

Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados

ANDREIA CHAVES CEREJO *

RESUMO

Introdução: A Disfunção Sexual Feminina (DSF) é multifactorial. Pouca atenção lhe tem sido dada, pela ausência de diagnóstico bem definido, de uma classificação universal e de escalas validadas. A sua prevalência é elevada (25% a 63%) e está associada a diversos factores. No entanto, apenas 11% a 30% das mulheres procuram ajuda profissional e 68% revelam-se satisfeitas com o seu relacionamento sexual global. O Médico de Família (MF) é fundamental na sua abordagem, tratando-se de um problema pouco estudado em Portugal.

Objectivos: Determinar a prevalência de DSF, seus subtipos e frequência; verificar factores associados; determinar o grau de satisfação com a vida sexual global e a proporção de procura de ajuda. Verificar se o tema é abordado pelo MF.

Material e métodos: Estudo observacional transversal e analítico, em 421 mulheres entre 18 e 65 anos, aleatoriamente seleccionadas dos utentes do CS da Senhora da Hora (Portugal). Aplicado um questionário anónimo e confidencial de auto-resposta. **Análise de dados:** taxa de resposta, caracterização da amostra, prevalência de DSF e seus subtipos e verificação de factores relacionados (teste de χ^2 para comparação de proporções).

Resultados: Taxa de resposta: 99,7%. Prevalência de DSF de 74,2%. Os tipos mais prevalentes foram a Dispareunia (57,9%) e o Vaginismo (34,3%). O grau de satisfação com a vida sexual foi elevado (85,9%). Só 15,7% das mulheres procuraram ajuda. O MF abordou o tema com 16,3% das mulheres. Obtiveram-se associações entre DSF e factores sócio-demográficos e médicos.

Discussão/Conclusão: A prevalência de DSF foi superior à de outros estudos. Houve associações (elevada escolaridade e paridade) que foram uma novidade. É necessário avaliar a força de associação dos factores e controlar variáveis de confundimento. São necessários mais estudos, noutras regiões e avaliando outros factores, nomeadamente a função sexual do parceiro.

Palavras-chave: Disfunção Sexual; Prevalência; Factores; Satisfação; Feminino; Cuidados Primários.

turais e religiosos do indivíduo.^{1,5} Estudos demonstram que o interesse por questões de índole sexual é ubíquo.⁴

Apesar das contribuições de Freud e Kinsey¹ para o conhecimento sexual humano, foi em 1966 que Masters e Johnson caracterizaram pela primeira vez a resposta sexual feminina como um conjunto de quatro fases: excitação, «plateau», orgasmo e resolução.⁶ Mais tarde, em 1974-9, Helen Kaplan propõe o «desejo» como aspecto *major* da função sexual, conferindo às emoções humanas um papel importante. Surge o modelo trifásico: desejo, excitação e orgasmo,^{3,6} que é a base das actuais classificações de Disfunção Sexual Feminina,³ manifestada por falência de uma ou mais fases deste ciclo.

A Disfunção Sexual Feminina (DSF) é um problema multifactorial que envolve determinantes biológicos (anatômicos, vasculares, neurológicos, hormonais), psicológicos e interpessoais.⁷ As suas causas são múltiplas: desde as relacionadas com o estágio fisiológico da mulher (gravidez, amamentação, menopausa) e com comorbilidades associadas (diabetes mellitus, doença cardiovascular, doença da tiróide, cirurgia abdominopélvica, simpatectomia, depressão, esclerose múltipla, endometriose), às associadas ao abuso de substâncias (álcool, cocaína e outras drogas) e ao uso de determinados fármacos (anti-hipertensores, anti-depressivos, benzodiazepinas, anti-histamínicos e anti-psicóticos).^{3,8-11}

A palavra «disfunção» está associada

INTRODUÇÃO

A Sexualidade é parte integrante da Saúde, qualidade de vida e bem-estar geral do Ser Humano. Ela reflecte todo um património biológico, de experiências de desenvolvimento sexual, de características da personalidade e a avaliação que o indivíduo faz de si próprio.¹⁻³

A Sexualidade afecta o modo como nos relacionamos com os outros⁴ e é influenciada pelos próprios aspectos cul-

*Interna Complementar do 2º ano de Medicina Geral e Familiar
Centro de Saúde da Senhora da Hora,
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

à noção de que algo não se comporta como deveria, o que sugere que há uma norma de função. No entanto, no que diz respeito à DSF, essa norma ainda não foi estabelecida.¹⁰ Ao contrário da erecção e da ejaculação, que são eventos físicos quantificáveis, a resposta sexual feminina é qualitativa, envolvendo noções como desejo (libido), excitação, orgasmo e satisfação. Assim, não pode ser medida objectivamente.^{3,10}

Apesar do interesse geral na pesquisa e tratamento da disfunção sexual masculina (principalmente com o surgimento do *sildenafil*), pouca atenção tem sido dada à DSF.^{3,7-9} Uma das explicações é a ausência de um diagnóstico bem definido ou aceite, bem como de uma classificação universal.⁷

Existem classificações de diferentes sistemas que acabam por se complementar. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), Disfunção Sexual (DS) define-se como incapacidade frequente, desde há pelo menos seis meses, de o indivíduo manter uma relação sexual como desejaria (F52) e inclui as categorias: ausência ou perda do desejo sexual, aversão sexual, falta de resposta genital, disfunção orgásmica, vaginismo não orgânico, dispareunia não orgânica, actividade sexual excessiva e outras disfunções sexuais não devidas a causas orgânicas.^{12,13} Há ênfase dos factores físicos que influenciam a resposta sexual.¹⁰

Em contraste, o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) da Associação Americana de Psiquiatria define DS como perturbação no desejo sexual e nas modificações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual e que provocam acentuado mal-estar e dificuldades interpessoais.¹¹ Inclui as perturbações do desejo sexual (desejo hipoactivo, aversão sexual), da excitação, do orgasmo e de dor sexual (dispareunia e vaginismo), uma vertente psiquiátrica, emo-

cional e não orgânica de DS. Considera os critérios disfunção sexual devida a um estado físico geral e devida a substâncias, independentes dos anteriores.⁷

Tendo como base a CID-10 e o DSM-IV, a Fundação Americana de Doenças Urológicas (AFUD) fez o primeiro Painel de Consenso de Classificação e Definição de DSF em 1999,⁷ que inclui ambas as vertentes orgânica/fisiológica e mental/psicológica (muitas vezes sobrepostas neste tipo de disfunção),^{15,16} acrescenta o critério de dor sexual não associada ao coito e apresenta a existência de mal-estar («distress») como fundamental ao diagnóstico em certos critérios.^{7,10}

A disfunção sexual é muito prevalente em ambos os sexos mas, na maioria dos estudos, a mulher é mais afectada. Estudos mostram prevalências tão elevadas quanto 10% a 52% no homem *versus* 25% a 63% na mulher,^{3,7,9,15-19} sendo valores tão díspares justificados pela diversidade e subjectividade de critérios, de métodos de avaliação, de definições e de técnicas de amostragem. Poucos estudos se fizeram sobre DSF e raros são os relativos a cuidados de saúde primários e a mulheres saudáveis ou da população geral.^{4,5,14,17,20,21}

Há poucos dados epidemiológicos sistemáticos respeitantes à prevalência relativa dos vários tipos da DSF, e os que existem são um pouco díspares. A maioria revela a perturbação do desejo como a mais comum.^{4,8,9,15,22} Um estudo em 1.219 mulheres brasileiras, com idade superior a dezoito anos, revelou uma prevalência de DSF de 49%, tendo a perturbação do desejo sexual sido a mais prevalente (26,7%), seguida da perturbação de dor (23,1%) e da perturbação do orgasmo (21,0%).²² Outro estudo revelou as perturbações do orgasmo (24,4%) e de dor (24,3%) como as mais comuns, seguidas da perturbação do desejo (23,2%) e da perturbação da excitação (17,9%) em mulheres que pro-

curam cuidados de ginecologia. Já a perturbação do desejo (28,8%) e da dor (24,9%) afectam mais as que procuram cuidados de urologia, sendo o orgasmo, aparentemente, o menos afectado (17,8%).¹⁷

Apesar da elevada prevalência de DSF, 68% das mulheres dizem-se satisfeitas com o seu relacionamento sexual global.^{7,9}

A Disfunção Sexual Feminina é, de um modo geral, progressiva com a idade.^{3,8} No entanto, há estudos que revelam o contrário e que há subtipos que estão associados a mulheres mais jovens (perturbação do desejo, do orgasmo e de dor), estando a perturbação da excitação associada a idades superiores.¹⁵

Na maioria dos estudos, outros factores como o estado civil solteira, separada, divorciada ou viúva,^{4,5,8,9,15,20} baixos estatuto sócio-económico²⁰ e nível de escolaridade,^{4,7,15} o desemprego,²¹ o maior número de parceiros,^{5,15,17} a maior idade do parceiro,⁸ a existência de perturbação da função sexual do parceiro,⁸⁻¹⁰ a menor duração da relação,^{5,17} uma relação conflituosa,¹⁵ a nuliparidade^{9,17} ou a paridade elevada,⁵ a fase ginecológica (gravidez, amamentação, menopausa),^{3,7,9,17} o tipo de método contraceptivo,⁵ a não utilização de terapêutica hormonal de substituição (THS),^{3,8,17,18} a presença de comorbilidades/doenças crónicas,^{8,9} os antecedentes de cirurgia abdominopélvica^{9,17} ou de uso de medicação crónica^{3,9,17} também parecem estar associados à maior prevalência de DSF, embora haja autores com resultados discordantes.⁸

Os médicos que têm um estreito relacionamento com estas doentes estão numa posição única para identificar, discutir e ajudar neste tipo de problemas.⁹ Assim, o Médico de Família assume um papel fundamental e privilegiado.⁴ Apenas 11% a 30% das mulheres com DSF procuram contudo ajuda profissional,^{20,21} mas 51% escolheriam um

terapeuta sexual e 25% o seu médico de família como conselheiros.²⁰

A heterogeneidade de dados sobre DSF, a sua elevada prevalência e distribuição por todas as idades, a falta de estudos de prevalência de DSF na população geral, nomeadamente em Portugal e a importância do médico de Medicina Geral e Familiar na identificação e orientação destas mulheres, justificam a necessidade do conhecimento da dimensão de um problema que afecta, de grande modo, a qualidade de vida da população, e que pode mesmo repercutir-se a nível sócio-económico geral.

Os objectivos deste estudo foram determinar, nas mulheres entre os 18 e os 65 anos inscritas no Centro de Saúde da Senhora da Hora:

- i. A proporção de mulheres sexualmente activas, a sua distribuição por número de parceiros e por frequência da actividade sexual;
- ii. A prevalência global de DSF, dos seus subtipos e a sua frequência, e a sua relação com factores sócio-demográficos, médicos e relacionais;
- iii. O grau de satisfação com a vida sexual global e a importância dada a uma vida sexual satisfatória;
- iv. A proporção de procura de ajuda profissional para queixas de âmbito sexual, e de abordagem espontânea da sexualidade pelo médico de família na consulta de MGF.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional transversal e analítico. O estudo decorreu entre Fevereiro e Dezembro de 2004, no Centro de Saúde da Senhora da Hora, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, distrito do Porto, Portugal.

A população do estudo foi composta pelas mulheres com idade entre os 18 e os 65 anos,¹⁹ heterossexuais, inscritas no Centro de Saúde da Senhora da Hora, com Médico de Família. Foram

excluídas mulheres que não tinham telefone actualizado ou consulta programada para o período de colheita de dados, mulheres analfabetas ou incapazes de ler e compreender português, mulheres com doença mental, acamadas, institucionalizadas ou internadas.

Foi utilizada uma técnica de amostragem aleatória simples, a partir da lista de utentes do sexo feminino, inscritas no referido Centro de Saúde (CS), com idade entre os 18 e 65 anos completos até 30 de Abril de 2004. O tamanho amostral foi de 422 mulheres, calculado para uma prevalência esperada de 40% de DSF, com um nível de significância estatística de 95%, uma precisão de 5% e considerando as eventuais perdas por não colaboração, questionários incompletos ou mal preenchidos.

As variáveis avaliadas no estudo foram as descritas no questionário anexo (Anexo 1). Os critérios de diagnóstico dos vários subtipos de DSF foram os constantes no Consenso de Classificação e Definição de DSF da Fundação Americana de Doenças Urológicas (Anexo 2).^{4,13}

Os dados foram colhidos durante um período de 3 meses utilizando um questionário de auto-preenchimento aplicado às mulheres seleccionadas para amostra.

Dada a susceptibilidade das questões relativas à sexualidade, foram garantidas condições de anonimato e confidencialidade, pelo que os questionários foram respondidos numa sala privada e foram entregues com um envelope para que pudessem ser devolvidos fechados.

Para minimização das perdas, as mulheres foram contactadas por via telefónica para comparecerem no Centro de Saúde da Senhora da Hora numa dada marcação a elas compatível e foram apenas informadas de que iriam participar num estudo sobre Saúde da Mulher. No CS, as mulheres foram esclarecidas sobre o estudo. Àquelas que

de forma alguma não puderam estar presentes pessoalmente, foram enviados questionários pelo correio com envelope de retorno dirigido à autora e um texto explicativo do tema (importância) e da forma de resposta.

Actualmente, e ao contrário do que acontece com a DS masculina, não há escalas ou questionários validados, nem generalizadamente aceites para avaliação da Disfunção Sexual Feminina.^{7,8,24} Assim, como instrumento de medida utilizou-se um questionário com 28 questões simples, de resposta única e fechada (excepto a idade), que colheu dados de diferente ordem: demográficos (5 questões), médicos (3 questões), relativos a hábitos sexuais (3 questões), relativos à Função Sexual Feminina – tendo por base a classificação mais actual do Consenso de Classificação e Definição de DSF da AFUD^{4,13} e os «Female Sexual Function Index»,⁸ «Sexual Function Questionnaire»¹⁹ e «Brief Index of Sexual Function for Women»²³ – (13 questões), dados relativos ao grau e importância da satisfação sexual global (2 questões), à comunicação do problema e à abordagem da questão por parte do Médico de Família (2 questões). Foi realizado um teste piloto a 10 mulheres (2,5% da amostra), do qual resultaram algumas alterações no tipo de linguagem utilizada, para melhorar a legibilidade do mesmo. O questionário preenchia-se em cerca de 5 a 10 minutos. Foram registadas as mulheres que se recusaram responder ao questionário.

Definiu-se como DSF a presença de pelo menos um dos oito subtipos de perturbação da função sexual.^{7,10} Considerou-se como «pouco frequente» o subtipo de disfunção que «nunca» ou «poucas vezes» está presente, e «muito frequente» aquele que está «muitas vezes» ou «quase sempre» presente quando da actividade sexual.

Pelo facto de, na maioria dos estudos encontrados na bibliografia, não se con-

siderar como necessário ao diagnóstico das perturbações da função sexual (excepto nas perturbações de dor e no vaginismo) a presença de mal-estar e dificuldade interpessoal, foi também calculada a prevalência de DSF e seus subtipos não tendo em conta esse critério.

Os dados foram codificados e registados em folhas de dados do «SPSS 12.0 for Windows®». ²⁵ O seu tratamento estatístico descritivo e analítico foi efectuado com a ajuda do mesmo programa. A análise estatística englobou a determinação da taxa de resposta, a descrição dos parâmetros da amostra e sua comparação com características demográficas da população pertencente ao CS da Senhora da Hora. Foram calculadas a média e o desvio-padrão para a variável contínua idade e percentagens para as variáveis qualitativas. Foi utilizado o teste de «qui-quadrado» para comparação de proporções (variáveis qualitativas), tendo sido adoptado um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Caracterização da Amostra

Da amostra seleccionada de 422 mulheres, foi obtida uma taxa de resposta de 99,7%, o que correspondeu a 421 questionários completos. Destes, 27 foram enviados pelo correio. Todos os questionários foram válidos para o estudo.

A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 65, sendo a média de idades de 41,09% (desvio padrão de 13,52 anos).

No Quadro I está exposta a distribuição da amostra por idade, escolaridade, estado civil, situação profissional e número de filhos. A Figura 1 mostra a distribuição das mulheres relativamente à fase ginecológica em que se encontravam. Das mulheres que estavam em menopausa, 23,4% (n=30) efectuavam terapêutica hormonal de substituição.

QUADRO I

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

	n	%
Classes Etárias		
18-25 anos	69	16,4
26-35 anos	95	22,6
36-45 anos	78	18,5
46-55 anos	106	25,2
56-65 anos	73	17,3
Escolaridade		
4ª classe ou menos	123	29,2
6º ano de escolaridade	47	11,2
9º ano de escolaridade	62	14,7
12º ano de escolaridade	58	13,8
Bacharelato/freq Ensino Sup	58	13,8
Licenciatura	73	17,3
Estado Civil		
Solteira	91	21,6
Casada/União de Facto	285	67,7
Viúva	15	3,6
Divorciada/Separada	30	7,1
Situação Profissional		
Estudante	41	9,7
Desempregada	41	9,7
Doméstica	52	12,4
Activa	232	55,1
Reformada	55	13,1
Número de Filhos		
Nenhum	121	28,7
1 a 2 Filhos	254	60,3
3 ou mais Filhos	46	10,9

Na Figura 2 pode ver-se a distribuição da amostra por tipo de método anticoncepcional usado. Para as proporções apresentadas não foram consideradas as mulheres em menopausa nem as grávidas. Os outros métodos utilizados foram o método do calendário (n=5), espermicida (n=2), método hormonal subcutâneo (n=1) e o anel vaginal (n=1).

A comparação das mulheres da amostra com as da população em estudo não evidenciou diferenças estatisticamente significativas quanto à distribuição etária nem à escolaridade (Quadros II e III).

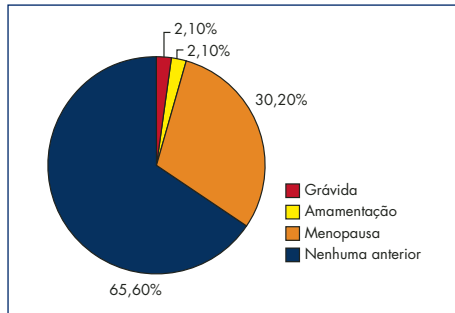


Figura 1. Distribuição da Amostra por Fase Ginecológica.

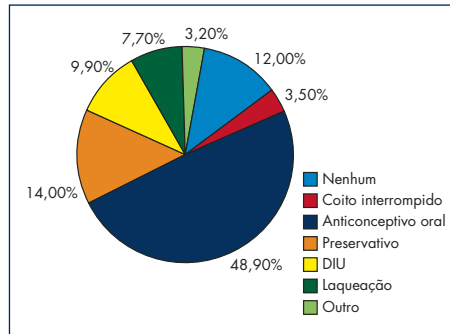


Figura 2. Tipo de Método Anticoncepcional na Amostra.

Análise Univariada

PROPORÇÃO DE MULHERES SEXUALMENTE ACTIVAS E CARACTERÍSTICAS DA ACTIVIDADE SEXUAL

Foi encontrada uma proporção de mulheres sexualmente activas no último ano de 84,6%, o que correspondeu a um total de 356 mulheres. Relativamente à frequência de relações sexuais no último ano, a maioria das mulheres (50,0%) tinha uma frequência de relações sexuais de 1 a 2 vezes por semana, 19,9% 1 a 3 vezes por mês, 18,3% 3 ou mais vezes por semana e 11,8% menos de uma vez por mês. Quando questionadas quanto ao número de parceiros nesse período de tempo, 96,6% (n=344) teve apenas um. As restantes (3,4%) tiveram dois parceiros. Não houve mulheres que tivessem mais de dois parceiros no último ano.

PREVALÊNCIA GERAL E POR TIPOS DE DSF

A prevalência de DSF na amostra foi de 74,2% (n=264; IC95%: 70,0%-79,0%). Noventa e duas mulheres não referiram apresentar disfunção.

Quando, para o diagnóstico de DSF, não se teve em conta o critério «presença de mal-estar ou dificuldade interpessoal», obteve-se uma prevalência de 98,9% (IC95%: 98,0%-100,0%) para DSF, sendo 4 o número de mulheres que não apresentaram qualquer queixa relativa à sua função sexual.

O Quadro IV mostra a prevalência de cada tipo de DSF, comparando-as com

as respectivas prevalências quando não é tido em conta o critério «presença de mal-estar e dificuldade interpessoal». Das mulheres sexualmente activas, 81 (22,8%) não puderam ser avaliadas relativamente à perturbação do orgasmo sem penetração pela inexistência de experiência relativamente a essa forma de estimulação sexual.

Verificou-se que foi a dispareunia o tipo de DS mais comum, com uma prevalência de 57,9% (IC95%: 54,0%-65,0%), seguida do vaginismo com 34,3% (IC95%: 31,0%-43,0%) de prevalência. A perturbação do desejo e de aversão sexual mostraram prevalências idênticas de 15,2% (IC95%: 12,0%-20,0%; IC95%: 10,0%-19,0%, respectivamente), ligeiramente mais altas do que a prevalência da perturbação da excitação que foi de 14,6% (IC95%: 10,0%-18,0%). A perturbação do orgas-

QUADRO II

COMPARAÇÃO ETÁRIA DA AMOSTRA COM A POPULAÇÃO DO CS SRA. DA HORA

	Respondentes		CS		p
	n	%	n	%	
Idade					
20-24 anos	42	10,5	1.787	10,3	
25-34 anos	95	23,8	4.430	25,6	
35-44 anos	80	20,1	4.313	24,9	0,220
45-54 anos	106	26,6	3.950	22,8	
55-64 anos	76	19,0	2.856	16,5	
Total	399		17.336		

QUADRO III

COMPARAÇÃO DA ESCOLARIDADE DA AMOSTRA COM A DA POPULAÇÃO DO CONCELHO DE MATOSINHOS

	Respondentes		Matosinhos		p
	n	%	n	%	
Escolaridade					
4º classe ou menos	123	29,2	30.241	40,2	
6º ano de escolaridade	47	11,2	8.827	11,7	
9º ano de escolaridade	62	14,7	9.083	12,1	
12º ano de escolaridade	58	13,8	14.287	19,0	0,242
Bacharelato/frequência de Ensino Superior	58	13,8	615	0,8	
Licenciatura	73	17,3	12.235	16,3	
Total	421		75.288		

QUADRO IV

PREVALÊNCIA DE CADA SUBTIPO DE DSF

	DSF (critérios DSM-IV)		Disfunção sem critério de mal-estar	
	n	%	n	%
Perturbação do Desejo Hipoactivo	54	15,2	269	75,6
Perturbação de Aversão Sexual	54	15,2	188	52,8
Perturbação da Excitação Sexual	52	14,6	230	64,6
Perturbação do Orgasmo durante o Coito	42	11,8	267	75,0
Perturbação do Orgasmo com a masturbação/estimulação s/ coito	19	5,3	225	63,2
	DSF			
	n	%		
Dispareunia	206	57,9		
Vaginismo	122	34,3		
Perturbação de Dor Não relacionada com o coito	35	9,8		

mo com o coito teve uma prevalência de 11,8% (IC95%: 9,0%-17,0%). Os tipos de DSF menos comuns foram a perturbação do orgasmo sem penetração (5,3%; IC95%: 4,0%-10,0%) e a perturbação de dor não relacionada com o coito (9,8%; IC95%: 7,0%-15,0%).

Quando se analisam os tipos de DSF não considerando o critério «presença de mal-estar ou dificuldade interpessoal», verifica-se que as respectivas prevalências foram superiores e foram a perturbação do desejo hipoactivo e a perturbação do orgasmo durante o coito os tipos mais prevalentes (75,6% e

75,0%, respectivamente).

FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIA DE CADA TIPO DE DSF

Os tipos de disfunção de ocorrência mais frequente foram as perturbações de orgasmo sem e com coito, do desejo e da excitação, descritas como «muito frequentes» respectivamente por cerca de 84, 79, 74 e 50% das inquiridas que cumpriam os critérios diagnósticos de cada um destes subtipos. Os subtipos de DSF mais prevalentes na amostra parecem, apesar de tudo, não ocorrer com muita assiduidade nas mulheres

QUADRO V

FREQÜÊNCIA DE OCORRÊNCIA
DE CADA SUBTIPO DE DSF

	n	%
Pert. do Desejo		
Pouco frequente	2	3,7
Frequente	12	22,2
Muito frequente	40	74,1
Pert. de Aversão		
Pouco frequente	15	27,8
Frequente	23	42,6
Muito frequente	16	29,6
Pert. da Excitação		
Pouco frequente	5	9,6
Frequente	21	40,4
Muito frequente	26	50,0
Pert. do Orgasmo com Coito		
Pouco frequente	1	2,4
Frequente	8	19,0
Muito frequente	33	78,6
Pert. do Orgasmo sem coito		
Pouco frequente	3	15,8
Frequente	0	0,0
Muito frequente	16	84,2
Dispareunia		
Pouco frequente	130	63,1
Frequente	52	25,2
Muito frequente	24	11,7
Vaginismo		
Pouco frequente	83	68,0
Frequente	28	23,0
Muito frequente	11	9,0
Pert. de Dor sem coito		
Pouco frequente	29	82,9
Frequente	4	11,4
Muito frequente	2	5,7

afectadas: apenas 11,7% das mulheres com dispareunia e 9,0% das que apresentavam critérios de vaginismo referiram serem frequentes episódios destas queixas durante o relacionamento sexual (Quadro V).

**SATISFAÇÃO COM A VIDA SEXUAL GLOBAL
IMPORTÂNCIA DE UMA VIDA SEXUAL
SATISFATÓRIA**

Uma percentagem de 49,7% das mulhe-

res dizem-se «satisfeitas» e 36,2% «muito satisfeitas» com a sua vida sexual global. Apenas 2,8% estão «muito insatisfeitas» e 11,2% estão «pouco satisfeitas».

Quando se avaliou a importância dada pelas mulheres sexualmente activas a uma vida sexual satisfatória, 93,8% considerou «muito importante» ou «importante» (47,5% e 46,3%, respectivamente). Foi «indiferente» para 3,7% das mulheres, «pouco importante» para 1,7% e «nada importante» para 0,8% das inquiridas.

**PROCURA DE AJUDA PROFISSIONAL POR
DISFUNÇÃO SEXUAL**

Das mulheres sexualmente activas, 84,3% (n=300) nunca pediram ajuda profissional para problemas sexuais. Das mulheres com DSF (n=264), apenas 18,2% referiram ter procurado esse tipo de ajuda.

**ABORDAGEM DA SEXUALIDADE PELO
MÉDICO DE FAMÍLIA**

O tema Sexualidade foi referido como abordado espontaneamente pelo Médico de Família por apenas 16,3% das mulheres sexualmente activas da amostra (58 mulheres).

Análise Bivariada

FACTORES ASSOCIADOS A DSF

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas quanto à prevalência de DSF por grupo etário, situação profissional e estado civil (Quadros VI e VII).

No que diz respeito ao factor escolaridade, a DSF parece ser significativamente mais prevalente nas mulheres com grau de escolaridade mais elevado (universitário) e naquelas com a escolaridade obrigatória (9º ano) (Quadro VI).

A nuliparidade esteve associada a uma maior prevalência de DSF, sendo que 84,8% destas mulheres apresentaram critérios de disfunção, enquanto apenas 65,7 e 71,2% das multiparas os evidenciaram (Quadro VII).

Não se verificaram, relativamente à

QUADRO VI

PREVALÊNCIA DE DSF POR GRUPO ETÁRIO, GRAU DE ESCOLARIDADE E SITUAÇÃO PROFISSIONAL

	DSF				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Grupos Etários					
18-25 anos	8	15,1	45	84,9	0,240
26-35 anos	20	23,0	67	77,0	
36-45 anos	23	30,7	52	69,3	
46-55 anos	28	30,4	64	69,6	
56-65 anos	13	26,5	36	73,5	
Escolaridade					
4º classe ou menos	28	28,0	72	72,0	0,024
6º ano de escolaridade	19	45,2	23	54,8	
9º ano de escolaridade	10	18,5	44	81,5	
12º ano de escolaridade	14	28,6	35	71,4	
Bacharelato/freq de Ensino Sup	9	18,8	39	81,3	
Licenciatura	12	19,0	51	81,0	
Situação Profissional					
Estudante	4	14,3	24	85,7	0,199
Desempregada	8	22,2	28	77,8	
Doméstica	16	39,9	25	61,0	
Activa	54	25,8	155	74,2	
Reformada	10	23,8	32	76,2	

fase ginecológica, ao tipo de método anticoncepcional usado e ao número de parceiros sexuais da mulher no último ano, diferenças estatisticamente significativas quanto à prevalência de DSF (Quadros VII e VIII).

Analisando as mulheres em menopausa, verificou-se que o factor realização de THS não demonstrou diferenças estatisticamente significativas relativamente à presença de DSF (Quadro VIII).

FACTORES ASSOCIADOS A SUBTIPOS DE DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Na análise bivariada da prevalência de cada tipo de disfunção por cada um dos factores atrás mencionados, verificaram-se algumas associações relevantes, que se passam a descrever:

- **Idade**

A perturbação de aversão sexual apre-

senta uma prevalência crescente com o aumento da idade (presente em 26,5% (n=13) das mulheres com mais de 55 anos, 21,3% (n=16) das mulheres entre 36 e 45 anos e em 8,0% (n=7) daquelas entre os 26 e 35 anos ($p=0,017$)); por outro lado, foi nas mulheres mais jovens (18-25 e 26-35 anos) que se encontrou maior prevalência de dispareunia (73,3% (n=39) e 66,7% (n=58), respectivamente). As menos afectadas foram as mulheres com idade entre os 46 e 55 anos (46,7%; n=43). Nas mulheres mais velhas, 55,1% (n=27) têm esta disfunção ($p=0,007$).

- **Estado Civil**

A prevalência da perturbação da excitação é superior nas mulheres separadas/divorciadas (25,0%); seguem-se-lhes as casadas ou em união de facto, com 16,2%, e as solteiras (5,9%)

QUADRO VII

PREVALÊNCIA DE DSF POR ESTADO CIVIL, PARIDADE E FASE GINECOLÓGICA

	DSF				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Estado Civil					
Solteira	11	16,2	57	83,8	0,054
Casada/União de Facto	74	27,3	197	72,7	
Divorciada/Separada	5	35,5	10	62,5	
Número de Filhos					
Nenhum	14	15,2	78	84,8	0,020
1 a 2 Filhos	66	28,8	163	71,2	
3 ou mais Filhos	12	34,3	23	65,7	
Fase Ginecológica					
Grávida	2	22,2	7	77,8	0,937
Amamentação	3	33,3	6	66,7	
Menopausa	25	26,9	68	73,1	
Nenhuma das anteriores	62	25,3	183	74,7	

($p=0,047$). Inversamente, a dispareunia tem maior expressão nas solteiras (72,1%), seguindo-se-lhes as casadas/em união de facto (55,7%). As separadas são as que têm dor com o coito menos frequentemente (37,5%) ($p=0,012$).

- **Número de Filhos**

Com o número crescente de filhos, parecem aumentar quer a perturbação do desejo hipoactivo (25,7% das multiparas, 16,6% das mulheres com 1 a 2 filhos e 7,6% das nulíparas) ($p=0,024$), quer a perturbação de aversão sexual (5,4%; 17,0% e 28,6%, respectivamente; $p=0,002$)

No que diz respeito à dispareunia, quanto menor o número de filhos, maior parece ser a sua prevalência (73,9%; 55,0% e 34,3%, respectivamente) ($p<0,001$).

- **Fase Ginecológica**

A perturbação da excitação parece ser, respectivamente, mais prevalente nas mulheres que se encontram em menopausa (26,9%) e grávidas (11,1%),

apresentando uma prevalência de 10,6% na restante população feminina ($p=0,001$).

Quanto menor a frequência de relações sexuais, mais prevalentes foram as perturbações do desejo (26,8%), de aversão (29,6%) e do orgasmo com coito (17,9%) ($p=0,012$; $p=0,001$; $p=0,003$, respectivamente).

DISCUSSÃO

O presente estudo é um dos primeiros em Portugal a ser realizado com o objectivo de determinar a prevalência de Disfunção Sexual Feminina tendo por base a população geral. Também é pioneiro na avaliação de factores que com ela possam estar relacionados, na introdução do critério «mal-estar e dificuldade interpessoal» para o diagnóstico e na determinação da proporção de Médicos de Família que aborda este tema na consulta.

Relativamente à definição de DSF, utilizou-se a descrita no Consenso de

QUADRO VIII

PREVALÊNCIA DE DSF POR TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL, THS NA MENOPAUSA E NÚMERO DE PARCEIROS

	DSF				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Método Anticoncepcional					
Nenhum	4	30,8	9	69,2	
Coito interrompido	3	30,0	7	70,0	
Anticonceptivo oral	32	23,9	102	76,1	
Preservativo	9	22,0	32	78,0	0,776
DIU	6	22,2	21	77,8	
Laqueação de Trompas	8	38,1	13	61,9	
Outro	3	37,5	5	62,5	
THS					
Não	17	24,3	53	75,7	0,325
Sim	8	34,8	15	65,2	
Número de Parceiros Sexuais					
Um	88	25,6	256	74,4	0,547
Dois	4	33,3	8	66,7	

Classificação e Definição de DSF de 1999 da Fundação Americana de Doenças Urológicas.⁷ Contudo, a não existência de um diagnóstico bem definido e universal de DSF (viés de classificação) nem de questionários validados (viés de medição) para a sua avaliação pode ter sido uma limitação deste estudo.

Apesar da amostra ter sido aleatória simples, pode ter havido um viés de selecção pelo facto de terem sido excluídas mulheres sem telefone actualizado e sem consulta programada para o período de colheita dos dados, analfabetas, mulheres que não compreendiam português e acamadas.

No entanto, pelo facto de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a amostra e a população, no que diz respeito à distribuição por classe etária e por escolaridade, aquela mostrou ser previsivelmente representativa da população do estudo.

O facto de a colheita da informação ter sido efectuada através de um questionário auto-administrado, anónimo e

entregue com envelope fechado, teve a vantagem de proporcionar uma informação o mais verdadeira possível. Apesar de tudo, a intimidade do tema pode ter levado a resultados enviesados.

A convocação e supervisão efectuadas por uma mesma pessoa e a compatibilização dos horários com o das respondentes, tanto para o contacto telefónico como para a resposta ao questionário, uniformizou as condições de resposta e teve uma óptima repercussão na taxa de resposta.

Foi obtida uma prevalência de DSF de 74,2%. Este valor está acima do que era esperado, uma vez que os estudos publicados demonstraram prevalências até 63%.^{15,16,19} No entanto, são de difícil comparação, uma vez que a metodologia utilizada foi diferente, bem como o tipo de questionário, que considera parâmetros diferentes para o diagnóstico de DSF. Para além disso, grande parte dos estudos apresenta amostras pequenas (dezenas a uma centena), o que pode enviesar os resultados.

A prevalência de DSF obtida no es-

tudo poderá estar sobrevalorizada, pelo facto de não ter sido perguntado às mulheres se o seu companheiro apresentava algum problema relativo à função sexual.

Analisando a maior parte dos estudos, a forma de colheita dos dados foi maioritariamente por entrevista o que pode, de certa forma, condicionar a resposta a perguntas de tão grande intimidade e, portanto, subestimar as queixas de disfunção sexual. Por outro lado, os estudos que se aproximaram desta elevada prevalência foram feitos em mulheres que frequentavam clínicas de ginecologia ou urologia, portanto, à partida não saudáveis,^{16,17} que podem não valorizar a DSF pela sua relatividade perante outras doenças, mais uma vez, subestimando a prevalência daquela.

É necessário, no entanto, ter em conta que o questionário usado neste estudo não foi validado, não permitindo verificar se efectivamente mede ou não a realidade.

É interessante verificar que, se não for obrigatório ao diagnóstico de DSF a «presença de mal-estar ou de dificuldades interpessoais», apenas 1,1% das mulheres sexualmente activas não apresentaram Disfunção, sendo a sua prevalência tão alta como 98,9%, demonstrando que é rara a mulher que não tenha queixas em algum parâmetro da função sexual, mesmo que seja pouco frequente.

No que diz respeito à prevalência de cada tipo de DSF, verifica-se mais uma vez que as prevalências dos subtipos, cuja presença de «mal-estar» é essencial ao diagnóstico, diferem grandemente, conforme este critério é ou não tido em conta. Estas diferenças são da ordem de mais de 30% a 60%.

Estes resultados parecem mostrar a importância da inclusão do critério «mal-estar» no diagnóstico de DSF, uma vez que demonstraram que a existência de alterações no âmbito da função sexual não implica que isso seja consi-

derado como um problema para a mulher e para a vivência da sua sexualidade.

A perturbação de dor (dispareunia) foi o tipo de disfunção mais prevalente, seguindo-se o vaginismo, as perturbações do desejo e de aversão, a perturbação da excitação e a perturbação do orgasmo com o coito. Os tipos menos prevalentes foram as perturbações não relacionadas com o coito. Estes resultados colocam a prevalência da perturbação do orgasmo abaixo da de alguns estudos^{7,17,22} que mostram prevalências da ordem dos 17,8% a 21,0%. Um estudo americano revelou uma prevalência mais próxima (15,4%).¹⁶ No entanto, estes estudos não tiveram em linha de conta o critério mal-estar.

O vaginismo mostrou-se muito prevalente, resultado que não é possível comparar, pois a sua avaliação não foi efectuada em nenhum dos estudos encontrados na pesquisa bibliográfica.

Para a elevada prevalência de DSF (74,2%), as prevalências de dispareunia e de vaginismo tiveram um grande peso, pois a primeira baixaria para 29,4% se estes tipos não fossem considerados.

Da avaliação da frequência da ocorrência de disfunção, pode inferir-se uma gradação em gravidade dos vários subtipos de disfunção. Pode também pôr-se em dúvida a sensibilidade à não negação das questões relativas à dor com o coito e ao vaginismo, isto é, estarem formuladas de modo a que as inquiridas respondam, na maioria das vezes, afirmativamente, mesmo que essa disfunção surja raramente na sua actividade sexual.

Apesar de uma prevalência tão elevada de DSF, a maioria das mulheres está satisfeita com a sua vida sexual global, o que vai de encontro à maioria dos estudos. Esta situação não é explicada pela importância que a mulher dá a uma vida sexual satisfatória, uma vez que menos de 7,0% dá pouca ou nenhuma importância a esta questão.⁹

Também de acordo com os estudos publicados, poucas serão as mulheres sexualmente activas e as mulheres com disfunção sexual que procuram ajuda para este tipo de problema. Foram encontradas prevalências (15,7% e 18,2%, respectivamente) menores ainda do que no estudo de Nazareth *et al*, publicado no BMJ.²¹

O Médico de Família só abordou o tema com 16,3% das mulheres sexualmente activas, uma situação que pode estar relacionada com a dificuldade de abordagem do tema sexualidade por parte dos profissionais.

No que diz respeito ao factor idade, a dispareunia mostrou estar significativamente relacionada com classes mais jovens, o que está de acordo com outros estudos.¹⁵ Já a perturbação de aversão sexual é mais comum nas mais velhas.

Contrariando a maioria dos estudos,^{4,20} o elevado grau de escolaridade esteve mais associado a DSF, resultado com significado estatístico. Contudo, falta apurar se existem nestes resultados factores de confundimento como a idade ou o estado civil. Pode também explicar-se pelo maior «stress» existente nessas classes de maior estatuto social, contribuindo para este resultado.

No estudo, quanto maior a paridade, menor foi a prevalência de DSF. No entanto, num estudo⁵ a multiparidade foi considerada também associada a Disfunção, ao contrário do que foi encontrado.

O pequeno número de grávidas e mulheres em amamentação na amostra não permitiu apurar resultados significativos relativamente à influência da fase ginecológica na prevalência de DSF. As diferenças relativamente ao número de parceiros sexuais na existência de DSF não puderam ser avaliadas, por ter apenas havido 12 mulheres sexualmente activas na amostra com dois parceiros no último ano, tendo as restantes 344 um só.

Os restantes factores analisados não mostraram interferir na prevalência de

DSF.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas para o tipo de método anticoncepcional utilizado (facto relacionado também com o pequeno número de mulheres fazendo uso de alguns deles), é interessante analisar que, na amostra, foram os anticoncepcionais mecânicos (preservativo e DIU) que maior tendência de associação a DSF mostraram, o que pode levantar a questão da interferência destes nas várias fases da função sexual feminina. A laqueação de trompas foi a que menos mostrou tendência de associação a DSF, o que levanta a hipótese do medo de uma gravidez indesejada poder ser um factor de maior insegurança e, por isso, maior propensão de disfunção.

Quanto menor a frequência de relações sexuais, mais comuns são as perturbações do desejo, da aversão e do orgasmo com o coito. Esta associação representa mais uma consequência do que um factor.

Embora existam estudos com resultados díspares, observa-se uma certa concordância das associações relativas a diversos parâmetros avaliados com as descritas em algumas das fontes consultadas na pesquisa bibliográfica. No entanto, não há estudos portugueses e a população do concelho de Matosinhos pode ter características diferentes da população portuguesa em geral. Assim, poderá não ser possível generalizar os resultados à população portuguesa.

DADOS SUBJECTIVOS

Apesar de não terem sido analisados objectiva e exaustivamente em todas as mulheres da amostra, a autora apercebeu-se, pela oportunidade única de, no final da recolha do questionário preenchido, ouvir os comentários ou queixas de algumas mulheres, que os antide-

pressivos e a menopausa cirúrgica parecem estar associados a maior prevalência de DSF.

A pergunta cuja resposta permitiria avaliar a presença ou não de critérios de perturbação de aversão pode ter sofrido vieses de difícil quantificação, uma vez que algumas mulheres evidenciavam discursos de submissão ao desejo do seu parceiro, pelo que eventuais comportamentos de evicção poderão ter sido sub-estimados.

CONCLUSÃO

Este é um estudo que pode ter vindo alertar para a elevada prevalência de DSF e para o facto de, pela rara participação do problema pelas mulheres e pela escassa abordagem deste tema pelos Médicos de Família, aquela poder estar subdiagnosticada.

É importante reflectir sobre as causas da não abordagem do tema tanto pelas mulheres como pelo seu Médico de Família, uma vez que é ele o profissional que está em melhor posição para detectar estas situações. Promover a inclusão da Saúde Sexual nos programas de formação em MGF poderá ser uma estratégia desejável para colmatar eventuais lacunas nesta área.

Interessantes linhas futuras de investigação poderão ser abertas pelo estudo de possíveis factores de confundimento e da força de associação dos factores que neste estudo se apresentaram como possivelmente associados a DSF, utilizando uma análise multivariada com regressão logística.

Seriam úteis mais estudos considerando para o diagnóstico de DSF a presença do critério de «mal-estar ou de dificuldades interpessoais» para subtipos que não de Dor ou Vaginismo.

Factores como a medicação, cirurgias prévias e função sexual do parceiro poderão ser fonte de mais informações em futuros estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cordeiro JCD. Manual da Psiquiatria Clínica. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2002. p. 157-183.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry - Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 8th ed. Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins; 1998. p. 676-700.
3. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: incidence, pathophysiology, evaluation and treatment options. *Urology* 1999 Sep; 54 (3): 385-391.
4. Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract* 2000 Mar; 49 (3): 229-32.
5. Pepe F, Panella M, Pepe G, D'Agosta S, Pepe P. Frequency of sexual dysfunction among Roman Catholic women. *Fam Pract* 1989 Mar; 6 (1): 16-8.
6. Schnarch DM. Constructing the sexual crucible: an integration of sexual and marital therapy. New York: W. W. Norton; 1991.p.1-28.
7. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications. *J Urol* 2000 Mar; 163 (3): 888-93.
8. Kaplan SA, Reis RB, Kohn IJ, Ikeguchi EF, Laor E, Ta AE, et al. Safety and efficacy of sildenafil in postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 1999 Mar; 53 (3): 481-6.
9. Kaplan D. Female sexual dysfunction: diagnosis and treatment in 2002. *Patient Care* 2002 Feb 28; 36 (4): 15-24.
10. Harvard Medical School. What is female sexual dysfunction?. *Harv Womens Health Watch* 2003 Jul; 10 (11): 1-3.
11. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª ed. Lisboa. Climepsi Editores ; 1996.p. 505-24.
12. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10 / ICD-10. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement : Critères diagnostiques

pour la recherche. Genève : Masson ; 1993. p. 108-123.

13. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10 / ICD-10. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostique. Genève : Masson ; 1992. p. 171-3.

14. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 1996. p. 524-36.

15. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999 Feb 10; 281 (6): 537-44.

16. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. J Sex Marital Ther 1993 Fall; 19 (3): 171-88.

17. Geiss IM, Umek WH, Dungal A, Sam C, Riss P, Hanzal EI. Prevalence of female sexual dysfunction in gynecologic and urogynecologic patients according to the International Consensus Classification. Urology 2003 Sep; 62 (3): 514-8.

18. Lemack GE, Zimmern PE. Sexual function after vaginal surgery for stress incontinence: results of a mailed questionnaire. Urology 2000 Aug 1; 56 (2): 223-7.

19. Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, Laan E, Smith MD, Boolell M. Development of a sexual function questionnaire for clinical trials of female sexual dysfunction. J Womens Health Gend Based Med 2002 Apr; 11 (3): 277-89.

20. Shahar E, Lederer J, Herz MJ. The use of a self-report questionnaire to assess the frequency of sexual dysfunction in family practice clinics. Fam Pract 1991 Sep; 8 (3): 206-12.

21. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. BMJ 2003 Aug 23; 327 (7412): 1-6.

22. 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 behaviour (BSSB). Int J Impot Res 2004 Apr; 16 (2): 160-6.

23. Taylor JF, Rosen RC, Leiblum SR. Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. Arch Sex Behav 1994 Dec; 23(6):627-43.

24. Merkatz RB. Female sexual dysfunction. J Womens Health Gend Based Med 2002 May; 11 (4): 331-3.

25. SPSS for Windows (programa de computador). Release 12.0.0, standard license. Chicago (IL): SPSS Inc. 2003.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer às mulheres que participaram neste estudo, que comigo partilharam informações muito pessoais, compreendendo a sua importância para a formação médica relativamente à saúde sexual.

Quero também agradecer às Direcções da ULS de Matosinhos e do Centro de Saúde da Senhora da Hora, sem as quais este estudo não teria sido possível.

Um agradecimento à Coordenação do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Norte pelo apoio, nunca demais, para a análise estatística.

Um agradecimento especial à minha irmã Liliana que pacientemente me ditou os dados para poderem ser processados.

Endereço para correspondência

Andreia Mónica Chaves Cerejo Ferreira
Solar do Corim, Rua dos Coriscos,
nº 60, 1º Esq.
4425-051 Águas Santas – Maia
Tlm: 963 273 119
E-mail: andreia8chaves@gmail.com

Recebido em 12.11.2005

Aceite para publicação em 18.12.2006

ABSTRACT

Introduction: Female Sexual Dysfunction (FSD) is multidimensional. Scarse attention has been given to FSD, due to the absence of well defined diagnostic criteria, universal classification or validated scales. Its prevalence is high (25% a 63%) and it is correlated with multiple factors, although only 11% to 30% seek for professional help, and 68% of women describe themselves as satisfied with their global sexual life. The Family Physician (FP) is a fundamental professional in the approach to this health problem, not well studied in Portugal.

Aim: To determine FSD and its subtypes' prevalence and frequency; to define related factors, the degree of global sexual satisfaction, the proportion of healthcare-seeking behaviour for FSD, and of FP approaching this subject in the consultation.

Material and methods: Cross-sectional analytic study. Anonymous and confidential self-administered questionnaire applied to a random sample of 421 women from the patient list of Senhora da Hora Health Center (Portugal). **Data analysis:** response rate, sample description, FSD and its Subtypes prevalence and correlated factors.

Results: A response rate of 99,7% was obtained. The prevalence of FSD was 74,2%. Dispareunia and vaginism were the most prevalent types of FSD. The degree of satisfaction with sexual life was high (85,9%); only 15,7% of women sought for healthcare support. Sexuality was reported as approached by FP by 16,3%. Associations between FSD / FSD Subtypes and socio-demographic/medical factors were found.

Discussion/Conclusion: FSD prevalence was superior to the one described in other studies. Some surprising associations, as high educational level and parity related to FSD, were found. Evaluating the strength of this associations and controlling eventual confounding variables could be useful. New studies, in different contexts, are needed to evaluate the impact of other factors, such as sexual partner's function.

Key-words: Sexual Dysfunction; Prevalence; Factors; Satisfaction; Female; Primary Care.

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Nº de identificação: _____

- P1)** Idade [_____] anos
- P2)** Escolaridade
- 1-[] sem ensino primário completo
 - 2-[] ensino primário completo
 - 3-[] 6º ano (antigo 2º ano)
 - 4-[] 9º ano (antigo 5º ano)
 - 5-[] 12º ano completo (antigo 7º ano)
 - 6-[] a frequentar ensino superior
 - 7-[] bacharelato
 - 8-[] ensino superior completo
- P3)** Estado Civil
- 1-[] solteira
 - 2-[] junta/união de facto
 - 3-[] casada
 - 4-[] viúva
 - 5-[] separada
 - 6-[] divorciada
- P4)** Situação Profissional
- 1-[] estudante
 - 2-[] desempregada
 - 3-[] doméstica
 - 4-[] empregada fora de casa a tempo parcial
 - 5-[] empregada fora de casa a tempo inteiro
 - 6-[] incapacidade por doença («baixa»)
 - 7-[] outra

- P5)** Número de filhos
- 1-[] nenhum
 2-[] 1 a 2 filhos
 3-[] 3 ou mais filhos
- P6)** Fase ginecológica
- 1-[] estou grávida
 2-[] estou a amamentar
 3-[] estou em menopausa
 4-[] nenhuma das situações anteriores
- P7)** Método Anticoncepcional
- 1-[] nenhum
 2-[] método do calendário
 3-[] método da temperatura
 4-[] coito interrompido
 5-[] anticonceptivo oral («pílula»)
 6-[] preservativo
 7-[] DIU (dispositivo intra-uterino)
 8-[] laqueação das trompas
 9-[] adesivo transdérmico (Evr[®])
 10-[] subcutâneo no braço (Implanon[®])
 11-[] outro _____
- P8)** Faz Terapêutica Hormonal de Substituição (THS)?
- 1-[] Sim
 0-[] Não
- P9)** Nos últimos 12 meses, teve pelo menos uma relação sexual?
- 1-[] Sim
 0-[] Não
- (se respondeu **0-Não**, o seu questionário terminou. Obrigada pela sua colaboração)
- P10)** Quantas vezes tem relações sexuais?
- 1-[] 3 ou mais vezes por semana
 2-[] 1 a 2 vezes por semana
 3-[] 1 a 3 vezes por mês
 4-[] menos de 1 vez por mês
- P11)** Durante os últimos 12 meses, quantos parceiros sexuais teve?
- 1-[] um parceiro
 2-[] 2 parceiros
 3-[] 3 a 5 parceiros
 4-[] 6 ou mais parceiros
- P12)** Nos momentos da sua actividade sexual, quantas vezes tem pensamentos, tem desejo ou está receptiva para a actividade sexual?
- 1-[] nunca tenho
 2-[] poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
 3-[] algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 4-[] muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
 5-[] quase sempre ou sempre
- P13)** Isso causa-lhe mal-estar ou dificuldades de relacionamento interpessoal?
- 0-[] Não
 1-[] Sim

- P14)** Nos momentos da sua actividade sexual, quantas vezes evita ter contacto sexual com o seu parceiro?
- 1-[] nunca evito
 - 2-[] poucas vezes evito (muito menos de metade das vezes)
 - 3-[] algumas vezes evito (cerca de metade das vezes)
 - 4-[] muitas vezes evito (muito mais que metade das vezes)
 - 5-[] quase sempre ou sempre evito
- P15)** Isso causa-lhe mal-estar ou dificuldades de relacionamento interpessoal?
- 0-[] Não
 - 1-[] Sim
- P16)** Nos momentos da sua actividade sexual, quantas vezes é capaz de se sentir excitada (isto é, sentir lubrificação vaginal, pulsação vaginal, sensação de congestão vaginal)?
- 1-[] nunca
 - 2-[] poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
 - 3-[] algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 - 4-[] muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
 - 5-[] quase sempre ou sempre
- P17)** Isso causa-lhe mal-estar ou dificuldades de relacionamento interpessoal?
- 0-[] Não
 - 1-[] Sim
- P18)** Quantas vezes é capaz de ter um orgasmo (atingir o clímax) durante o coito (durante a penetração)?
- 1-[] nunca tenho
 - 2-[] poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
 - 3-[] algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 - 4-[] muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
 - 5-[] quase sempre ou sempre
- P19)** Isso causa-lhe mal-estar ou dificuldades de relacionamento interpessoal?
- 0-[] Não
 - 1-[] Sim
- P20)** Quantas vezes é capaz de ter um orgasmo com a estimulação feita por si ou pelo seu parceiro sem haver penetração?
- 1-[] nunca tenho
 - 2-[] poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
 - 3-[] algumas vezes (cerca de metade das vezes)
 - 4-[] muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
 - 5-[] quase sempre ou sempre
 - 6-[] não sei porque não me masturbo

- P21)** Isso causa-lhe mal-estar ou dificuldades relacionamento interpessoal?
0-[] Não
1-[] Sim
- P22)** Quantas vezes sente dor durante o coito (durante a penetração)?
1-[] nunca sinto dor
2-[] poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
3-[] algumas vezes (cerca de metade das vezes)
4-[] muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
5-[] quase sempre ou sempre sinto dor
- P23)** Quantas vezes sente contracção ou espasmo da vagina que impedem a penetração?
1-[] nunca sinto
2-[] poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
3-[] algumas vezes (cerca de metade das vezes)
4-[] muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
5-[] quase sempre ou sempre sinto
- P24)** Quantas vezes sente dor vaginal durante a actividade sexual quando não há penetração?
1-[] nunca sinto dor
2-[] poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
3-[] algumas vezes (cerca de metade das vezes)
4-[] muitas vezes (muito mais que metade das vezes)
5-[] quase sempre ou sempre sinto dor
- P25)** Está satisfeita com a sua vida sexual global?
1-[] muito satisfeita
2-[] satisfeita
3-[] pouco satisfeita
4-[] muito insatisfeita
- P26)** É importante para si ter uma vida sexual satisfatória?
1-[] muito importante
2-[] importante
3-[] pouco importante
4-[] nada importante
5-[] é-me indiferente
- P27)** Alguma vez comunicou ou procurou ajuda profissional para problemas sexuais?
0-[] Não
1-[] Sim
- P28)** Alguma vez o seu Médico de Família abordou o tema sexualidade?
0-[] Não
1-[] Sim

**ANEXO 2 - DEFINIÇÃO DOS TIPOS DE DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA
(Fundação Americana de Doenças Urológicas)**

- **Perturbação do Desejo Hipoactivo:** ausência ou deficiência de desejo, pensamentos, fantasias ou receptividade sexuais, que causa acentuado mal-estar e dificuldade interpessoal;
- **Perturbação de Aversão Sexual:** evicção ou aversão de contacto sexual com o parceiro, que causa acentuado mal-estar e dificuldade interpessoal;
- **Perturbação da Excitação Sexual:** ausência ou deficiência em atingir ou manter uma adequada resposta de excitação sexual - lubrificação e entumescimento vaginal - que causa acentuado mal-estar e dificuldade interpessoal;
- **Perturbação do Orgasmo durante o Coito:** ausência de orgasmo ou clímax com a penetração, que causa acentuado mal-estar e dificuldade interpessoal;
- **Perturbação do Orgasmo durante a Masturbação:** ausência de orgasmo ou clímax com a estimulação vaginal sem coito, que causa acentuado mal-estar e dificuldade interpessoal;
- **Dispareunia:** dor genital associada ao coito;
- **Vaginismo:** espasmo involuntário dos músculos da vagina que impede a penetração;
- **Perturbação de Dor não relacionada com o coito:** dor genital não associada à penetração.