

Female sexual dysfunctions – prevalence and associated clinical response

Disfunções sexuais femininas – prevalência e consequente resposta clínica

Joana Cabral¹, Andreia Carvalho^{1,2}, Patrícia Mota^{1,2,3}
ESSL – Escola Superior de Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa

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). Physiotherapy plays a significant role in treating these conditions but tends to be an underexplored and underutilized resource. 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. A fisioterapia assume um papel crucial no tratamento, contudo, permanece um recurso subutilizado e pouco explorado. 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.

1. ESSL – Escola Superior de Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, Lisbon, Portugal.

2. CIPER, LBMF, Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Lisbon, Portugal.

3. H&TRC – Health & Technology Research Center, ESSL – Escola Superior de Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, Lisbon, Portugal.

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 impactando a satisfação sexual e o bem-estar das mulheres e dos casais^{1,2}. 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 sexual³. Disfunções do pavimento pélvico (DPP), estão associadas a redução da função e satisfação sexual, podendo resultar de um pavimento pélvico hiperativo, hipotivo ou com distúrbios de coordenação, existindo maior prevalência de disfunções sexuais femininas (DSF) em mulheres com DPP^{4,5}. As DSF podem ser classificadas em quatro tipos: perturbação do interesse/excitação sexual; perturbação do orgasmo; perturbação de dor génito pélvica ou na penetração; e disfunção sexual induzida por substância ou medicamento⁶.

Distúrbios que afetam o aparelho génito-urinário ou o trato digestivo podem constituir fatores capazes de desencadear disfunção sexual em mulheres, sendo que alterações como diminuição do desejo, da satisfação sexual, da lubrificação, da excitação e do orgasmo são mais frequentes 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 mulheres⁴. Mulheres com incontinência urinária de es-

forço (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 IUE⁷. Prolapsos dos órgãos pélvicos (POP), podem estar associados 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 sexual⁸.

O treino dos músculos do pavimento pélvico (TMPP) é recomendado como intervenção de primeira linha para POP leve/moderado e incontinência urinária, havendo evidência que o tratamento bem-sucedido destas disfunções melhora a vida e a FS⁹. 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 FS⁵. O TMPP melhora o suporte, aumenta o fluxo sanguíneo e estimula a propriocepção dos MPP, contribuindo para o aumento e a intensidade do orgasmo⁵. 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^{10,11}. 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 ao aumento da sensibilidade do clitóris e ao aumento do fluxo sanguíneo para a pélvis, contribuindo para melhorar a excitação, lubrificação e orgasmo¹². Neste sentido, uma metanálise de 2024 verificou que houve uma melhoria de 22,6% na pontuação do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (IFSFS) com o TMPP, mostrando que este pode melhorar a FS feminina¹³. 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^{5,14-16}. Apesar do papel relevante do fisioterapeuta, este continua a ser um recurso relativamente inexplorado e subutilizado, embora haja uma tendência crescente para o seu envolvimento na avaliação e tratamento multidisciplinar das DSF⁵.

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 dados¹⁷. 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^{2,18-20}. 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 en-

volveu 415 mulheres, residentes em Portugal, com idades entre os 18 e os 65 anos. O tamanho da amostra foi calculado com recurso ao *software* Epi-Info com 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%, resultando num mínimo de 380 mulheres. 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, 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 (IFSFS); e parte III, caracterização da procura de ajuda e resposta clínica. O IFSFS 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 sexual²¹. Este foi validado para a população portuguesa e demonstrou a existência de boas propriedades psicométricas²¹. 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 via *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 Saúde de Lisboa (n.º 59-2023).

A análise estatística descritiva incluiu idade, habilitações literárias, distrito de residência, estado civil, tempo de relacionamento, gravidez, tipo de parto, intervenções intra-parto 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*³ 26,55²² e foram consideradas apenas as mulheres sexualmente ativas 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* (≤ 5) é o desejo. Desta forma, mulheres que obtiveram pontuações abaixo de 5 neste domínio foram classificadas como tendo desejo sexual hipoativo²². 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. No Quadro II, o “n.º de eventos por cada parto vaginal” corresponde ao número de eventos obstétricos ocorridos ou realizados em cada parto vaginal, incluindo episiotomia, laceração, fórceps e ventosa.

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%

QUADRO I. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.

	n	%
Idade		
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
Nacionalidade		
Portuguesa	373	97,6
Estrangeira	9	2,4
Distrito		
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
Viseu	33	8,6
Habilitações Literárias		
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
Estado civil		
Solteira	94	24,6
Casada/União de facto	268	70,2
Divorciada/Viúva	20	5,2
Tempo de relacionamento		
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
Total	382	100

Caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres

QUADRO II. HISTÓRIA OBSTÉTRICA.

	n	%
Paridade		
Nunca esteve grávida	130	34,0
Grávida pela primeira vez	9	2,4
Já esteve grávida	243	63,6
Parto vaginal	182	74,9
Cesariana	73	30,0
Eventos durante parto vaginal		
Sem eventos	33	18,1
Episiotomia	107	58,8
Laceração	47	25,8
Fórceps	29	15,9
Ventosa	43	23,6
N.º eventos por cada parto vaginal		
1	90	60,0
2	43	29,0
3	14	9,0
4	2	1,0

N total = 382

na excitação, 12,5% na lubrificação e, por fim 10,7% no domínio dor.

Das 382 inquiridas, 83,8% nunca procuram ajuda relacionada a dificuldades sexuais e, das que tinham DSF

(n=72), apenas 17,6% 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=72) o motivo mais apresentado foi considerarem ser uma condição normal do ciclo de vida da mulher.

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 (21%), 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.

QUADRO III. MULHERES QUE NUNCA PROCURARAM AJUDA PROFISSIONAL, N=320.

Motivo	n	%
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
Mulheres com DSF que nunca procuram ajuda profissional, n=72		
Motivo	n	%
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

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-se 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 ($p=0.023$).

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^{2,18,19}, em que a prevalência se encontrava entre 37,9% e 74%^{2,18,19}. Contudo, estes são de difícil comparação, pois utilizaram diferentes metodologias^{2,17,18}. Dois deles^{18,19} focaram-se em amostras de centros de saúde locais, com questionários e critérios de diagnóstico distintos, enquanto o terceiro² 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

QUADRO IV. ASSOCIAÇÃO ENTRE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E HISTÓRIA OBSTÉTRICA COM DSF.

	Teste	valor P
Idade	9.658 ^a	0.047 *
Habilitações literárias	5.371 ^b	0.239
Estado civil	0.013 ^a	0.994
Tempo de relacionamento	5.436 ^a	0.143
Cesariana	5.191 ^a	0,023 *
Parto vaginal	0.086 ^a	0.769
Episiotomia	2.821 ^a	0.093
Laceração	0.070 ^a	0.792
Fórceps	0.121 ^a	0.728
Ventosa	0.258 ^a	0.611

* $p < 0,05$

^a Teste Qui-quadrado de Person

^b 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

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 uma percentagem elevada de mulheres classificadas com desejo sexual hipoativo, dados que vão ao encontro dos resultados do estudo de Peixoto & Nobre². A alta prevalência de DSF pode estar associada a múltiplos fatores. O estilo de vida contemporâneo, em que mulheres 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 sexuais¹⁹. É alarmante que, apesar da alta prevalência de DSF encontrada nestes resultados, a maioria das mulheres não procure ajuda profissional para problemas sexuais. 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.

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 população¹⁴.

Estudos anteriores mostram-nos que a fisioterapia era um recurso relativamente inexplorado e subutilizado⁵. 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^{5,14}.

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 idade². 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.²³. 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 diagnóstico⁶, 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^{23,24}. Duas 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.

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

conscientização e comunicação aberta em torno da saúde sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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, Ario lu Aydin Ç, Ate 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. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF DSM-5 TM.
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. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. ACOG PRACTICE BULLETIN Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Female Sexual Dysfunction [Internet]. 2019. Available from: <https://www.clinicalupdates.org/viewissue.cfm>
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. 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.
19. Cerejo AC. Disfunção Sexual Feminina: prevalência e fatores relacionados. *Rev Port Clin Geral*; 2006;29:16-24.
20. Oliveira M, Moreira S. Prevalence of Sexual Dysfunction in Women with Urinary Incontinence [Internet]. Vol. 35, *Revista da SPMFRI*. 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.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização (JC, AC, PM), investigação (JC), análise formal(JC), metodologia (JC, AC, PM), redação do rascunho original (JC, AC, PM). Todos os autores revisaram e aprovaram o manuscrito final.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Joana Cabral
E-mail: joanacabral.fisio@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-3961-9377>

RECEBIDO EM: 13/09/2024

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 14/09/2025