

Female Sexual Dysfunctions in Portuguese women: prevalence and possible risk factors

Disfunções Sexuais Femininas na mulher portuguesa: prevalência e possíveis fatores de risco

Margarida Basto Paiva¹, Rosário Cercas¹, Gisela Silva¹, Diogo Lima¹, Vera Vilhena¹, Ana Paula Lopes¹

Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Hospital de Nossa Senhora do Rosário, Barreiro.

Abstract

Context: Female Sexual Dysfunctions (FSD) are prevalent conditions, can occur in any stage of life and can severely affect women's quality of life. The etiology of FSD is often multifactorial, including biologic, psychological, interpersonal and sociocultural factors.

Objectives: To evaluate FSD in a Portuguese population and what factors can influence the female sexual function.

Methods: A cross-sectional study was conducted between August and September of 2023. Participants filled an anonymous online survey, including a demographic questionnaire and the Female Sexual Function Index (FSFI) for evaluation of sexual function. Inclusion criteria: age between 18 and 75 years old, residence in Portugal and being in a heterosexual relationship. The total score FSFI and domain scores (desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and discomfort) were analyzed using SPSS 22®.

Results: A total of 401 women completed the questionnaire, 393 fulfilled the inclusion criteria. Women had a mean age of 41,6 years (range: 20-71 years). From these, 48% of women reported being moderately satisfied or very satisfied with their sex life and 9,6% reported no sexual intercourse in the past 4 weeks. Among sexually active women, the mean total FSFI score was 27.37 (range: 7.5-34.5±4.99) and 36% met the criteria for sexual dysfunction (FSFI score ≤ 26.55). Post-menopausal participants, when compared to women in reproductive age, had a lower mean total score and also had lower mean scores across all domains, except for discomfort ($p<0.05$). Women with children or a BMI ≥ 25 had lower mean total score and lower mean scores for desire, arousal and satisfaction domains ($p<0.05$).

Conclusions: The prevalence of FSD was 36%. These findings highlight the importance of addressing FSD as a significant concern for women health and quality of life and the need for training and awareness among healthcare professionals.

Keywords: Female Sexual Response; Sexuality; Female Sexual Dysfunctions; Female Sexual Function Index.

Resumo

Introdução: As disfunções sexuais femininas (DSF) são condições prevalentes. Estas podem ocorrer em qualquer fase da vida e podem afetar negativamente a qualidade de vida de muitas mulheres. A etiologia das DSF é frequentemente multifatorial, incluindo fatores biológicos, psicológicos, interpessoais e socioculturais.

Objetivos: Avaliar as DSF em mulheres portuguesas e identificar possíveis fatores que possam influenciar a sexualidade feminina.

Métodos: Estudo transversal observacional realizado entre agosto e setembro de 2023, através do preenchimento de questionário *online* anónimo, que incluía um questionário demográfico e o *Female Sexual Function Index* (FSFI) para avaliação

1. Unidade Local de Saúde Arco Ribeirinho – Hospital de Nossa Senhora do Rosário, Barreiro.

da resposta sexual. A pontuação total e dos domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e desconforto) foram analisados utilizando o SPSS 22®.

Resultados: De um total de 401 mulheres que completaram o questionário, 393 preenchiam os critérios de inclusão no estudo. A idade média das inquiridas foi de 41,6 anos (20-71 anos). Quando questionadas, 74% das mulheres referiram estar moderadamente satisfeitas ou muito satisfeitas com a sua vida sexual e 9,6% das mulheres referiu ausência de relações sexuais nas últimas quatro semanas. Entre as mulheres sexualmente ativas, a pontuação média total do FSFI foi de 27,37 (7,5-34,5±4,99) e 36% preenchiam os critérios para disfunção sexual (Pontuação FSFI ≤ 26,55). As participantes na pós-menopausa, em comparação com as mulheres em idade reprodutiva, apresentaram uma pontuação média total inferior, assim como pontuações médias inferiores em todos os domínios, exceto no desconforto ($p < 0,05$). Mulheres com filhos ou com IMC ≥ 25 tiveram uma pontuação média total e pontuações médias inferiores nos domínios do desejo, excitação e satisfação ($p < 0,05$).

Conclusões: A prevalência de problemas sexuais na população em estudo foi de 36%. Estes achados destacam a importância de abordar as DSF como uma preocupação na saúde e qualidade de vida das mulheres e da necessidade de formação e sensibilização dos profissionais de saúde.

Palavras Chave: Resposta Sexual Feminina; Sexualidade; Disfunções Sexuais Femininas; *Female Sexual Function Index*.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde sexual como um estado de completo bem-estar físico, emocional e mental em relação à sexualidade, e não só à ausência de doença, disfunção ou enfermidade.

Apesar de historicamente a sexualidade feminina ter sido negligenciada e alvo de pouca preocupação, esta é uma parte importante da vida da mulher, sendo fundamental para o seu bem-estar. Uma vida sexual satisfatória e a realização sexual correlacionam-se positivamente com a qualidade de vida¹.

A resposta sexual feminina envolve uma interação complexa entre a fisiologia, as emoções, as experiências, as crenças, os estilos de vida e as relações. Ao longo dos anos, muitos foram os modelos propostos para melhor compreendê-la, e assim entender como os problemas e as disfunções sexuais se manifestam e se mantêm.

Atualmente, existem diferentes classificações, definições e critérios de diagnóstico das disfunções sexuais femininas (DSF). Segundo a *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.^a edição (DSM-V), as DSF são condições sexuais crônicas nos domínios do desejo, excitação, orgasmo e dor², distinguindo-as das dificuldades sexuais (variações normais e transitórias na vida sexual) pela

sua persistência/recorrência (duração superior a seis meses) e sofrimento pessoal significativo.

As DSF podem ser um problema desde o início da atividade sexual ou podem ser adquiridas ao longo da vida. Podem ser situacionais (presentes em apenas algumas situações ou com um parceiro específico) ou generalizadas (ocorrer em todas as situações, com todos os parceiros) e ser caracterizadas como ligeiras, moderadas ou severas, podendo sobrepor-se ou variar ao longo da vida da mulher².

A etiologia das DSF é frequentemente multifatorial, incluindo fatores biológicos, psicológicos, interpessoais e socioculturais², sendo infrequente a determinação de uma causa específica isolada. Algumas das etiologias e fatores de risco mais comuns para DSF estão listados no Quadro I³.

As DSF são uma situação prevalente a nível mundial e podem afetar mulheres em todas as faixas etárias⁴. As prevalências variam de estudo para estudo, dependendo não só das amostras e possíveis fatores socioculturais, mas também do conceito de DSF e dos instrumentos utilizados pelos investigadores para a avaliar. Assim, estima-se que aproximadamente 40-50% das mulheres, a nível mundial, sofra de algum problema sexual⁴⁻⁷.

Em Portugal, os estudos são escassos, e as prevalências encontradas variam de 37-77%⁸⁻¹². Um dos

QUADRO I. ETIOLOGIAS E FATORES DE RISCO COMUNS PARA DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS [ADAPTADO AGOC-PRACTICE BULLETIN 213 (2019)].

Etiologias e fatores de risco mais comuns para DSF

Abuso de Substâncias
 Crenças Sexuais Negativas
 Depressão
 Diabetes
 Distúrbio de Ansiedade
 Falência Ovárica prematura
 Histerectomia
 História de Abuso Sexual
 Hipertensão
 Incontinência Urinária
 Medicação (psicotrópicos, anti hipertensores; anti-histamínicos, medicação hormonal)
 Mutilação Genital Feminina
 Patologia Neurológica
 Período Pós-parto
 Problemas no Relacionamento
 Sequelas psicológicas do cancro ginecológico ou da mama
 Síndrome geniturinária da menopausa
 Stress
 Traços de personalidade perfeccionista e baixa confiança
 Violência íntima do parceiro

estudos mais representativos da prevalência de disfunções sexuais na população feminina portuguesa, dada a sua amostra considerável (1250 mulheres) e uma significativa quantidade de variáveis em estudo, revelou uma prevalência de problemas sexuais de 56%, sendo o desejo sexual o domínio mais afetado¹². Características sociodemográficas como a idade, o nível educacional, o número de relação sexuais e o estado civil foram apontados como variáveis influenciadoras de problemas sexuais em diversos estudos portugueses⁸⁻¹².

Apesar de existirem estudos realizados em Portugal sobre esta temática, a heterogeneidade dos resultados obtidos revela a necessidade de mais investigações neste âmbito. O presente estudo tem como objetivos avaliar a disfunção sexual feminina numa população de mulheres portuguesas e identificar possíveis características da população associadas a problemas sexuais.

METODOLOGIA

Estudo observacional e transversal, realizado através do preenchimento de um inquérito *online* anónimo, exclusivamente em português, disponibilizado através das redes sociais entre agosto e setembro de 2023. Os dados foram colhidos utilizando a ferramenta *Google Forms*®. A participação foi voluntária, não remunerada e o consentimento para a participação foi fornecido durante o preenchimento do questionário.

O inquérito incluiu duas secções, a primeira para recolha de características sociodemográficas (idade, nível de educação, estado civil, duração da relação, local de residência) e biológicas (patologias conhecidas, estadió reprodutivo). A segunda secção, para avaliação das DSF, incluiu o *Female Sexual Function Index* (FSFI) validado para a língua portuguesa¹³.

O FSFI consiste num questionário breve composto por 19 itens, sobre a atividade sexual nas quatro semanas anteriores ao momento em que o questionário é preenchido. Fornece informação detalhada sobre as principais dimensões da resposta sexual na mulher (desejo, excitação subjetiva, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor), permitindo avaliar separadamente cada dimensão da resposta sexual e obter um valor para o funcionamento sexual feminino na sua totalidade.

Os itens que constituem o FSFI têm cinco a seis opções de resposta, das quais a mulher deve assinalar apenas uma. A opção de resposta em cada item corresponde um valor de 0 a 5 ou de 1 a 5. As pontuações de cada dimensão são calculadas por fórmula matemática e variam entre 1.2 e 6 ou entre 0 e 6. A pontuação total do FSFI varia entre 2 e 36, correspondendo as pontuações mais elevadas a maiores níveis de funcionamento sexual. Pontuações iguais ou inferiores a 26,55, são consideradas como disfunção sexual e uma pontuação inferior a 3,6 em algum dos domínios são consideradas critério de risco de disfunção sexual^{5,6,13-16}.

De modo a garantir a significância estatística dos resultados, a dimensão da amostra foi calculada com recurso ao programa informático *Epi Info*™ e utilizando a função *STATCALC*. Considerando uma precisão de 5% e um nível de confiança de 95%, e tendo por base a população feminina, segundo os censos de 2021, e uma prevalência de 37% para DSF (prevalência mais baixa identificada nos estudos realizados em Portugal),

obteve-se uma dimensão amostral mínima de 358 mulheres.

Os critérios de inclusão no estudo foram a idade compreendida entre os 18 e os 75 anos, residência em Portugal e envolvimento sexual heterossexual. O cálculo do FSFI foi apenas realizado para mulheres com atividade sexual nas últimas quatro semanas, uma vez que a ausência de atividade sexual, não é necessariamente atribuível a disfunção sexual e deste modo, uma provável subestimação dos valores totais de FSFI e dos seus domínios poderia ocorrer¹⁶.

Para análise dos resultados obtidos, estes foram codificados e posteriormente informatizados, com recurso ao programa SPSS® versão 22. Foi realizada uma análise descritiva da amostra e posteriormente aplicados testes estatísticos como o teste Qui-Quadrado para comparar proporções e o teste de Fisher quando uma das frequências esperadas no Qui-quadrado foi menor que 5. Para determinar a força de associação entre variáveis foi aplicado o *Odds Ratio* (OR) com um intervalo de confiança de 95% (nível de significância de 0,05). Foi também utilizado o teste *t-Student* para testar a associação entre variáveis qualitativas e quantitativas com um intervalo de confiança de 95% (nível de significância de 0,05).

RESULTADOS

Um total de 401 mulheres participou neste estudo, sendo que oito foram excluídas por não preencherem os critérios de inclusão, ou não aceitarem a cedência de dados para fins científicos. Assim, um total de 393 mulheres foi considerado para a análise.

As mulheres questionadas apresentavam uma idade média de 41,6 anos (20-71 anos, desvio padrão (DP) \pm 12,8). A maioria residia em Portugal continental (74%), tinha pelo menos completado o ensino secundário (92%) e referiu ser saudável (73%). Das inquiridas, 36% encontrava-se na pós-menopausa e 40% não tinha filhos (Quadro II).

Relativamente à satisfação sobre a sua vida sexual, 74% das mulheres referiu que se encontrava moderadamente satisfeita ou muito satisfeita com a sua vida sexual, enquanto que apenas 10% das inquiridas referiu estar muito insatisfeita ou moderadamente insatisfeita. Um total de 38 mulheres (9,6%) referiram ausência de relações sexuais nas últimas 4 semanas.

QUADRO II. RESUMO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E BIOLÓGICAS MULHERES EM ESTUDO.

Características Amostra	N (%)
Idade	
≤30 anos	113 (29%)
31-40 anos	90 (23%)
41-50 anos	67 (17%)
51-60 anos	88 (22%)
>60anos	35 (9%)
Local de Residência	
Norte	63 (16%)
Centro	102 (26%)
Sul	126 (32%)
Regiões Autónomas	102 (26%)
Escolaridade	
4.º ano de escolaridade	8 (2%)
9.º ano de escolaridade	24 (6%)
Ensino Secundário	94 (24%)
Ensino Superior	267 (68%)
Filhos	
Sim	237 (60%)
Não	156 (40%)
Menopausa	
Sim	141(36%)
Não	252 (64%)
Patologias conhecidas	
Sim	105 (27%)
Não	288 (73%)

As mulheres com vida sexual ativa, nas últimas 4 semanas, apresentaram uma pontuação média no FSFI de 27,37 (7,50-3,50; DP \pm 4,99).

Verificou-se que 36% da população apresentou pontuações compatíveis com problemas sexuais (FSFI \leq 26,55). Os problemas sexuais mais frequentemente relatados foram nos domínios da excitação e do desejo (55%) (Quadro III).

Mulheres em menopausa apresentaram uma prevalência de problemas sexuais de 49%, tendo em conta a pontuação total do FSFI. Os domínios mais frequentemente afetados foram igualmente o desejo e a excitação, sendo reportados problemas em 63% e 69% dos casos, respetivamente. Verificou-se também que a prevalência de DSF foi superior com o avançar da idade: 28% (20-30 anos); 31% (31-40 anos); 30% (41-50 anos) e 52% (\geq 51 anos).

QUADRO III. ÍNDICE DE RESPOSTA SEXUAL FEMININA E PREVALÊNCIA DISFUNÇÃO SEXUAL.

Domínios	Média (\pm DP)	Disfunção Sexual (%)
Desejo	3,88 \pm 1,12	55
Excitação	3,47 \pm 0,85	56
Lubrificação	5,12 \pm 1,06	13
Orgasmo	4,87 \pm 1,27	19
Satisfação	4,93 \pm 1,14	15
Desconforto	5,11 \pm 1,18	13
Total	27,37 \pm 4,99	36

DP: Desvio Padrão.

Verificou-se que mulheres em menopausa apresentaram pontuações médias inferiores no FSFI total e em todos os domínios, exceto para o domínio da dor, relativamente a mulheres em idade reprodutiva ($p < 0,05$). Também mulheres com filhos ou com pelo menos excesso de peso ($IMC \geq 25$) apresentaram pontuações inferiores no FSFI total e nos domínios do desejo, excitação e satisfação ($p < 0,05$). (Quadro IV).

Foi possível também constatar que mulheres em menopausa e mulheres com filhos apresentaram uma probabilidade aproximadamente 2 vezes superior (2,3 e 1,8 respetivamente) de sofrer de problemas sexuais ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência de problemas sexuais foi de 36%, concordante com outros estudos realizados a

nível mundial^{5-7,15,17-18}. Apesar destes resultados irem ao encontro de alguns dos estudos realizados em Portugal^{9,12}, existe uma grande heterogeneidade de resultados, alguns estudos relatando uma incidência superior^{8,11}. As diferentes prevalências encontradas na literatura poderão ser justificadas, em parte, pela utilização de diferentes definições de DSF e de instrumentos de avaliação. Além disso, o FSFI não avalia o sofrimento associado à queixa. Quando se considerou a população total inquirida (393 mulheres), independentemente da presença de atividade sexual nas últimas quatro semanas, apenas 10% revelou insatisfação com a sua vida sexual, mostrando a importância da valorização do sofrimento pessoal da mulher no diagnóstico de DSF.

Tal como se verificaram em outros estudos, as alterações do desejo e da excitação foram os problemas mais frequentemente relatados^{5,7,10,15,18}. No entanto, a prevalência neste estudo foi superior (50%), o que poderá ser em parte justificado pela ausência de avaliação de sofrimento associado à queixa.

Tal como na literatura, neste estudo verificou-se que a prevalência de DSF aumenta com a idade e é superior na menopausa^{5,8,18}. Constatou-se que mulheres em menopausa apresentavam pontuações médias inferiores no FSFI e também nos domínios do desejo, excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação. Resultados estes que estão de acordo com a literatura, uma vez que a redução dos estrogénios circulantes, característica da menopausa, assim como o declínio em androgénios, independente da menopausa, contribuem significativamente para o menor desejo, excitação, dispareunia, alterações orgâsmicas e, conseqüentemente, redução da satisfação

QUADRO IV. ÍNDICE DE RESPOSTA SEXUAL FEMININA E INFLUÊNCIA DA MENOPAUSA, DOS FILHOS E DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC).

Domínios	Menopausa			Filhos			Excesso de peso $IMC \geq 25$		
	Sim	Não	Valor <i>p</i>	Sim	Não	Valor <i>p</i>	Sim	Não	Valor <i>p</i>
Desejo	3,61 \pm 1,20	4,01 \pm 1,05	<0,05	3,69 \pm 1,18	4,13 \pm 0,97	<0,05	3,68 \pm 1,15	4,00 \pm 1,08	<0,05
Excitação	3,1 \pm 0,97	3,6 \pm 0,73	<0,05	3,32 \pm 0,94	3,67 \pm 0,66	<0,05	3,31 \pm 0,94	3,56 \pm 0,78	<0,05
Lubrificação	4,71 \pm 1,27	5,31 \pm 0,88	<0,05	5,02 \pm 1,17	5,24 \pm 0,87	>0,05	5,00 \pm 1,14	5,18 \pm 1,00	>0,05
Orgasmo	4,64 \pm 1,40	4,98 \pm 1,18	<0,05	4,78 \pm 1,30	4,99 \pm 1,21	>0,05	4,79 \pm 1,33	4,91 \pm 1,23	>0,05
Satisfação	4,74 \pm 1,23	5,02 \pm 1,08	<0,05	4,79 \pm 1,19	5,12 \pm 1,03	<0,05	4,67 \pm 1,34	5,09 \pm 0,96	<0,05
Desconforto	4,99 \pm 1,36	5,15 \pm 1,07	>0,05	5,11 \pm 1,21	5,09 \pm 1,13	>0,05	5,08 \pm 1,21	5,11 \pm 1,16	>0,05
Total	25,82 \pm 6,12	28,14 \pm 4,11	<0,05	26,74 \pm 5,62	28,27 \pm 3,75	<0,05	26,55 \pm 5,47	27,88 \pm 4,60	<0,05

sexual. De realçar que apesar do impacto negativo das alterações fisiológicas da idade e da menopausa, fatores como problemas relacionais e fatores não biológicos podem afetar negativamente as experiências sexuais¹⁹.

Verificou-se que ter excesso de peso afetou negativamente a sexualidade das mulheres, informação em concordância com estudos anteriores que demonstraram uma relação entre a obesidade e a disfunção sexual em mulheres, sendo os problemas sexuais mais frequentes e severos em mulheres obesas²⁰⁻²². Estilos de vida saudáveis que resultam em perda de peso, diminuição do tecido adiposo, melhoria global da saúde da mulher e de possíveis comorbidades (doença cardiovascular, diabetes e síndrome metabólica) podem levar a efeitos bioquímicos positivos com impacto na saúde sexual. Além disso, a associação das alterações do peso a parâmetros psicológicos como baixa autoestima e confiança, alterações da imagem corporal, depressão e ansiedade podem influenciar negativamente a função sexual. Assim, a adoção de um estilo de vida mais saudável pode impactar positivamente a saúde sexual da mulher, podendo originar um maior interesse sexual, aumento do desejo sexual e melhoria da satisfação sexual²³⁻²⁴.

A gravidez e a parentalidade são eventos marcantes na vida de um casal, com inerentes alterações psicológicas e biológicas, que podem influenciar a dinâmica e os papéis no casal e consequentemente a função sexual²⁵⁻²⁷. A literatura existente sobre a implicação dos filhos na resposta sexual é inconsistente, assim como os fatores implicados nessa alteração (fatores psicológicos e físicos ou fatores sociais e culturais)^{25, 28-29}. Neste estudo verificou-se que a existência de filhos influenciou negativamente as pontuações no FSFI e os domínios do desejo, excitação e satisfação.

Os dados obtidos neste estudo demonstram uma elevada prevalência de problemas sexuais na população feminina portuguesa. Os médicos de Obstetrícia e Ginecologia ocupam uma posição privilegiada para abrir a discussão sobre possíveis problemas sexuais. No entanto, as crenças, a falta de tempo, de conhecimentos e à vontade no tema são, muitas vezes, reportados como limitações na abordagem da sexualidade da mulher³⁰⁻³¹. Assim, a sensibilização e formação dos profissionais neste âmbito poderá ser importante na melhoria da qualidade de vida das mulheres.

Deverá ser tido em consideração na interpretação dos resultados deste estudo que o FSFI não avalia o sofrimento pessoal associado à disfunção sexual, critério este imprescindível para o seu diagnóstico. Além disso, o estudo dependeu da colaboração voluntária das mulheres, assim como da necessidade de algum nível educativo para a adequada compreensão e preenchimento do questionário, o que poderá ter originado um viés de seleção. De destacar também, que a distribuição geográfica da amostra não é homogênea por todo o território português, podendo também ser considerado um viés de seleção. Tratando-se de um tema íntimo e muitas vezes tabu, algumas mulheres poderão ter respondido de acordo com o que pensariam ser mais aceite socialmente e não de acordo com a sua situação. No entanto, tentou-se contornar o possível enviesamento de respostas, através da utilização de um questionário anónimo, com autopreenchimento e com uma amostra populacional significativa (393 mulheres).

CONCLUSÃO

Apesar das limitações referidas, este estudo revela que os problemas sexuais poderão afetar uma parte significativa da população portuguesa, realçando que se trata de um problema real, que deverá ser alvo de intervenção, através da sensibilização e formação dos profissionais de saúde.

Neste estudo verificou-se que a menopausa, o excesso de peso e a parentalidade poderão associar-se a um maior risco de problemas sexuais na mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, Jeffery DD, et al. Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *J Sex Med.* 2016 Nov;13(11):1642-1650.
2. American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington (VA): APA; 2013 (level III)
3. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Summary, NUMBER 213. *Obstet Gynecol.* 2019 Jul;134(1):203-205.
4. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Anger J. Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities. *Sex Med Rev.* 2019 Apr;7(2):223-250.
5. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008;112:970-8

6. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999 Feb 10;281(6):537-44.
7. Abdo CH, Oliveira WM Jr, Moreira ED Jr, Fittipaldi JA. Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women – results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*. 2004 Apr;16(2):160-6.
8. Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – Prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 2013;29(1),16-24.
9. 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;41(2):169-80.
10. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *J Sex Marital Ther*. 2006 Mar-Apr;32(2):173-82.
11. Cerejo AC. Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 2006;22(6):701-20.
12. Vendeira P, Pereira NM, Serrano F, Carvalheira AA. Estudo EPISEX-PT/Feminino: prevalência das disfunções sexuais femininas em Portugal. *Cadernos de Sexologia*. 2011;4,7-14.
13. Pechorro P, Diniz A, Almeida S, Vieira R. Validação portuguesa índice de funcionamento sexual feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*. 2009;7(1):33-44.
14. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005 Jan-Feb;31(1):1-20.
15. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalence and characterisation of sexual dysfunctions in women, in 12 colombian cities, 2009-2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2018;69(1),9-21.
16. 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? *J Sex Med*. 2020 Jan;17(1):17-25.
17. Sidi H, Puteh SE, Abdullah N, Midin M. The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. *J Sex Med* 2007;4:311-21
18. Espitia-De La Hoz FJ. Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero. *Revista Ciencias Biomédicas*. 2016;7(1), 25-33.
19. Dąbrowska-Galas M, Dąbrowska J, Michalski B. Sexual Dysfunction in Menopausal Women. *Sex Med*. 2019 Dec;7(4):472-479.
20. Erenel AS, Nisanci FK. Does Obesity Increase Sexual Dysfunction in Women?. *Sex Disabil* 2013;31,53-62.
21. Silva GMDD, Lima SMRR, Reis BFD, Macruz CF, Postigo S. Evaluation of Obesity Influence in the Sexual Function of Postmenopausal Women: A Cross-Sectional Study. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019 Nov;41(11):660-667.
22. Faubion SS, Fairbanks F, Kuhle CL, Sood R, Kling JM, Vencil JA, et al. Association Between Body Mass Index and Female Sexual Dysfunction: A Cross-sectional Study from the Data Registry on Experiences of Aging, Menopause, and Sexuality. *J Sex Med*. 2020 Oct;17(10):1971-1980
23. Syed AH, Chandnani A, Khan A, Bhutto NS, Tahir H, Iqbal A, et al. Association of Weight Loss With Improved Sexual Function in Females. *Cureus*. 2021 Aug 3;13(8):e16849.
24. Rowland DL, McNabney SM, Mann AR. Sexual Function, Obesity, and Weight Loss in Men and Women. *Sex Med Rev*. 2017 Jul;5(3):323-338.
25. Gruszecki L, Forchuck C, Fisher W. Factors associated with common sexual concern in women: New findings from the Canadian contraception study. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2005;14,1-13.
26. Greenblat CS. The salience of sexuality in the early years of marriage. *Journal of Marriage and the Family*. 1983;45,289-299.
27. Jasso G. Marital coital frequency and the passage of time: Estimating the separate effects of spouses' ages and marital duration, birth and marriage cohorts, and period influences. *American Sociological Review*. 1985;50,224-241
28. Botros SM, Abramov Y, Miller JJ, Sand PK, Gandhi S, Nikolov A, et al. Effect of parity on sexual function. An identical twin study. *Obstetrics and Gynecology*. 2006;107,765-770.
29. Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, et al. Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2008;34(2):89-106.
30. Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, Dias T, Garcia e Costa J, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. *J Sex Med*. 2012 Oct;9(10):2508-15.
31. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* 2004;21:528-36.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Margarida Basto Paiva: Conceptualização, Metodologia, Recursos, Análise Formal e Redação Manuscrito Original.
Rosário Cercas: Conceptualização e Redação – Revisão e Edição.
Gisela Silva: Análise Formal.
Diogo Lima: Recursos.
Vera Vilhena: Redação – Revisão e Edição.
Ana Paula Lopes: Redação – Revisão e Edição.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não têm conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Margarida Basto Paiva
E-mail: margaridabspaiva@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-4954-8407>

RECEBIDO EM: 26/11/2023

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 10/06/2024