta forma, a mesma será capaz de relaxar e contrair esta musculatura quando necessário. Aumentar a consciência muscular e a propriocepção, melhorar o relaxamento muscular, restaurar a atividade normal dos MPP e aumentar a elasticidade dos tecidos pode ajudar a reduzir a dor <sup>(24,25)</sup>.

Técnicas como terapia manual, uso de dilatadores vaginais progressivamente maiores (dessensibilização sistemática), electroestimulação, exercícios respiratórios e de relaxamento, alongamentos, TMPP, *biofeedback* e reeducação da bexiga e intestino também são estratégias que podem ser usadas pela fisioterapia <sup>(10,17,23,26)</sup>.

Numa revisão efetuada por Berghmans, foi encontrada evidência de que o TMPP regular melhora o suporte, aumenta o fluxo sanguíneo e estimula a propriocepção desta musculatura, contribuindo para o aumento e intensidade do orgasmo <sup>(17)</sup>.

Um estudo conduzido por Naes & Bo, demonstrou que a contração voluntária máxima dos MPP reduz a pressão de repouso vaginal e a atividade eletromiográfica de repouso, levando a pensar que contrações máximas podem ajudar a diminuir a hiperatividade da musculatura pélvica e a baixar o seu tónus basal <sup>(27)</sup>. Uma vez que a dispareunia está associada a uma hiperatividade dos MPP, tornando-se estes fracos e hiperativos em simultâneo, o TMPP pode ser uma ferramenta útil, uma vez que por um lado, ajuda a fortalecê-los e, por outro, a reduzir o seu tónus basal. Este também altera a morfologia muscular, aumentando o diâmetro das fibras musculares, tornando a vagina mais trófica e afetando a posição do clítoris. Para além disso, também melhora a FS pois causa aumento da sensibilidade do clítoris e do fluxo sanguíneo para a pélvis, contribuindo assim para melhorar a excitação, lubrificação e orgasmo <sup>(28)</sup>.

Uma revisão sistemática com metanálise de 2024 encontrou um aumento de 7,67 pontos na pontuação do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) no grupo que efetuou TMPP, com melhoria de 22,6% na pontuação geral. Resultados semelhantes foram encontrados nos domínios excitação (melhoria de 24,8%), lubrificação (19%), orgasmo (25,8%) satisfação (28%) e dor (12,3%). Esta metanálise mostrou um efeito positivo na melhoria da FS das mulheres que realizaram TMPP, descobrindo desta forma que o TMPP pode melhorar a FS numa população feminina variada <sup>(29)</sup>.

## 1.8. Prevalência das Disfunções Sexuais Femininas

De um modo geral, no que diz respeito à incidência e prevalência das DSF, os dados são limitados, uma vez que há uma grande variação de definições de disfunção sexual, das categorias de diagnóstico e instrumentos usados, da composição das amostras e métodos de recolha de dados <sup>(13)</sup>.

Em Portugal, os dados acerca da prevalência das DSF são limitados e os existentes não são atuais à exceção do estudo de Oliveira & Moreira <sup>(3,30-32)</sup>. Neste foi avaliada a prevalência de DSF numa população clínica (mulheres com IU). Os estudos que existem mostram uma prevalência que se situa entre os 37,9% e os 74,2%, no entanto os dados observados são heterogéneos e usam diferentes modelos de classificação, diferentes instrumentos de medida, assim como diferentes modelos de composição das amostras <sup>(3,30-32)</sup>.

No estudo de Cerejo, houve uma prevalência de 74,2%, sendo que quando não se teve em conta o critério “presença de mal-estar” este número subiu para 98,9%. Na mesma investigação foi determinada a proporção de procura de ajuda clínica para queixas de âmbito sexual. No entanto, a amostra deste estudo corresponde a mulheres assistidas num Centro de Saúde local, o que torna esta amostra pouco representativa da população nacional <sup>(31)</sup>.

No estudo de Ribeiro et al. foi estudada a prevalência de DSF em mulheres em idade reprodutiva e quais os seus subtipos e a sua associação com fatores sociodemográficos, método contraceptivo ou pré-existência de experiências sexuais negativas. Não foi determinada a procura de ajuda profissional, nem a respetiva resposta clínica. A amostra deste estudo também corresponde a mulheres de um centro de saúde local, o que a torna também pouco representativa da população nacional. No mesmo estudo, a prevalência encontrada de DSF foi de 77,2%. Este número desceu para 49,3% quando associada subjetivamente a mal-estar <sup>(30)</sup>.

Na investigação realizada por de Peixoto & Nobre foi analisado o efeito dos fatores sociodemográficos na prevalência, gravidade e comorbilidade dos problemas sexuais, mas não foi estudado se havia procura de ajuda clínica para a DSF. Nesta foi encontrada uma prevalência de DSF de 37,9% <sup>(3)</sup>.

No estudo de Oliveira & Moreira foi estudada a prevalência de DSF numa população clínica (mulheres com IU), sendo apenas representativa das mulheres com esta condição. Neste estudo, a prevalência encontrada foi de 59,6% <sup>(32)</sup>.

Desta forma, desconhece-se, se a resposta clínica para este tipo de disfunção inclui a fisioterapia. Considerando-se que os estudos nesta área são limitados e não são atuais e dada a relevância da fisioterapia nestas condições, é importante conhecer a dimensão deste problema que afeta a saúde e a qualidade de vida da mulher, assim como perceber se estas procuram ajuda profissional e qual a resposta clínica existente.

## 2. Referências Bibliográficas

1. WHO. Sexual Health Document Series. 2006. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health.
2. Omodei MS, Marques Gomes Delmanto LR, Carvalho-Pessoa E, Schmitt EB, Nahas GP, Petri Nahas EA. Association Between Pelvic Floor Muscle Strength and Sexual Function in Postmenopausal Women. *Journal of Sexual Medicine*. 2019 Dec 1;16(12):1938–46.
3. Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population-based study with women aged 18 to 79 years. *J Sex Marital Ther*. 2015 Mar 4;41(2):169–80.
4. Carvalho SIN. Monografia de estágio curricular do mestrado integrado em ciência farmacêutica com o título “Disfunções sexuais femininas”: texto inédito. 2014. XX p Localizado em: Universidade de Coimbra, Coimbra
5. Rodrigues de Mendonça C, Moreira Silva T, Tacon Arrudai J, Tulio Antonio García-Zapata M, Naves do Amaral W. REVISÃO DA LITERATURA Palavras-chave Sexualidade Disfunção Sexual Fisiológica Fisiopatologia Classificação Diagnóstico Terapêutica.
6. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(1):33–43.
7. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders.
8. International Classification of Diseases, 11th revision (ICD). 2022.
9. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM 5 (V. Arlington, Ed.; Fifth edition). American Psychiatric Publishing. 2013.
10. ACOG PRACTICE BULLETIN Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Female Sexual Dysfunction [Internet]. 2019. Available from: <https://www.clinicalupdates.org/viewissue.cfm?>
11. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: A systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health*. 2018 Jun 22;18(1).
12. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Ghasemi V, Khiabani A, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. Vol. 153, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. John Wiley and Sons Ltd; 2021. p. 14–24.
13. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. Vol. 40, *Psychiatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2017. p. 267–84.
14. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). Vol. 94, *Maturitas*. Elsevier Ireland Ltd; 2016. p. 87–91.
15. Aydin S, Bakar RZ, Arioğlu Aydin Ç, Ateş S. Correlation between Transperineal 3-Dimensional Ultrasound Measurements of Levator Hiatus and Female Sexual Function. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2017 Nov 1;23(6):433–7.
16. Verbeek M, Hayward L. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. Vol. 7, *Sexual Medicine Reviews*. Elsevier B.V.; 2019. p. 559–64.
17. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. Vol. 29, *International Urogynecology Journal*. Springer London; 2018. p. 631–8.
18. Arruda GT De, Paines GP, Silva BR Da, Pairé LX, Pivetta HMF, Braz MM, et al. Relationship Involving Sexual Function, Distress Symptoms of Pelvic Floor Dysfunction, and Female Genital Self-Image. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2022 Oct 21;45(9):E542–8.
19. Preda A, Moreira S. Stress urinary incontinence and female sexual dysfunction: The role of pelvic floor rehabilitation. *Acta Med Port*. 2019;32(11):721–6.
20. Ferreira CHJ, Dwyer PL, Davidson M, De Souza A, Ugarte JA, Frawley HC. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. Vol. 26, *International Urogynecology Journal*. Springer London; 2015. p. 1735–50.
21. Padoa A, McLean L, Morin M, Vandyken C. “The Overactive Pelvic Floor (OPF) and Sexual Dysfunction” Part 1: Pathophysiology of OPF and Its Impact on the Sexual Response. Vol. 9,

- Sexual Medicine Reviews. Elsevier B.V.; 2021. p. 64–75.
22. Rosenbaum TY. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J Sex Marital Ther.* 2005 Jul;31(4):329–40.
  23. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Anger J. Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities. Vol. 7, *Sexual Medicine Reviews.* Elsevier B.V.; 2019. p. 223–50.
  24. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J.* 2019 Nov 1;30(11):1849–55.
  25. Schvartzman R, Schvartzman L, Ferreira CF, Vettorazzi J, Bertotto A, Wender MCO. Physical Therapy Intervention for Women With Dyspareunia: A Randomized Clinical Trial. *J Sex Marital Ther.* 2019 Jul 4;45(5):378–94.
  26. Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. Vol. 40, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia.* Georg Thieme Verlag; 2018. p. 787–93.
  27. Naess I, Bø K. Can maximal voluntary pelvic floor muscle contraction reduce vaginal resting pressure and resting EMG activity? *Int Urogynecol J.* 2018 Nov 1;29(11):1623–7.
  28. Franco MM, Pena CC, de Freitas LM, Antônio FI, Lara LAS, Ferreira CHJ. Pelvic Floor Muscle Training Effect in Sexual Function in Postmenopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Sexual Medicine.* 2021 Jul 1;18(7):1236–44.
  29. Jorge CH, Bø K, Chiazuto Catai C, Oliveira Brito LG, Driusso P, Kolberg Tennfjord M. Pelvic floor muscle training as treatment for female sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* Elsevier Inc.; 2024.
  30. Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados. *Rev Port Med Geral Fam;* 2013;29:16-24.
  31. Cerejo AC. Disfunção sexual feminina: prevalência e fatores relacionados. *Rev Port Clin Geral;* 2006;29:16-24.
  32. Oliveira M, Moreira S. Prevalence of Sexual Dysfunction in Women with Urinary Incontinence [Internet]. Vol. 35, *Revista da SPMFR I.* 2023. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-5828-565X>.

## CAPÍTULO II

## 1. Artigo científico original

### **Female Sexual Dysfunctions – Prevalence help-seeking and clinical response**

### **Disfunções Sexuais Femininas – Prevalência, procura de ajuda e resposta clínica**

Joana Cabral<sup>1</sup>, Andreia Carvalho<sup>1,2</sup>, Patrícia Mota<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>ESTeSL – Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Lisboa, Lisbon, Portugal <sup>2</sup>CIPER, LBMF, Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisbon, Portugal <sup>3</sup>H&TRC- Health & Technology Research Center, ESTeSL – Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Lisboa, Lisbon, Portugal

#### **Abstract**

**Overview and Aims:** Female sexual dysfunctions (FSD) negatively impact women's quality of life, sexual satisfaction, and overall well-being. Pelvic floor muscles play a crucial role in sexual function (SF), and there is a higher prevalence of FSD in women with pelvic floor disorders (PFD). The treatment of these conditions must be multidisciplinary and involve different professionals and therapeutic strategies. This study aimed to estimate the prevalence of FSD in Portugal, characterize the help-seeking behavior for sexual problems, and determine whether physiotherapy is included in the clinical response to these conditions.

**Study Design:** This is a cross-sectional observational study.

**Population:** Women residing in Portugal aged between 18 and 65 years.

**Methods:** The questionnaire was disseminated via social media and was available online from March 6 to May 4, 2024. A total of 415 women participated, resulting in a final sample of 382 women. A self-administered online questionnaire composed of three parts (I. Sociodemographic profile; II. Female Sexual Function Index (FSFI); III. Help-seeking and clinical response) was used. Prevalence was calculated using the FSFI.

**Results:** The study found a 28.4% prevalence of FSD, with 16.2% of women seeking clinical help. Gynecologists and physiotherapists were the most consulted professionals. Recommended treatments most often included physiotherapy, lubricant use, and medication.

**Conclusions:** The prevalence of FSD in Portugal was estimated at 28.4%. Health professionals should address sexuality-related questions during routine consultations due to its high prevalence and low help-seeking behavior. This study highlights that physiotherapy is included in the clinical response to these conditions, suggesting a potential shift towards recognizing its value in addressing FSD despite its often-cited underutilization.

**Keywords:** pelvic floor, sexual function, physiotherapy

#### **Resumo**

**Introdução e Objetivo:** As disfunções sexuais femininas (DSF) impactam negativamente a qualidade de vida, a satisfação sexual e o bem-estar das mulheres. Mulheres com disfunções do pavimento pélvico (DPP) apresentam maior prevalência de DSF. O tratamento destas condições deve ser multidisciplinar e deve envolver diferentes profissionais e estratégias terapêuticas. Este estudo visa estimar a prevalência de DSF em Portugal, caracterizar a procura de ajuda para problemas sexuais e averiguar se a fisioterapia está integrada na resposta clínica.

**Desenho de Estudo:** Trata-se de um estudo observacional transversal.

**População:** Mulheres residentes em Portugal, com idades entre os 18 e os 65 anos.

**Métodos:** Um questionário online de autorresposta foi divulgado nas redes sociais, estando disponível entre 6 de março e 4 de maio de 2024. Numa amostra final de 382 mulheres, avaliou-se: (I) Perfil sociodemográfico, (II) Índice de Função Sexual Feminina (IFSF), e (III) Procura de ajuda e resposta clínica. A prevalência de DSF foi calculada através do IFSF.

**Resultados:** Observou-se uma prevalência de DSF de 28,4%, com 16,2% das mulheres a procurar ajuda clínica. Ginecologistas e fisioterapeutas foram os profissionais mais procurados. Fisioterapia, uso de lubrificante e medicação foram os tratamentos mais recomendados.

**Conclusão:** A prevalência de DSF em Portugal foi estimada em 28,4%. É crucial que os profissionais de saúde abordem questões relacionadas com a sexualidade feminina durante as consultas de rotina, considerando a sua elevada prevalência e a reduzida procura de ajuda. Este estudo evidencia que a fisioterapia está presente na resposta clínica, sugerindo uma possível mudança no reconhecimento da sua importância no tratamento da DSF.

**Palavras-chave:** pavimento pélvico, função sexual, fisioterapia

## Introdução

A função sexual (FS) é uma experiência complexa, multidimensional e individual que afeta significativamente a qualidade de vida provocando efeitos negativos na satisfação sexual e no bem-estar das mulheres e dos casais <sup>(1,2)</sup>. Os músculos do pavimento pélvico (MPP) desempenham um papel importante na FS, sendo responsáveis pelas contrações rítmicas e involuntárias durante o orgasmo e pela sensação vaginal durante a penetração e a relação sexual <sup>(3)</sup>. As disfunções do pavimento pélvico (DPP), estão associadas a uma redução significativa na função e satisfação sexual. Estas podem ter como causa um pavimento pélvico hiperativo, hipoativo ou com distúrbios de coordenação, existindo uma maior prevalência de disfunções sexuais femininas (DSF) em mulheres com DPP <sup>(4,5)</sup>. As DSF podem ser classificadas em 4 tipos: perturbação do interesse/excitação sexual; perturbação do orgasmo; perturbação de dor génito pélvica ou na penetração; e disfunção sexual induzida por substância ou medicamento <sup>(6)</sup>.

Sabe-se que a diminuição do desejo, satisfação sexual, lubrificação, excitação e orgasmo é maior em mulheres com incontinência fecal. O medo de incontinência fecal durante a relação sexual, o constrangimento e a dispareunia são fatores impactantes na FS nestas mulheres <sup>(4)</sup>. A literatura indica que mulheres com incontinência urinária de esforço (IUE) reportam perda de urina à penetração, redução da capacidade de atingir o orgasmo, menor frequência de atividade sexual, menor desejo, excitação, lubrificação e satisfação. O risco de secura vaginal, dispareunia e redução da libido também é superior em mulheres com IUE <sup>(7)</sup>. No que diz respeito aos prolapsos dos órgãos pélvicos (POP), esta disfunção parece estar associada a dificuldades de penetração, redução da sensibilidade genital e medo de agravar esta condição com a atividade sexual. A preocupação em mostrar a genitália prolapsada à pessoa com quem se relaciona sexualmente gera medo e insegurança, o que contribui para uma pior FS, nomeadamente no desejo e satisfação sexual <sup>(8)</sup>.

O tratamento das DSF deve ser multidisciplinar e deve envolver diferentes profissionais e estratégias terapêuticas, tais como medicação hormonal e não hormonal, uso de lubrificantes, psicoterapia e fisioterapia <sup>(5,9,10)</sup>.

O fisioterapeuta pode utilizar uma grande variedade de técnicas na abordagem destas condições. A educação deve ser o ponto de partida e é fundamental que inclua: a explicação da fisiopatologia; o envolvimento dos MPP; comportamentos vulvovaginais e sexuais saudáveis; técnicas de relaxamento; fatores que influenciam a intensidade da dor; e FS <sup>(5)</sup>. O treino regular dos MPP melhora o suporte, aumenta o fluxo sanguíneo e estimula a propriocepção dos MPP, contribuindo para o aumento e a intensidade do orgasmo <sup>(5)</sup>. Dar a conhecer à mulher a anatomia e função dos MPP e ensiná-la como os contrair e relaxar, ajuda-a a ter um melhor controlo sobre os mesmos, tornando-a capaz de relaxar e contrair esta musculatura quando necessário <sup>(11,12)</sup>. Na existência de hiperactividade dos MPP, o TMPP é essencial porque por um lado, ajuda a fortalecer os MPP e, por outro, a reduzir o seu tónus basal. Este também altera a morfologia muscular, aumentando o diâmetro das fibras musculares, tornando a vagina mais trófica e afetando a posição do clitóris. O TMPP leva ainda ao aumento da sensibilidade do clitóris e ao aumento do fluxo sanguíneo para a pélvis, contribuindo para melhorar a excitação, lubrificação e orgasmo <sup>(13)</sup>. Neste sentido, uma metanálise de 2024 verificou que houve uma melhoria de 22,6% na pontuação do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF) com o TMPP, mostrando que este pode melhorar a FS feminina <sup>(14)</sup>. Técnicas como terapia manual, uso de dilatadores vaginais progressivamente maiores, electroestimulação, exercícios respiratórios e de relaxamento, alongamentos, *biofeedback*, reeducação da bexiga e intestino também são estratégias que podem ser usadas pela fisioterapia <sup>(5,10,15,16)</sup>. Embora o fisioterapeuta tenha um papel importante no tratamento das DSF, este continua a ser um recurso relativamente inexplorado e subutilizado. Apesar

disso, tem-se verificado uma tendência cada vez maior para envolver os fisioterapeutas na avaliação e tratamento multidisciplinar das DSF <sup>(5)</sup>.

No que diz respeito à incidência e prevalência das DSF, os dados disponíveis são limitados, dado que há uma grande variação de definições de DSF, das categorias de diagnóstico e instrumentos usados, da composição das amostras e dos métodos de recolha de dados <sup>(17)</sup>. Em Portugal, os dados acerca da prevalência das DSF são escassos e os existentes não são atuais, à exceção do estudo de Oliveira & Moreira de 2023. Neste, foi avaliada a prevalência de DSF numa população clínica não sendo, por isso, representativo da população geral <sup>(2,18-20)</sup>. Atualmente, desconhece-se se a resposta clínica para este tipo de disfunções inclui a fisioterapia. Considerando a falta de estudos de prevalência de DSF e a relevância da fisioterapia nestas condições, é importante conhecer a dimensão deste problema que afeta a saúde e bem-estar da mulher. Assim, são objetivos deste estudo: determinar a prevalência de DSF em Portugal; caracterizar a procura de ajuda clínica para as DSF; e verificar se a fisioterapia está incluída na resposta clínica do tratamento das mesmas.

### **Métodos**

Foi realizado um estudo descritivo transversal que envolveu 415 mulheres, residentes em Portugal, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. Para determinar o tamanho da amostra, recorreu-se ao *software* Epi-Info. Utilizou-se uma prevalência estimada de 55,3% (média das prevalências encontradas para as DSF em Portugal), uma precisão de 5% e um nível de confiança de 95%, chegando-se a um resultado de 380 mulheres como número mínimo do tamanho amostral. Recorreu-se a um questionário de auto-resposta disponibilizado online. Obtiveram-se 415 respostas, 18 das quais com preenchimento incompleto, pelo que foram eliminadas. Após aplicação dos critérios de exclusão (não ter iniciado a vida sexual – foi deixado ao critério das mulheres o que consideravam como início da vida sexual, não residir permanentemente em Portugal e não saber ler e escrever a língua portuguesa), foram eliminados 15 questionários, resultando em 382 questionários.

O questionário foi construído através do *Google forms*, sendo constituído por três partes: parte I, caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres; parte II, Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSF); e parte III, caracterização da procura de ajuda e resposta clínica. O IFSF é um questionário composto por 19 itens construído para avaliar dimensões chave do funcionamento sexual nas mulheres como Desejo, Excitação Subjetiva, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação e Dor. Quanto maior a pontuação, melhor o nível de funcionamento sexual <sup>(21)</sup>. Este foi validado para a população portuguesa e demonstrou a existência de propriedades psicométricas robustas, como consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach=0,93), validade convergente ( $r=0,648$ ) e validade discriminante <sup>(21)</sup>. Dados sobre a caracterização sociodemográfica da amostra, como idade, nacionalidade, distrito de residência, habilitações

literárias, estado civil e tempo de relacionamento, assim como da história obstétrica, foram também recolhidos.

Os objetivos do estudo e as orientações para o preenchimento do questionário encontravam-se descritos, sendo explícita a participação voluntária no estudo ao preencher o formulário. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade de todas as participantes. Os questionários foram divulgados nas redes sociais *Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp* e disponibilizados entre 6 de março e 4 de maio de 2024. Este estudo foi aprovado pela Comissão de ética da Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Lisboa – IPL (nº59-2023).

No que diz respeito ao tratamento dos dados, procedeu-se à análise estatística descritiva das variáveis idade, habilitações literárias, distrito de residência, estado civil, tempo de relacionamento, gravidez, tipo de parto, intervenções intra-parto, procura de ajuda clínica e presença de DSF. De forma a explorar associações entre as variáveis idade, estado civil, tempo de relacionamento, tipo de parto e intervenções durante o parto e a presença de DSF, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, assim como para estabelecer associações entre estado civil e tempo de relacionamento com a procura de ajuda profissional para problemas sexuais. Para verificar a associação entre as habilitações literárias e presença de DSF e as variáveis idade, habilitações literárias e procura de ajuda para problemas sexuais, foi utilizado o teste Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. Foi considerado um nível de significância de 0.05.

Para determinar a prevalência de DSF, foi utilizado o IFSF e considerado o valor de *cut-off*  $\leq 26,55$ <sup>(22)</sup> e foram consideradas apenas as mulheres que responderam ter tido atividade sexual nas últimas 4 semanas. Em relação aos domínios desejo, excitação subjetiva, lubrificação, orgasmo, e dor, o único que pode ser usado de forma independente por ter sido estabelecido um valor de *cut-off* ( $\leq 5$ ) é o desejo. Desta forma, mulheres que obtiveram pontuações abaixo de 5 neste domínio foram classificadas como tendo desejo sexual hipoativo<sup>(22)</sup>. Para os restantes domínios, foi realizada uma análise de frequência das pontuações obtidas nos itens 3,7,11 e 17, que representavam cada um dos domínios. Pontuações  $< 3$ , foram consideradas 'dificuldade' no respetivo domínio. Para estimar as dificuldades a nível nos domínios, apenas foram incluídas as respostas das mulheres sexualmente ativas nas últimas 4 semanas, à exceção do domínio 'desejo', no qual foram incluídas as respostas de todas as mulheres. De realçar que essas perguntas não especificam qualquer diagnóstico clínico.

Todos os testes estatísticos foram realizados no software *IBM SPSS Statistics 27*.

## Resultados

As características sociodemográficas da amostra, assim como dados relativos à história obstétrica encontram-se resumidas nos quadros I e II.

Quadro I – Caracterização sociodemográfica		
	n	%
<b>Idade</b>		
18-25	30	7,9
26-35	153	40,1
36-45	147	38,5
46-55	41	10,7
56-65	11	2,9
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	373	97,6
Estrangeira	9	2,4
<b>Distrito</b>		
Arquipélago dos Açores	5	1,3
Arquipélago da Madeira	3	0,8
Aveiro	21	5,5
Beja	4	1,0
Braga	16	4,2
Bragança	1	0,3
Castelo Branco	3	0,8
Coimbra	112	29,3
Évora	6	1,6
Faro	9	2,4
Guarda	23	6,0
Leiria	6	1,6
Lisboa	86	22,5
Portalegre	1	0,3
Porto	21	5,5
Santarém	7	1,8
Setúbal	19	5,0
Viana do Castelo	4	1,0
Vila Real	2	0,5

Quadro II História Obstétrica		
	n	%
<b>Paridade</b>		
Nunca esteve grávida	130	34,0
Grávida pela primeira vez	9	2,4
Já esteve grávida	243	63,6
<b>Parto vaginal</b>		
	182	74,9
<b>Cesariana</b>		
	73	30,0
<b>Intervenções durante parto vaginal</b>		
Sem intervenções	33	18,1
Episiotomia	107	58,8
Laceração	47	25,8
Fórceps	29	15,9
Ventosa	43	23,6
<b>Nº intervenções durante o parto vaginal</b>		
1	90	60,0
2	43	29,0
3	14	9,0
4	2	1,0
História obstétrica das mulheres		
N total=382		

Viseu	33	8,6	<p>Obteve-se uma prevalência de DSF de 28,4%. No domínio 'desejo', 95,3% das mulheres demonstraram ter desejo sexual hipoativo. Nos restantes domínios, verificou-se que 14,3% teve dificuldades no orgasmo, 13,4% na excitação, 12,5% na lubrificação e, por fim 10,7% no domínio dor.</p> <p>Das 382 inquiridas, 83,8% nunca procuram ajuda relacionada a dificuldades sexuais e, das que tinham DSF (n=95), apenas 18,9% procuraram ajuda. Não foi possível estabelecer uma associação significativa entre a idade (p=0.563), habilitações literárias (p=0.838), estado civil (p=0.362) e tempo de relacionamento (p=0.983) com a procura de ajuda para problemas sexuais. As barreiras que levaram à não ajuda profissional estão apresentadas no quadro III. No grupo de mulheres com queixas de DSF (n=95) o motivo mais apresentado foi considerarem ser uma condição normal do ciclo de vida da mulher. De salientar que nos motivos outros, as razões mais apontadas no grupo de mulheres sem DSF foi não sentirem necessidade/queixas, enquanto que no grupo com DSF ambos os grupos foram o não sentirem necessidade, a falta de tempo, o custo financeiro e o considerarem que as suas dificuldades são passageiras.</p>
<b>Habilitações Literárias</b>			
Ensino básico ou inferior	4	1,0	
Ensino secundário	52	13,6	
Bacharelato/Licenciatura	210	55,0	
Mestrado	97	25,4	
Doutoramento	19	5,0	
<b>Estado civil</b>			
Solteira	94	24,6	
Casada/União de facto	268	70,2	
Divorciada/Viúva	20	5,2	
<b>Tempo de relacionamento</b>			
Não tenho um relacionamento	38	9,9	
0-10 anos	164	42,9	
10-20 anos	129	33,8	
Mais de 20 anos	51	13,4	
<b>Total</b>	<b>382</b>	<b>100</b>	

Caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres

De salientar que nos motivos outros, as razões mais apontadas no grupo de mulheres sem DSF foi não sentirem necessidade/queixas, enquanto que no grupo com DSF ambos os grupos foram o não sentirem necessidade, a falta de tempo, o custo financeiro e o considerarem que as suas dificuldades são passageiras.

<b>Quadro III</b>		
<b>Mulheres que nunca procuraram ajuda profissional, n=320</b>		
<b>Motivo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Os sintomas não me incomodavam	113	35,3
Vergonha	23	7,2
Considero que seja uma condição normal do ciclo de vida de uma mulher	79	24,7
Não sei com quem falar (profissional/especialista)	33	10,3
Outro	83	25,9
NR	25	7,8
<b>Mulheres com DSF que nunca procuram ajuda profissional, n=77</b>		
<b>Motivo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Os sintomas não me incomodavam	14	18,2

Vergonha	17	22,1
Considero que seja uma condição normal do ciclo de vida de uma mulher	25	32,5
Não sei com quem falar (profissional/especialista)	19	24,7
Outro	13	16,9
NR	2	2,6

Motivos que levaram as mulheres a não pedir ajuda profissional

Abreviatura: NR, não respondeu

N total=382

No que concerne aos profissionais de saúde procurados, destacam-se o ginecologista (71%) e o fisioterapeuta (51,6%), seguindo-se o médico de família (14,5%), o psicólogo/terapeuta sexual (9,7%) e o enfermeiro (1,6%). Além disso, das 62 mulheres que procuraram ajuda profissional, 58,1% consultaram um tipo de profissional de saúde, 37,1% procuraram dois, 3,2% procuraram três e 1,6% procuraram quatro, fazendo com que 41,9% tenham procurado mais que um profissional de saúde.

De entre os tratamentos recomendados, destacam-se a fisioterapia (43,5%), o uso de lubrificante (40,3%) e a medicação (19,4%), seguindo-se a psicologia/terapia sexual com 12,9% e a psiquiatria com 1,6%. Em 8,1% dos casos não lhes foi sugerido nenhum tratamento e em 16,1% foram aconselhados outros tratamentos. Relativamente à sensação de valorização das queixas por estes profissionais, 90,3% das mulheres respondeu sentir as suas queixas valorizadas.

Mais de metade das mulheres (67,7%) referiram ter-lhes sido recomendado apenas um tipo de tratamento, 25,8% dois tipos de tratamento, 4,8% três tipos de tratamento e 1,6% quatro tipos de tratamento.

Quando se associaram as variáveis correspondentes aos dados sociodemográficos e história obstétrica com a presença de DSF, verificou-se uma associação significativa entre os fatores idade e parto por cesariana (quadro IV). A presença de DSF foi superior nas mulheres com faixa etária entre os 18-25, os 26-35 e os 46-55. Assim, verificou uma associação significativa entre a presença de DSF e ser jovem ou de meia-idade ( $p=0.047$ ). As mulheres que tiveram cesariana tiveram taxas de DSF inferiores, pelo que se verificou uma associação significativa entre parto por cesariana e a não presença de DSF ( $p=0.023$ ).

**Quadro IV – Associação entre fatores sociodemográficos e história obstétrica com DSF**

	Teste	valor P
Idade	9.658 <sup>a</sup>	0.047 *
Habilitações literárias	5.371 <sup>b</sup>	0.239
Estado civil	0.013 <sup>a</sup>	0.994
Tempo de relacionamento	5.436 <sup>a</sup>	0.143

Cesariana	5.191 <sup>a</sup>	0,023 *
Parto vaginal	0.086 <sup>a</sup>	0.769
Episiotomia	2.821 <sup>a</sup>	0.093
Laceração	0.070 <sup>a</sup>	0.792
Fórceps	0.121 <sup>a</sup>	0.728
Ventosa	0.258 <sup>a</sup>	0.611

\*p <0,05

<sup>a</sup> Teste Qui-quadrado de Person

<sup>b</sup> Teste Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo

Mulheres mais jovens e de meia idade têm uma taxa superior de DSF

Mulheres que passaram por uma cesariana têm menores taxas de DSF.

### Discussão

Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de DSF numa amostra comunitária portuguesa, bem como caracterizar a procura de ajuda para problemas sexuais e verificar se a fisioterapia faz parte da resposta clínica no tratamento destas condições. Verificou-se uma prevalência de DSF de 28,4%, sendo a alteração no domínio desejo a que mais se verificou. Apesar disso, apenas 16,2% (n=382) das mulheres procurou ajuda profissional para problemas relacionados com a sexualidade. Entre as mulheres que procuraram ajuda para DSF (n=62), o fisioterapeuta foi o profissional mais procurado (51,6%). A fisioterapia também se destacou como um dos tratamentos mais recomendados pelos profissionais de saúde (43,5%).

Apesar da prevalência de DSF encontrada no presente estudo ser expressiva, revela-se inferior às reportadas em três outros estudos realizados em Portugal<sup>(2,18,19)</sup>, em que a prevalência se encontrava entre 37,9% e 74,2%<sup>(2,18,19)</sup>. Contudo, estes são de difícil comparação, pois utilizaram diferentes metodologias<sup>(2,17,18)</sup>. Dois deles<sup>(18,19)</sup> focaram-se em amostras de centros de saúde locais, com questionários e critérios de diagnóstico distintos, enquanto o terceiro<sup>(2)</sup> abrangeu a população nacional, encontrando uma prevalência de 37,9% - superior, mas próxima à encontrada no presente estudo (28,4%). No entanto, este último utilizou questionários em papel e um método de amostragem diferente. É importante destacar que estes estudos reportam prevalências de anos anteriores (2006, 2013 e 2015), o que pode refletir mudanças na prevalência de DSF ao longo do tempo.

Relativamente ao domínio 'desejo', verificou-se que 95,3% das mulheres foram classificadas com desejo sexual hipoativo, o que teve uma prevalência bastante expressiva. No estudo de Peixoto & Nobre e de Cerejo, esta condição também foi a mais prevalente com 25,4% e 15,2% respetivamente<sup>(2,18)</sup>. A alta prevalência pode estar associada a múltiplos fatores. O estilo de vida contemporâneo, em que mulheres sexualmente ativas enfrentam sobrecarga profissional, doméstica e maternal, contribui para o stress, cansaço e problemas de sono, impactando a saúde sexual. As flutuações hormonais decorrentes da gravidez, amamentação

e menopausa, assim como alterações na imagem corporal, também podem influenciar negativamente a FS.

A procura de ajuda para dificuldades sexuais neste estudo foi escassa, o que já havia sido relatado no estudo de Cerejo, no qual se verificou que 84,3% das mulheres sexualmente ativas nunca pediram ajuda profissional para problemas sexuais <sup>(19)</sup>. É alarmante que, apesar da alta prevalência de DSF encontrada nestes resultados, a maioria das mulheres não procure ajuda profissional para problemas sexuais. No entanto, é importante referir que neste estudo, quando as mesmas foram questionadas acerca dos motivos para a não procura de ajuda, 35,3% das inquiridas tenha respondido que os sintomas não as incomodavam. Estes dados levam-nos a pensar que as mulheres podem não estar a encarar as dificuldades sexuais como um problema. Foi verificado no estudo de Cerejo que o tema sexualidade foi abordado espontaneamente pelo médico de família em apenas 16,3% das vezes <sup>(18)</sup>. Embora não investigado neste estudo, a dificuldade dos profissionais de saúde em abordar a sexualidade pode ser um fator que contribui para essa baixa procura por ajuda. De referir, no entanto, que as mulheres que solicitaram ajuda profissional para problemas relacionados com a sexualidade, maioritariamente sentiram as suas queixas valorizadas.

Neste estudo, algumas das barreiras apontadas para não procurar ajuda remetem-nos para a falta de literacia em saúde e de este ser um assunto tabu, dado que, de um modo geral, 24,7% das inquiridas consideraram ser uma condição normal do ciclo de vida da mulher, 10,3% não souberam a quem se dirigir e 7,2% tiveram vergonha. Ao analisar as mulheres com DSF que não pediram ajuda, isto é ainda mais notório: 32,5% consideraram que é uma condição normal do ciclo de vida da mulher; 24,7% não souberam a quem se dirigir; e 22,1% tiveram vergonha. Estes resultados vêm reforçar a importância de serem colocadas questões relacionadas com a sexualidade, nas consultas de rotina, e de melhorar a educação sexual na população <sup>(10)</sup>.

Estudos anteriores mostram-nos que a fisioterapia era um recurso relativamente inexplorado e subutilizado <sup>(5)</sup>. Apesar disso, e surpreendentemente, neste estudo observou-se que os fisioterapeutas estão entre os profissionais de saúde mais procurados. Tal, pode dever-se ao facto de, atualmente, existir mais divulgação do trabalho do fisioterapeuta nesta área, nomeadamente através das redes sociais, serviços de saúde e encaminhamento por outros profissionais.

No estudo corrente, verificou-se que 41,9% das mulheres procuraram mais do que um profissional de saúde. Fica por esclarecer se este facto se deveu à não resposta/insatisfação com a resposta que foi dada por parte do primeiro profissional ou por reencaminhamento dos profissionais procurados em primeiro lugar.

O facto de a fisioterapia ser o tratamento mais recomendado é consistente com a alta procura por fisioterapeutas (51,6%), no entanto, é surpreendente que mais de metade das mulheres

tenha recebido apenas um tipo de tratamento. A recomendação é de que as DSF tenham uma

abordagem multidisciplinar, e envolvam diferentes profissionais e estratégias terapêuticas <sup>(5,10)</sup>.

Contrariamente ao estudo de Peixoto & Nobre, a presença de DSF foi mais elevada em mulheres de faixa etária mais baixa, não se verificando uma tendência crescente com a idade

<sup>(2)</sup>. Curiosamente, este estudo observou taxas mais baixas de DSF em mulheres que tiveram parto por cesariana. Esta relação entre o tipo de parto e a DSF, particularmente no domínio da dor, também foi reportada por Souza et al. <sup>(23)</sup>. No seu estudo, as mulheres submetidas a cesariana apresentaram melhoria na dor entre o pós-parto imediato e os 6 meses, enquanto o oposto foi observado em partos vaginais, com fórceps ou ventosa. Embora este estudo não tenha avaliado a influência do tempo decorrido após o parto na FS - o que poderia ser alvo de investigação futura - os resultados obtidos fornecem uma importante base para a compreensão da prevalência e dos fatores associados às DSF em mulheres portuguesas.

Embora este estudo tenha utilizado apenas o IFSF para estimar a prevalência de DSF, o que pode não refletir totalmente a complexidade do diagnóstico <sup>(6)</sup>, os resultados obtidos fornecem informações relevantes sobre a frequência desses problemas na população feminina portuguesa. A inclusão de critérios adicionais, como um intervalo temporal mais amplo e a avaliação de fatores de sofrimento, em futuras pesquisas, poderá complementar e aprofundar a compreensão desta temática <sup>(23)</sup>. Algumas limitações do estudo devem ser consideradas: a permissão para múltiplas respostas na pergunta sobre quais profissionais de saúde foram procurados impediu a identificação clara de qual profissional recomendou cada tratamento. Por exemplo, não é possível determinar se a fisioterapia foi recomendada por um ginecologista, um fisioterapeuta ou outro profissional. Além disso, faltou detalhar as estratégias de fisioterapia utilizadas. Essa especificação enriqueceria a análise e permitiria compreender melhor a aplicação da fisioterapia no contexto das DSF. Embora a amostra deste estudo fosse grande, o facto de ter sido realizado com recurso a um questionário online, pode não representar totalmente a população portuguesa. Numa amostra por conveniência provavelmente chegar-se-ia a mais pessoas com disfunção sexual.

De acordo com o nosso conhecimento, os dados mais recentes acerca da prevalência de DSF em Portugal eram referentes a 2015. Com a realização do presente estudo é agora possível ter números mais atualizados acerca desta temática, assim como perceber qual a resposta clínica que está a ser oferecida às mulheres com DSF.

Estudos futuros devem ser considerados para perceber se os profissionais de saúde colocam questões relacionadas com a sexualidade, assim como as barreiras para não as colocar.

Em conclusão, este estudo fornece informações valiosas sobre a prevalência e gestão da DSF em Portugal. Apesar da elevada prevalência, a procura de ajuda permanece baixa,

destacando a necessidade de maior consciencialização e comunicação aberta em torno da saúde sexual.

## **Bibliografia**

1. Omodei MS, Marques Gomes Delmanto LR, Carvalho-Pessoa E, Schmitt EB, Nahas GP, Petri Nahas EA. Association Between Pelvic Floor Muscle Strength and Sexual Function in Postmenopausal Women. *Journal of Sexual Medicine*. 2019 Dec 1;16(12):1938–46.
2. Peixoto MM, Nobre P. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population-based study with women aged 18 to 79 years. *J Sex Marital Ther*. 2015 Mar 4;41(2):169–80.
3. Aydin S, Bakar RZ, Arioğlu Aydin Ç, Ateş S. Correlation between Transperineal 3-Dimensional Ultrasound Measurements of Levator Hiatus and Female Sexual Function. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2017 Nov 1;23(6):433–7.
4. Verbeek M, Hayward L. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. Vol. 7, *Sexual Medicine Reviews*. Elsevier B.V.; 2019. p. 559–64.
5. Berghmans B. Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource. Vol. 29, *International Urogynecology Journal*. Springer London; 2018. p. 631–8.
6. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM 5* (V. Arlington, Ed.; Fifth edition). American Psychiatric Publishing. 2013.
7. Preda A, Moreira S. Stress urinary incontinence and female sexual dysfunction: The role of pelvic floor rehabilitation. *Acta Med Port*. 2019;32(11):721–6.
8. Arruda GT De, Paines GP, Silva BR Da, Pairé LX, Pivetta HMF, Braz MM, et al. Relationship Involving Sexual Function, Distress Symptoms of Pelvic Floor Dysfunction, and Female Genital Self-Image. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2022 Oct 21;45(9):E542–8.
9. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. Vol. 103, *Medical Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2019. p. 681–98.
10. ACOG PRACTICE BULLETIN Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Female Sexual Dysfunction [Internet]. 2019. Available from: <https://www.clinicalupdates.org/viewissue.cfm?>
11. Ghaderi F, Bastani P, Hajebrahimi S, Jafarabadi MA, Berghmans B. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Int Urogynecol J*. 2019 Nov 1;30(11):1849–55.

12. Schvartzman R, Schvartzman L, Ferreira CF, Vettorazzi J, Bertotto A, Wender MCO. Physical Therapy Intervention for Women With Dyspareunia: A Randomized Clinical Trial. *J Sex Marital Ther.* 2019 Jul 4;45(5):378–94.
13. Franco MM, Pena CC, de Freitas LM, Antônio FI, Lara LAS, Ferreira CHJ. Pelvic Floor Muscle Training Effect in Sexual Function in Postmenopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Sexual Medicine.* 2021 Jul 1;18(7):1236–44.
14. Jorge CH, Bø K, Chiazuto Catai C, Oliveira Brito LG, Driusso P, Kolberg Tennfjord M. Pelvic floor muscle training as treatment for female sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* Elsevier Inc.; 2024.
15. Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. Vol. 40, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia.* Georg Thieme Verlag; 2018. p. 787–93.
16. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Anger J. Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities. Vol. 7, *Sexual Medicine Reviews.* Elsevier B.V.; 2019. p. 223–50.
17. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. Vol. 40, *Psychiatric Clinics of North America.* W.B. Saunders; 2017. p. 267–84.
18. Cerejo AC. Disfunção sexual feminina: prevalência e fatores relacionados. *Rev Port Clin Geral;* 2006; 22:701-20
19. Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados. *Rev Port Med Geral Fam;* 2013;29:16-24.
20. Oliveira M, Moreira S. Prevalence of Sexual Dysfunction in Women with Urinary Incontinence [Internet]. Vol. 35, *Revista da SPMFR I.* 2023. Available from: <https://orcid.org/0000-0001-5828-565X>.
21. Pechorro P, Diniz A, Almeida S, Vieira R. Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). Vol. 7. 2009.
22. Meston CM, Freihart BK, Handy AB, Kilimnik CD, Rosen RC. Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? Vol. 17, *Journal of Sexual Medicine.* Elsevier B.V.; 2020. p. 17–25.
23. De Souza A, Dwyer PL, Charity M, Thomas E, Ferreira CHJ, Schierlitz L. The effects of mode delivery on postpartum sexual function: A prospective study. *BJOG.* 2015 Sep 1;122(10):1410–8.

### **Conflito de Interesses**

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse.

## CAPÍTULO III

## 1. Discussão e Conclusões

---

Este estudo tinha como objetivos: estimar a prevalência de DSF em Portugal; perceber se existe procura de ajuda profissional por parte das mulheres para questões relacionadas com a sexualidade; e perceber se a fisioterapia era incluída na resposta clínica para o tratamento das DSF.

A prevalência de DSF identificada é inferior em comparação a outros estudos realizados anteriormente em Portugal. No entanto esta continua elevada, visto que 28,4% das mulheres relataram ter problemas do foro sexual. Apesar desta prevalência ser expressiva, apenas 18,9% das mulheres com DSF pediram ajuda a um profissional de saúde para as suas dificuldades sexuais. Se considerarmos todas as mulheres que participaram no estudo, sendo que todas elas já tinham iniciado a sua vida sexual, verifica-se que esta procura desce para 16,2%. Quando questionadas acerca das barreiras à procura de ajuda, verificou-se que existe alguma falta de literacia em saúde e que este ainda é um tema tabu, uma vez que, 24,7% respondeu achar ser uma condição normal do ciclo de vida da mulher, 10,3% não soube a quem se dirigir e 7,2% teve vergonha.

Verificou-se que o ginecologista e o fisioterapeuta foram os profissionais mais procurados pelas inquiridas quando existiam dificuldades sexuais e que a fisioterapia era o tratamento mais recomendado. No entanto, foi observado que o tratamento não estava a ser realizado em equipa multidisciplinar, dado que 67,7% das mulheres relatou ter recebido apenas um tipo de tratamento.

A realização deste trabalho foi relevante e permitiu refletir acerca de algumas questões importantes para a prática clínica da fisioterapia, uma vez que nos alerta para uma prevalência elevada de DSF, e uma baixa procura de ajuda clínica. Desta forma, e uma vez que os fisioterapeutas são dos profissionais de saúde que mais tempo passam com os utentes, devem ter o hábito de colocar questões relacionadas com o funcionamento sexual, mesmo que não trabalhem em saúde pélvica, para desta forma poderem aconselhar e fazer o devido encaminhamento. Para que isso ocorra, estes profissionais devem ter uma postura de empatia, respeito e livre de julgamentos, criando um ambiente seguro, para que o utente se sinta à vontade e tenha confiança para falar destas questões mais íntimas.

Com a realização deste estudo tornou-se também evidente a importância de investir mais na educação dos pacientes acerca da sexualidade, para que os mesmos sejam capazes de identificar problemas e procurar ajuda quando necessário.

Em relação aos resultados, apesar de os fisioterapeutas terem sido dos profissionais de saúde mais procurados, ainda há um longo caminho a percorrer para que mais utentes tenham acesso à fisioterapia, visto que a procura de ajuda ainda é escassa.

Quando as mulheres foram questionadas acerca do motivo de nunca terem procurado ajuda, embora não tenha sido uma das opções de resposta, na opção outros, um dos motivos apresentados foi o custo económico. Isto faz-nos refletir se no sistema nacional de saúde (SNS) a resposta a estes problemas é adequada e atempada. Este facto alerta-nos para a importância de existirem mais fisioterapeutas nos serviços públicos, e de estes estarem inseridos numa equipa multidisciplinar. Desta forma, ficou por esclarecer em que contexto é que as mulheres receberam ajuda dos fisioterapeutas, se no setor privado ou no SNS.

Ficou ainda por clarificar quais as barreiras que levam as mulheres a não ser acompanhadas em equipa multidisciplinar, assim como, se alguma vez este tema tinha sido abordado pelos profissionais de saúde nas consultas de rotina de forma espontânea.

Durante o decorrer deste trabalho deparei-me com algumas dificuldades, nomeadamente durante a recolha da amostra, pois foi difícil chegar ao número n desejado. No entanto com a colaboração de algumas pessoas na divulgação do questionário consegui atingir o número n pretendido dentro do período desejado. A forma como coloquei algumas questões no questionário, dificultou o tratamento de alguns dados, motivo pelo qual teria sido algo a ter mais em conta se inicia-se agora o mesmo trabalho.

O fato de ter de conciliar a realização desta dissertação com o meu trabalho profissional, ser mãe e mulher exigiu muito de mim, mas no final, penso que contribuiu para a minha capacidade de organização. Uma das grandes dificuldades sentidas, foi conseguir escrever o artigo com o número de palavras estabelecido pela revista ao qual o mesmo foi submetido, tendo isso sido um desafio ao nível do meu poder de síntese.

Considero que este trabalho foi importante para o meu crescimento profissional, uma vez que contribui para o desenvolvimento da minha capacidade crítica face à leitura de artigos científicos, para o reforço da importância de desenvolver uma prática baseada em evidência e para o aumento do meu conhecimento nesta temática. A aprendizagem obtida na realização deste trabalho final de mestrado constituiu também, uma aprendizagem que se tornará certamente uma mais-valia para a minha prática clínica, nomeadamente ao nível da compreensão das crenças e dificuldades sentidas pela utente acerca da sexualidade.

## ANEXOS

## Anexo 1 – Aprovação da Comissão de Ética da ESTeSL

IPLNet WebMail 2023 (DSIC) :: CE-ESTeSL-Nº 59-2023– “Joana Filipa Cabral”

08/09/24, 16:43

### CE-ESTeSL-Nº 59-2023– “Joana Filipa Cabral”



From Comissão de Ética <conselhodeetica@estesl.ipl.pt>  
To Joana Cabral <2022136@alunos.estesl.ipl.pt>, Patricia Mota Fisioterapia Estesl <patricia.mota@estesl.ipl.pt>  
Cc Mestrados <mestrados@estesl.ipl.pt>, Teresa Tomás <teresa.tomas@estesl.ipl.pt>  
Date 2024-02-29 10:15



#### REFERÊNCIA INTERNA DO PROJETO: CE-ESTeSL-Nº 59-2023– "Joana Filipa Cabral"

**TÍTULO DO PROJETO:** Disfunções Sexuais Femininas - Prevalência e consequente resposta clínica

**TIPO de Projeto/Estudo:** Dissertação mestrado

**INVESTIGADOR:** Joana Filipa Cabral

**ORIENTADOR(ES):** Patrícia Mota

**EQUIPA:** Andreia Carvalho; Patrícia Mota; Joana Filipa Cabral

**INSTITUIÇÃO PROMOTORA:** ESTeSL-IPL

**INSTITUIÇÃO(ÕES) ENVOLVIDA(S):** ESTeSL-IPL

**SUBMISSÃO do PROJETO:** 15 outubro 2023

**RESPOSTA CE-ESTeSL:** 27 novembro 2023

**RESPOSTA:** 21 janeiro de 2024

**RESPOSTA CE-ESTeSL:** 7 fevereiro 2024

**RESPOSTA:** 8 fevereiro 2024

Exma. Senhora Professora Dra. Patrícia Mota  
Exma. Senhora Dra. Joana Filipa Cabral, estudante de mestrado

A Comissão de Ética da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (CE-ESTeSL) aprovou por unanimidade a emissão de parecer favorável.

O presente parecer tem em consideração a versão submetida do projeto e demais documentação enviada. Eventuais alterações nestes documentos determinam a necessidade de revisão do presente parecer.

Lembramos que todos os estudos que envolvem a autorização dos participantes e a recolha de amostras e dados anonimizados e/ou codificados têm de cumprir com o estabelecido no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de 27 de abril de 2016.

Por último, solicita-se que, ao abrigo do artº 19 da Lei 21/2014 de 16 de abril e do disposto no nº 23 da atual versão da Declaração de Helsínquia, seja dado conhecimento à CE-ESTeSL do relatório final, com as conclusões do estudo, bem como de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Rute Borrego

Rute Borrego | Professora Adjunta  
Presidente da Comissão de Ética


Av. D. João II, lote 4.69.01- Parque das Nações  
1990-096 Lisboa | Portugal  
conselhodeetica@estesl.ipl.pt  
+351 218980488 (ext. 674)

## Anexo 2 – Autorização do autor da validação para a população portuguesa do “Female Sexual Function Index”

IPLNet WebMail 2023 (DSIC) :: Re: Índice de Funcionamento Sexual Feminino

08/09/24, 16:51

### Re: Índice de Funcionamento Sexual Feminino

 From Pedro Pechorro <ppechorro@gmail.com>  
To Joana Cabral <2022136@alunos.estesl.ipl.pt>  
Cc Mário Simões <simoesmr@fpce.uc.pt>  
Date 2023-12-14 15:49



Cara Joana

Sim pode usar o Índice de Funcionamento Sexual Feminino ou qq dos outros instrumentos sobre sexualidade validados por mim.

No link abaixo tem esse e outros artigos com escalas, bastando colocar os itens no formato likert adequado.

<https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Pechorro/research>

Cumprimentos,  
pedro pechorro

Joana Cabral <2022136@alunos.estesl.ipl.pt> escreveu no dia quinta, 14/12/2023 à(s) 12:53:

Exmo. Senhor Professor Doutor Pedro Pechorro,

O meu nome é Joana Cabral, sou fisioterapeuta e aluna do mestrado de Fisioterapia - ramo Saúde da Mulher na ESTESL.

Neste momento estou a desenvolver um trabalho de investigação cujo o título é "Disfunções Sexuais Femininas - prevalência e consequente resposta clínica". Este trabalho tem como objetivo geral determinar a prevalência de disfunções sexuais femininas em Portugal. Como objetivo específico pretende-se caracterizar a procura de ajuda clínica para as disfunções sexuais femininas e identificar quais são as mulheres com disfunções sexuais que não procuram ajuda. Por fim, pretende também verificar se a fisioterapia está incluída na resposta clínica para as disfunções sexuais femininas.

Desta forma, vinha pedir a sua colaboração, para se possível, me ceder o Índice de Funcionamento Sexual Femino, validado para a população portuguesa por si e pela sua equipa e pedir a autorização para o uso deste instrumento no meu trabalho.

Muito obrigada. Cumprimentos,

Joana cabral

## Anexo 3 – Questionário

### Disfunções Sexuais Femininas – Prevalência e consequente resposta clínica

Por favor, antes de preencher o seguinte questionário, leia com atenção a informação abaixo, de modo a perceber se é da sua vontade participar neste estudo.

Este estudo surgiu no âmbito do Mestrado em Fisioterapia, ramo Saúde da Mulher da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) – IPL, cujo título é “Disfunções Sexuais Femininas – prevalência e consequente resposta clínica”. O mesmo foi aprovado pela Comissão de Ética da ESTeSL.

As pessoas reesponsáveis pelo mesmo são Joana Cabral, fisioterapeuta e aluna do Mestrado em Fisioterapia – Ramo Saúde da Mulher, sob orientação da Professora Doutora Patrícia Mota e Mestre Andreia Carvalho.

Uma vez que a fisioterapia faz parte do tratamento multidisciplinar das disfunções sexuais femininas e existem poucos dados em Portugal acerca da prevalência das mesmas pretende-se com este estudo determinar a prevalência de disfunções sexuais femininas em Portugal, caracterizar a procura de ajuda clínica para as disfunções sexuais femininas e verificar se a fisioterapia é incluída na resposta clínica para as mesmas.

Para o efeito surge este questionário que se destina a ser preenchido por mulheres entre os 18 e os 65 anos que saibam ler e escrever a língua portuguesa e que já tenham iniciado a sua vida sexual. Se não preenche estes requisitos, por favor não preencha este questionário. Só poderá responder a este questionário **apenas uma vez**.

O questionário está dividido em três partes. A parte I centra-se na caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres, sendo constituída por questões como idade, nacionalidade, residência permanente, tempo de relacionamento e paridade. A parte II será constituída um questionário que se encontra validado para a população portuguesa com questões relativas à atividade sexual. Por fim, a parte III pretende identificar se existe procura de ajuda clínica para as disfunções sexuais e qual a resposta clínica oferecida.

A participação neste estudo é voluntária e completamente anónima, pelo que é pedido a resposta com a maior sinceridade possível às questões colocadas. Os dados recolhidos serão anónimos

e serão acedidos e analisados exclusivamente pela equipa de investigação. O presente estudo poderá vir a ser publicado, no entanto todos os dados serão mantidos anónimos, não sendo possível identificar individualmente as participantes.

Caso seja do seu interesse poderá ter acesso aos resultados deste estudo, podendo solicitá-lo através do email joanacabral.fisio@gmail.com.

Ao completar este questionário aceita participar voluntariamente neste estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Joana Cabral

**\* Indica uma pergunta obrigatória**

### Parte I

1. Qual a sua idade? \*
  - 18-25
  - 26-35
  - 36-45
  - 46-55
  - 56-65
2. É de nacionalidade portuguesa? \*
  - Sim
  - Não
3. Reside permanentemente em Portugal? \*
  - Sim
  - Não
4. Qual o seu distrito de residência? \*
  - Aveiro
  - Beja
  - Braga
  - Bragança
  - Castelo Branco
  - Coimbra

- Évora
  - Faro
  - Guarda
  - Leiria
  - Lisboa
  - Portalegre
  - Porto
  - Santarém
  - Setúbal
  - Viana do Castelo
  - Vila Real
  - Viseu
  - Arquipélago da Madeira
  - Arquipélago dos Açores
5. Quais são as suas habilitações literárias? \*
- Ensino primário ou inferior
  - Ensino básico
  - Ensino secundário
  - Bacharelato/Licenciatura
  - Mestrado
  - Doutoramento
6. Já iniciou a sua vida sexual? \*
- Sim
  - Não. O seu questionário termina aqui.
7. Qual o seu estado civil? \*
- Solteira
  - Casada/União de Facto
  - Divorciada/Viúva
8. Há quanto tempo mantém o seu relacionamento? \*
- 0 - 10 anos
  - 10 – 20 anos
  - + de 20 anos
  - Não tenho um relacionamento
9. Já alguma vez esteve grávida? \*

- Estou grávida pela primeira vez neste momento. *Pular para a pergunta 13*
  - Sim
  - Não. *Pular para a pergunta 13*
10. Teve algum parto vaginal?
- Sim
  - Não. *Pular para a pergunta 12*
11. Durante o parto vaginal foi submetida a alguma das seguintes intervenções? (Pode selecionar mais que uma opção)
- Fórceps
  - Ventosa
  - Episiotomia (corte)
  - Laceração (rasgadura)
  - Não fui submetida a nenhuma das intervenções mencionadas
12. Teve algum parto por cesariana?
- Sim
  - Não

## Parte II – Índice de Funcionamento Sexual Feminino

13. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desejo ou interesse sexual? \*
- Quase sempre ou sempre
  - A maioria das vezes (mais do que metade das vezes)
  - Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
  - Poucas vezes (menos de metade das vezes)
  - Quase nunca ou nunca
14. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** (grau) de desejo ou interesse sexual?
- Muito alto
  - Alto
  - Moderado
  - Baixo
  - Muito baixo ou absolutamente nenhum
15. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual? \*
- Sem atividade sexual
  - Quase sempre ou sempre

- A maioria das vezes (mais do que metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

16. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** de excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual? \*

- Sem atividade sexual
- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou absolutamente nenhum

17. Nas últimas 4 semanas, qual a sua **confiança** em conseguir ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual? \*

- Sem atividade sexual
- Confiança muito alta
- Confiança alta
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa ou sem confiança

18. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a atividade sexual ou a relação sexual? \*

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

19. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** ficou lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual ou a relação sexual? \*

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
  - Quase nunca ou nunca
20. Nas últimas 4 semanas, qual a **dificuldade** que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante a atividade sexual ou a relação sexual? \*
- Sem atividade sexual
  - Extremamente difícil ou impossível
  - Muito difícil
  - Difícil
  - Ligeiramente difícil
  - Nada difícil
21. Nas últimas 4 semanas, com que frequência **manteve** a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou da relação sexual? \*
- Sem atividade sexual
  - Quase sempre ou sempre
  - A maioria das vezes (mais do que metade das vezes)
  - Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
  - Poucas vezes (menos de metade das vezes)
  - Quase nunca ou nunca
22. Nas últimas 4 semanas, qual a **dificuldade** que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da atividade sexual ou relação sexual? \*
- Sem atividade sexual
  - Extremamente difícil ou impossível
  - Muito difícil
  - Difícil
  - Ligeiramente difícil
  - Nada difícil
23. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual com que **frequência** atingiu o orgasmo (climax)? \*
- Sem atividade sexual
  - Quase sempre ou sempre
  - A maioria das vezes (mais do que metade das vezes)
  - Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
  - Poucas vezes (menos de metade das vezes)
  - Quase nunca ou nunca

24. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual qual a **difficuldade** que teve em atingir o orgasmo (climax)? \*

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nada difícil

25. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com a sua capacidade de atingir o orgasmo (climax) durante a atividade sexual ou a relação sexual? \*

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

26. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de **satisfação** com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a atividade sexual ou a relação sexual?\*

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

27. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de **satisfação** com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro? \*

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

28. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de **satisfação** com a sua vida sexual em geral? \*

- Sem atividade sexual

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

29. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal? \*

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

30. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal? \*

- Sem atividade sexual
- Quase sempre ou sempre
- A maioria das vezes (mais do que metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca ou nunca

31. Nas últimas 4 semanas, como classifica o seu **nível** (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal? \*

- Sem atividade sexual
- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou absolutamente nenhum

### Parte III

32. Já alguma vez procurou ajuda de um profissional de saúde por causa das suas dificuldades sexuais? \*

- Sim. *Pular para a pergunta 34*
- Não.

33. Porque motivo não procurou a ajuda de um profissional de saúde? (pode seleccionar mais do que uma opção)

- Os sintomas não me incomodavam
- Vergonha
- Considero que seja uma condição normal do ciclo de vida de uma mulher
- Não sei com quem falar (profissional/especialista)
- Outro: \_\_\_\_\_

34. Qual (quais) o(s) profissional(nais) de saúde que procurou para a ajudar? (pode seleccionar mais do que uma opção)

- Médico de família
- Ginecologista
- Enfermeiro
- Fisioterapeuta
- Psicólogo/ Terapeuta Sexual
- Não procurei nenhum profissional de saúde
- Outro

35. Sentiu que as suas queixas relacionadas com a sexualidade foram valorizadas? \*

- Sim
- Não
- Não tive/fiz queixas relacionadas com a minha sexualidade

36. Após pedir ajuda sobre as suas dificuldades relacionadas a sexualidade que tratamento lhe foi proposto? (selecione a/as opção/opções que melhor se aplicam a si)

- Terapia sexual/ Psicologia
- Psiquiatria
- Uso de lubrificante
- Fisioterapia
- Medicação
- Outro: \_\_\_\_\_

## Anexo 4 – Comprovativo de submissão do artigo

13/09/24, 12:57

Gmail - Recepção de artigo "Female Sexual Dysfunctions – Prevalence and Associated Clinical Response"



Joana Cabral <joanacabral.fisio@gmail.com>

---

### Recepção de artigo "Female Sexual Dysfunctions – Prevalence and Associated Clinical Response"

ACTA OBSTETRICA E GINECOLOGICA PORTUGUESA <em@editorialmanager.com>

Fri, Sep 13, 2024 at 12:55  
PM

Reply-To: ACTA OBSTETRICA E GINECOLOGICA PORTUGUESA <ginesc2@ipocoimbra.min-saude.pt>

To: Joana Cabral <joanacabral.fisio@gmail.com>

Caro(a) Mrs. Joana Cabral,

O seu artigo intitulado "Female Sexual Dysfunctions – Prevalence and Associated Clinical Response" foi recebido pela revista ACTA OBSTETRICA E GINECOLOGICA PORTUGUESA

Poderá verificar o estado do artigo acedendo à página de submissões da revista em <https://www.editorialmanager.com/aogp/> e fazendo o login como autor.

Obrigado por submeter o seu trabalho a esta revista.

Com os melhores cumprimentos

ACTA OBSTETRICA E GINECOLOGICA PORTUGUESA

---

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: <https://www.editorialmanager.com/aogp/login.asp?a=r>). Please contact the publication office if you have any questions.