

Rita Amélio Coelho

Atitudes e Crenças dos utentes de Fisioterapia relativamente à Abordagem da Saúde Sexual

Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, Ramo de
Especialidade em Saúde da Mulher

Orientadora: Doutora Andreia Antunes, Professora Convidada, Licenciada em Fisioterapia, Título de Especialista em Fisioterapia, Doutoranda em Sexualidade Humana

Co-Orientadora: Doutora Maria de Fátima Sancho, Professora Coordenadora, Licenciada em Fisioterapia, Mestre em Fisioterapia Ramo Saúde da Mulher, Título de Especialista em Fisioterapia

Junho, 2023

Rita Amélio Coelho

Atitudes e Crenças dos utentes de Fisioterapia relativamente à Abordagem da Saúde Sexual

Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, Ramo de
Especialidade em Saúde da Mulher

Orientadora: Doutora Andreia Antunes

Co-Orientadora: Doutora Maria de Fátima Sancho

Júri:

Presidente: Professora Doutora Patrícia Duarte Almeida

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Fisioterapeuta

Arguente: Doutora Maria Manuela Gonçalves Sousa Peixoto

Investigadora do Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Psicóloga
Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde

Vogal: Doutora Andreia Antunes

Licenciada em Fisioterapia com o Título de Especialista em Fisioterapia e Doutoranda
em Sexualidade Humana

Setembro, 2023

Resumo

Introdução: A Saúde Sexual é uma parte essencial da saúde global e do bem-estar de cada indivíduo, podendo ser afetada por inúmeras condições clínicas. Os profissionais de saúde devem ser capazes de a abordar na sua prática clínica diária, apesar da evidência mostrar necessidades não correspondidas e perspetivas divergentes entre utentes e profissionais.

Objetivo: Caracterizar as atitudes e crenças dos utentes de Fisioterapia, em Portugal, relativamente à abordagem da saúde sexual pelo fisioterapeuta. **Metodologia:** Estudo observacional descritivo correlacional, que consistiu na construção e aplicação de um questionário de auto-preenchimento destinado aos utentes. **Resultados:** Foram recolhidas 276 respostas válidas. Verificou-se que a maioria dos utentes considera que o fisioterapeuta deve abordar a saúde no global (87%) e compreende que esta pode afetar a sua saúde sexual (85,9%). 67,8% refere questionar o seu fisioterapeuta acerca do tema, enquanto apenas 48,2% refere ser abordado pelo profissional. Foram identificados fatores sociodemográficos que favorecem a abordagem da saúde sexual, nomeadamente, o género feminino, os utentes casados ou em união de facto, a escolaridade elevada, a intervenção em espaço privado e a área da saúde pélvica. **Conclusão:** De uma forma geral, os utentes de Fisioterapia em Portugal dão importância à sua saúde sexual e estão interessados e disponíveis para a abordar com o fisioterapeuta. Assim, torna-se essencial a capacitação dos profissionais e a inclusão da saúde sexual na formação base dos fisioterapeutas.

Palavras-chave: Saúde Sexual, Utesntes, Fisioterapia, Crenças, Atitudes.

Abstract

Background: Sexual Health is essential to every individual's overall health and well-being and can be affected by numerous medical conditions. Health care professionals should be able to address it in their daily practice, despite the evidence showing unmet needs and different perspectives between patients and professionals. **Aim:** To characterize the attitudes and beliefs of physiotherapy patients, in Portugal, regarding the discussion of sexual health by the physical therapist. **Methods:** Correlational descriptive observational study, which included developing and applying a self-administered questionnaire for patients. **Results:** A total of 276 valid responses were collected. It was found that most patients consider that the physiotherapist should discuss health in general (87%) and acknowledge that it can affect their sexual health (85.9%). 67.8% report questioning their physiotherapist about the topic, while 48.2% report being approached by the professional. There were identified sociodemographic factors that favor the discussion of sexual health, such as, the female gender, patients who are married or in a relationship, high level of education, intervention in a private space and the area of pelvic health. **Conclusions:** In general, physical therapy patients in Portugal value their sexual health and are interested and available to discuss it with the physiotherapist. It is essential to train professionals and include sexual health in their basic training.

Keywords: Sexual Health, Patients, Physiotherapy, Beliefs, Attitudes.

Nota prévia:

1) O presente trabalho faz parte integrante de uma linha de pesquisa que envolve os projetos “Atitudes e Crenças dos estudantes de Fisioterapia do 4º ano relativamente à Abordagem da Saúde Sexual” e “Atitudes e Crenças dos Fisioterapeutas relativamente à Abordagem da Saúde Sexual”, das colegas Beatriz Rego e Sara Farinha, respetivamente.

Introdução

A Sexualidade é considerada um aspeto central do ser humano, englobando fatores como o sexo, a identidade e papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução (WHO, 2010). Esta é influenciada por todos os domínios da vida do indivíduo e é experienciada através de aspetos como as suas crenças, atitudes, comportamentos, valores, desejos, relacionamentos, entre outros (WHO, 2010).

Desta forma, a Organização Mundial de Saúde define Saúde Sexual como o estado de bem-estar físico, emocional e social relativamente à sexualidade (WHO, 2010). Esta pressupõe uma abordagem positiva da sexualidade e das relações sexuais, bem como a garantia de que as experiências relacionadas com a sexualidade sejam positivas, seguras e livres de discriminação e violência (WHO, 2010).

Com isto, sabemos atualmente que existem diversas patologias ou condições clínicas que afetam diretamente a saúde sexual dos indivíduos – entre elas a diabetes, doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, condições neurológicas, entre outras (Kelder, Sneijder, Klarenbeek, & Laan, 2022; Zhang, Sherman, & Foster, 2020). Sabemos, por exemplo, que a doença oncológica e as terapêuticas que lhes estão associadas, levam muitas vezes a alterações fisiológicas que resultam em condições como disfunção erétil, secura vaginal ou diminuição do desejo ou satisfação sexual (Chapman *et al.*, 2019; Leonardi-Warren *et al.*, 2016). Além destes, também a vivência da sexualidade pode ser indiretamente afetada pela medicação ou em consequência da condição clínica do indivíduo, por exemplo, através de alterações na imagem corporal, diminuição da autoestima, *stress*, cansaço ou por sentimentos de vergonha ou frustração (Areskoug-Josefsson & Gard, 2015; Chapman *et al.*, 2019; Leonardi-Warren *et al.*, 2016). Neste caso, podemos utilizar o exemplo da osteoartrite ou da consequente colocação de uma prótese total da anca, que por trazerem limitações a nível de mobilidade, força muscular e desconforto/dor, podem afetar a capacidade do indivíduo para a relação sexual e assim potencialmente interferir com a sua saúde sexual e ter impacto na sua qualidade de vida no geral (Nilsing Strid *et al.*, 2020; Perez *et al.*, 2021; Zhang *et al.*, 2020). É ainda importante salientar momentos específicos do ciclo de vida, sem patologia definida, mas nos quais a saúde sexual pode estar alterada e necessitar de particular atenção – como é o caso da gravidez e do envelhecimento (Ezhova *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020).

Cabe então aos profissionais de saúde que acompanham o utente, a responsabilidade de avaliar e abordar o domínio da sexualidade e saúde sexual – mesmo em condições clínicas que, à partida, não estariam diretamente relacionadas com este tópico (Areskoug-Josefsson

& Gard, 2015; Zhang *et al.*, 2020). Desta forma, e como profissional de saúde em contacto direto com o utente, também o fisioterapeuta deve possuir as competências necessárias para abordar o tema e tomar as medidas adequadas, inclusive referenciar ao profissional indicado, caso não tenha capacidade para intervir ou esteja fora da sua área de atuação (Areskoug-Josefsson & Gard, 2015). Na prática, através dos estudos existentes na área, percebe-se que na maioria dos casos, os profissionais de saúde não abordam questões relacionadas com a saúde sexual, apesar de considerarem importante fazê-lo (Areskoug-Josefsson & Gard, 2015). Estes referem como principais barreiras a falta de tempo ou privacidade, o baixo nível de conhecimento na área, o desconforto em abordar o tema ou a invasão da privacidade do utente – acabando muitas vezes por discutir a saúde sexual apenas se o paciente mostrar interesse e for ele a introduzir o tema (Areskoug-Josefsson & Gard, 2015; Zhang *et al.*, 2020).

Torna-se então extremamente importante perceber se as atitudes dos fisioterapeutas estão de acordo com as necessidades dos utentes relativamente à sua saúde sexual, sendo que, até à data, a maioria dos estudos reporta necessidades não atendidas por parte dos utentes e perspetivas contrárias entre utentes e profissionais de saúde (Leonardi-Warren *et al.*, 2016; Zhang *et al.*, 2020). Num estudo qualitativo de vinte utentes com osteoartrite da anca ou joelho, verificou-se que a grande maioria apresentava limitações na sua vida sexual em consequência da patologia, reportando pensamentos negativos em relação ao assunto, medo da dor e evitamento de atividades sexuais (Nilsing Strid *et al.*, 2020). Todos eles referem nunca ter sido abordados por profissionais de saúde relativamente à sua saúde sexual, apesar de sentirem essa necessidade e de terem a expectativa ou o desejo de que fosse o profissional a introduzir o tema (Nilsing Strid *et al.*, 2020). Verificaram-se opiniões dispares em relação a se o fisioterapeuta seria o profissional indicado e se teria qualificações para discutir o tema, apesar de muitos considerarem que ajuda profissional teria sido útil na gestão da sua condição – verificando-se resultados semelhantes no estudo de Ferrari *et al.* (2020), referente à dor lombar crónica (Nilsing Strid *et al.*, 2020).

Por outro lado, também dois estudos referentes à abordagem da saúde sexual em pacientes oncológicos mostram resultados semelhantes – verificando-se uma grande importância em relação à sexualidade para a sua qualidade de vida e sendo reportados recursos insuficientes e baixa inclusão dos parceiros (Leonardi-Warren *et al.*, 2016). A maioria dos participantes referiu sentir-se confortável em discutir a sua saúde sexual com os profissionais, estando à espera de que estes abordassem o tema e considerando que o deviam fazer regularmente (Chapman *et al.*, 2019; Leonardi-Warren *et al.*, 2016).

A nível global, as barreiras referidas pelos pacientes estão relacionadas com falta de tempo, a existência de temas considerados mais importantes, o receio em causar desconforto ao profissional e a dúvida relativamente às suas competências, os receios relativamente à

confidencialidade/discriminação e a discordância entre os géneros e idades dos utentes e profissionais de saúde (Zhang *et al.*, 2020). Com tudo isto, percebe-se então que os profissionais de saúde, entre eles fisioterapeutas, raramente abordam as questões ligadas à saúde sexual e que, na maior parte das vezes, os utentes sentem-se confortáveis com o tema e referem necessidade de que seja abordado.

Assim, a relevância deste estudo prende-se com o facto de, em Portugal, não existirem atualmente dados referentes à abordagem da saúde sexual em Fisioterapia, quer em relação à perspetiva dos utentes, ou à perspetiva dos fisioterapeutas ou estudantes de Fisioterapia. O objetivo principal deste estudo é então caracterizar as atitudes e crenças dos utentes de Fisioterapia, em Portugal, relativamente à integração da saúde sexual na abordagem do fisioterapeuta.

Metodologia

Este é um estudo observacional descritivo correlacional, cujo desenho consiste na construção e aplicação de um questionário para caracterização das atitudes e crenças dos utentes relativamente à abordagem da saúde sexual em fisioterapia.

A sua execução decorreu em duas fases – uma primeira, que consistiu na construção e validação de um questionário de autopreenchimento, por não existir nenhum instrumento de medida adequado para estudar as variáveis definidas; e uma segunda fase, na qual foi aplicado o referido instrumento, no seu formato físico, bem como online. Uma versão mais detalhada da secção “metodologia” pode ser consultada no dossier complementar.

Amostra

A população alvo do estudo foram pessoas que realizaram fisioterapia nos últimos dois anos, em Portugal, com idade igual ou superior a 18 anos, que aceitaram participar no estudo e concordaram com o consentimento informado. Foram definidos os seguintes critérios de exclusão: pessoas que não sabiam ler e escrever na língua portuguesa e pessoas com alterações cognitivas; tendo ainda sido excluídos questionários que não estavam totalmente preenchidos ou que continham respostas inválidas.

A amostra foi selecionada por conveniência e obtida através da divulgação do questionário, no seu formato físico e *online*, através de redes sociais e do contacto com fisioterapeutas, profissionais de saúde e espaços como clínicas e associações, que disponibilizaram o questionário aos seus utentes. O tamanho da amostra teórica foi verificado em função do nível e do intervalo de confiança, tendo-se percebido que o seu tamanho mínimo era de 188, para um erro de amostragem de 6% e um intervalo de confiança de 90%.

Variáveis em Estudo

As duas variáveis em estudo foram as atitudes (como se comportam/atuem) e as crenças (no que acreditam) dos utentes de fisioterapia. Além destas, as variáveis de caracterização da amostra foram a idade, género, estado civil, condição clínica, habilitações literárias dos participantes, bem como o local da intervenção e características do espaço.

Assim, tratando-se de um estudo observacional, e sem manipulação de variáveis, todas elas foram consideradas independentes.

Instrumento de Recolha de Dados

O instrumento utilizado foi um questionário construído especificamente para este estudo, em conjunto com a equipa de investigação, e o qual seguiu as normas da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA) para a construção de questionários. Este é constituído por duas partes, nomeadamente, uma parte inicial referente à recolha das características sociodemográficas dos participantes através de questões de resposta curta ou escolha múltipla; e uma segunda parte, que inclui questões referentes às suas atitudes e crenças na abordagem da saúde sexual em fisioterapia – a ser respondidas através de uma escala de *likert*. O questionário é de autopreenchimento, tem uma duração média de preenchimento de 10 minutos e foi aplicado em duas versões equivalentes (formato digital e papel). Em ambos os formatos, foi ainda incluída uma questão relativa ao consentimento para participação no estudo.

A sua construção foi motivada por não ter sido encontrado nenhum instrumento traduzido e validado para a população portuguesa que avalie as atitudes e crenças dos utentes relativamente a este tema.

Para tal, o processo de construção do questionário foi feito com recurso aos estudos e instrumentos de medida existentes acerca do tema pretendido. Estes foram recolhidos através de uma revisão de literatura com pesquisa por palavras-chave nas bases de dados *PubMed*, *PEdro* e *B-On*, tendo-se recolhido maioritariamente instrumentos de medida já validados, mas também questionários construídos para estudos e que pudessem ser de interesse para o presente projeto (Da Silva Dias & Sim-Sim, 2015; Gerbild, Larsen, Junge, Laursen, & Areskoug-Josefsson, 2021; J.-H. Kim, Kim, & Kang, 2010; S. Kim, Kang, & Kim, 2011; Leyva-Moral *et al.*, 2021; Wittkopf, Cardoso, & Sperandio, 2015). O passo seguinte foi levantar e comparar as características dos instrumentos, nomeadamente, as dimensões avaliadas, os critérios utilizados e as questões incluídas em cada um deles. Com isto, foi possível escolher as questões mais adequadas e adaptá-las às características da amostra e ao objetivo final do projeto, construindo assim um questionário com uma base estável de evidência científica.

Depois de construída e organizada a primeira versão do questionário, esta foi analisada e aprovada pelos orientadores. Seguiu-se a validação do conteúdo através da apresentação do questionário a um painel de peritos, constituído por *experts* de várias áreas relevantes para o estudo, nomeadamente, fisioterapia (especialidade de Saúde da Mulher/Saúde Pélvica), medicina (especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, Fisiatria e Medicina Geral e Familiar), psicologia/sexologia, sociologia e representantes da população de utentes. Com isto, o processo de validação passou por três rondas até se chegar a uma versão de consenso do questionário.

Em seguida, foi realizado um pré-teste, no qual o questionário obtido através do painel *Delphi* foi aplicado a uma pequena amostra de utentes – representantes da população que se pretende estudar – de forma a verificar se existia ainda alguma alteração a ser realizada a nível de conteúdo. Este foi realizado em dois formatos (*online* e papel) e constituído por 15 utentes, de géneros e faixas etárias variadas, representantes de quatro contextos clínicos (clínica, hospital, domicílio e clube desportivo) e com patologias de diversas áreas (Fisioterapia Pélvica, Músculo-Esquelética, Dermatofuncional, entre outras).

Após a análise das respostas do teste de compreensão, chegou-se à versão final do questionário – disponível no Apêndice I. De referir ainda que o processo de construção e validação foi realizado em conjunto com dois outros projetos, com recurso ao mesmo painel *Delphi*, e de forma a obter questionários que avaliassem os mesmos aspetos em populações distintas, mas que fossem comparáveis entre si.

Procedimentos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da ESSA antes da sua aplicação à população.

Com isto, deu-se início à divulgação dos questionários, sendo que a recolha de dados decorreu de 14 de Janeiro a 25 de Fevereiro de 2023. No caso dos questionários *online*, procedeu-se à transcrição do mesmo para uma plataforma *online* adequada – *Microsoft Forms* – e à sua conseqüente divulgação via redes sociais (*Facebook* e *Instagram*) e *e-mail*. Já os questionários físicos foram impressos e distribuídos, de forma presencial ou por correio, a vários profissionais ou instituições em Portugal Continental. Os questionários preenchidos foram colocados em envelopes fechados e devolvidos, de modo a que apenas o investigador tivesse acesso aos dados do participante.

Por fim, todos os dados recolhidos foram agregados numa base de dados em formato *Excel*, para que, depois de excluídas quaisquer respostas inválidas, se procedesse à análise estatística dos mesmos.

Análise Estatística

A análise dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao *Microsoft Excel*, versão 16.72 e *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 28.0.1.0.

A estatística descritiva foi utilizada para fazer a caracterização sociodemográfica da amostra, através de uma análise de frequências – absolutas e relativas – para as variáveis qualitativas (nominais e ordinais); e média, desvio padrão, mínimo e máximo para a variável quantitativa “idade”. Nesta última, foram ainda definidas faixas etárias e feita uma análise de frequências das mesmas. Também nas questões referentes às atitudes e crenças dos utentes foi realizada uma análise de frequências aos seus itens.

De seguida, procedeu-se à análise inferencial, de forma a perceber eventuais associações entre as variáveis de caracterização recolhidas e as variáveis em estudo. Neste caso, para efeitos estatísticos, e apesar de não existir manipulação de variáveis, foi considerado que as atitudes e crenças são variáveis dependentes. Por esta razão, e visto que estas seguem uma escala qualitativa ordinal, foram utilizados testes não paramétricos.

Como tal, para relacionar escalas ordinais com várias categorias – como é o caso da idade e habilitações literárias dos utentes – com os itens referentes às atitudes e crenças, foi utilizado o coeficiente de correlação não paramétrico de *Spearman*. Aqui considerou-se que as correlações entre variáveis são baixas quando o coeficiente de correlação (R) é inferior a 0,4 e muito baixas quando este é inferior a 0,2. Além disso, no caso específico da idade, optou-se por fazer a análise com a idade exata e com a divisão em faixas etárias, tendo-se encontrado um maior número de variáveis significativas no último caso.

No caso das variáveis “género”, “estado civil” e “características do espaço”, foi utilizado o teste não paramétrico *Mann-Whitney* para comparação de dois grupos com os itens referentes às atitudes e crenças dos utentes. Enquanto na variável “condição clínica”, foi usado o teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, por existir necessidade de serem comparados três grupos distintos. Como complemento a este último, foi ainda utilizado o teste *Post-Hoc*, de forma a identificar os grupos com diferenças significativas entre eles.

Para todos os casos referidos anteriormente, foi considerado o nível de significância de 5%, com $p \leq 0,05$. No entanto, de forma a facilitar a interpretação dos resultados, nos testes *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* apenas foram apresentados os itens com nível de evidência muito significativo ($p \leq 0,01$) ou extremamente significativo ($p \leq 0,001$). Além disso, foram agregados os resultados da escala de *likert*, nomeadamente “concordo totalmente” com “concordo parcialmente” e “discordo totalmente” com “discordo parcialmente”. Os resultados integrais da análise estatística podem ser consultados no dossier complementar.

Resultados

A amostra foi constituída por 276 utentes, dos quais 188 responderam à versão *online* do questionário e 88 responderam à sua versão em papel. No total, foram recebidas 308 respostas, tendo sido excluídos 31 questionários por apresentarem respostas inválidas ou não estarem de acordo com os critérios de inclusão no estudo – dados que podem ser consultados na tabela abaixo (tabela 1).

Número de respostas	308
Versão <i>online</i>	206
Versão física	102
Número de respostas eliminadas	32
Versão <i>online</i>	18
Versão física	14
Número total de respostas válidas	276

Caracterização da Amostra

A tabela 2 apresenta os dados sociodemográficos da amostra. Nesta podemos observar que a grande maioria (86,6% - 239) dos utentes é do género feminino, enquanto apenas 13,4% (37) se identifica com o género masculino. Relativamente à idade, verificou-se uma média de 39,7 anos e um maior número de respostas nas faixas etárias mais baixas – com 18,1% (50) utentes entre os 18 e os 27 anos, 38% (105) na faixa dos 28 - 37 anos e 18,1% (50) com 38 - 47 anos. Já em relação ao estado civil, a maioria encontra-se casado/a (41,3% - 114) ou em união de facto (23,6% - 65), enquanto 27,5% (76) estão solteiros.

Verificou-se uma maior taxa de resposta por parte de utentes com graus académicos mais elevados, nomeadamente, 44,9% (124) com licenciatura e 31,2% (86) com mestrado. Na sua totalidade, 54% (149) realizou fisioterapia por condições clínicas associadas ao sistema musculoesquelético, enquanto 22,5% (62) fê-lo por condições associadas à gravidez e pós-parto e 10,5% (29) por disfunções pélvicas/sexuais.

Por último, relativamente às sessões de Fisioterapia, a grande maioria (79,7% - 220) decorreu em contexto de clínica, com 27,5% (76) das intervenções a decorrerem num espaço aberto e 65,9% (182) em sala privada.

Características	Frequência	%
Género		
Feminino	239	86,6
Masculino	37	13,4
Idade		
18 - 27 anos	50	18,1
28 - 37 anos	105	38,0

38 - 47 anos	50	18,1
48 - 57 anos	32	11,6
58 - 67 anos	19	6,9
68 - 77 anos	16	5,8
78 - 87 anos	4	1,4
	Média = 39,7	Dp = 14,49
	Mín = 18	Máx = 84
Estado Civil		
Solteiro/a	76	27,5
União de Facto	65	23,6
Casado/a	114	41,3
Divorciado/a ou Separado/a	14	5,1
Viúvo	7	2,5
Grau de Escolaridade		
Ensino Primário (1.º ciclo – 1.º ao 4.º ano)	2	0,7
Ensino Básico (2.º ciclo – 5.º ao 6.º ano)	1	0,4
Ensino Básico (3.º ciclo – 7.º ao 9.º ano)	4	1,4
Ensino Secundário (10.º ao 12.º ano)	41	14,9
Bacharelato	7	2,5
Licenciatura	124	44,9
Mestrado	86	31,2
Doutoramento	11	4,0
Condição Clínica		
Condições associadas à gravidez e pós-parto	62	22,5
Disfunções pélvicas/sexuais	29	10,5
Condições musculoesqueléticas	149	54,0
Condições neurológicas	12	4,3
Disfunções do sistema tegumentar	4	1,4
Condições oncológicas	12	4,3
Condições cardiorrespiratórias	3	1,1
Disfunções do sistema vestibular	1	0,4
Condições associadas à gravidez e pós-parto + ME	3	1,1
Condições musculoesqueléticas + Neurológicas	1	0,4
Local de Intervenção		
Clínica	220	79,7
Hospital - Ambulatório	20	7,2
Domicílio	3	1,1
Outros	6	2,2
Clínica + Hospital (ambulatório)	9	3,3
Clínica + Domicílio	11	4,0
Clínica + Outros	1	0,4
Hospital (ambulatório + internamento)	1	0,4
Hospital (ambulatório) + Domicílio	1	0,4
Clínica + Hospital (ambulatório) + Outros	2	0,7
Clínica + Hospital (internamento) + Domicílio	1	0,4
Clínica + Domicílio + Outros	1	0,4
Características do Espaço		
Espaço aberto	76	27,5
Sala privada	182	65,9
Ambos	18	6,5

A tabela 3 mostra os resultados da análise de frequências relativa às atitudes dos utentes no que toca à da abordagem da saúde sexual. Esta indica-nos que a grande maioria (67,8% - 187) refere questionar o seu fisioterapeuta acerca do tema, verificando-se opiniões mais divergentes quando falamos do oposto – com 48,2% (133) a referir ser questionado e 37,6% (104) dos utentes a referir não ser questionado acerca do assunto. Além disso, a

maioria dos utentes refere também sentir-se confortável em iniciar a conversa (67,8% - 187), bem como em continuar o tema abordado pelo fisioterapeuta (52,9% - 146).

De notar ainda que a grande maioria da amostra refere não sentir que a sua privacidade esteja a ser invadida ao discutir o tema da saúde sexual (76,9% - 212), não considerando o espaço (58,3% - 161) ou o tempo (54% - 149) como barreiras à abordagem do mesmo. A maioria dos utentes refere também mostrar (65,2% - 180) e sentir (72,1% - 199) abertura do profissional para falar sobre o tema, apesar de se verificarem opiniões divergentes acerca da referência a profissionais especializados.

Tabela 3 - Atitudes face à abordagem da Saúde Sexual

Atitudes	Concordo totalmente + parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente + totalmente
1. Quando/se sentir necessidade, falo com o/a meu/minha fisioterapeuta acerca da minha saúde sexual.	67,8% (187)	18,1% (50)	14,1% (39)
2. O/a meu/minha fisioterapeuta pergunta-me sobre a minha saúde sexual.	48,2% (133)	14,1% (39)	37,6% (104)
3. Sinto-me confortável em iniciar uma conversa sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	67,8% (187)	11,2% (31)	21% (58)
4. Sinto-me confortável em falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta, desde que seja ele/ela a abordar o tema.	52,9% (146)	21,0% (58)	26% (72)
5. Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta está a invadir a minha privacidade quando me pergunta acerca da minha saúde sexual.	11,6% (32)	11,6% (32)	76,9% (212)
6. Considero não existir privacidade (em termos de espaço/proximidade com outras pessoas) para falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	27,9% (77)	13,8% (38)	58,3% (161)
7. Considero não existir tempo suficiente para falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	27,1% (75)	18,8% (52)	54% (149)
8. Sinto que tenho oportunidade (abertura) para falar com o/a meu/minha fisioterapeuta sobre a minha saúde sexual.	72,1% (199)	12,0% (33)	15,9% (44)
9. Dou oportunidade (abertura) ao meu/minha fisioterapeuta para falar sobre a minha saúde sexual.	65,2% (180)	23,2% (64)	11,6% (32)
10. Quando necessário, o/a meu/minha fisioterapeuta já me enviou/referenciou a profissionais especializados em saúde sexual.	25,8% (71)	42,0% (116)	32,3% (89)

Na tabela 4 são analisadas as frequências dos itens referentes às crenças. Aqui verificamos que a maioria dos utentes considera que a abordagem da saúde sexual deve fazer parte da prática do fisioterapeuta (60,5% - 167), apesar de não estarem à espera que isso aconteça (52,5% - 145). A maioria considera também que é dever do fisioterapeuta abordar a saúde sexual (51% - 141), apesar de grande parte considerar que existem temas mais importantes a ser discutidos (48,1% - 133).

Além disso, grande maioria dos utentes considera ainda que o fisioterapeuta deve abordar a saúde no global (87% - 240) e compreende que esta pode afetar a sua saúde sexual (85,9% - 237). Por fim, as opiniões são dispersas no que diz respeito ao conforto do

profissional na abordagem do tema, apesar da maior parte dos utentes considerar que os fisioterapeutas estão preparados para o fazer (54,7% - 151).

Tabela 4 - Crenças face à abordagem da Saúde Sexual

Crenças	Concordo totalmente + parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente + totalmente
11. Considero que deve fazer parte da prática comum dos/das fisioterapeutas perguntar aos/às seus/suas utentes sobre a sua saúde sexual.	60,5% (167)	23,9% (66)	15,6% (43)
12. Estou à espera que o/a meu/minha fisioterapeuta me pergunte sobre a minha saúde sexual.	20,7% (57)	26,8% (74)	52,5 % (145)
13. Considero que os/as fisioterapeutas não se sentem confortáveis em falar sobre saúde sexual com os/as seus/suas utentes.	31,9% (88)	36,2% (100)	31,8% (88)
14. Considero que existem outros temas mais importantes para falar com o/a meu/minha fisioterapeuta para além da saúde sexual.	48,1% (133)	29,7% (82)	22,1% (61)
15. Não considero ser dever do/da fisioterapeuta abordar a saúde sexual com os/as seus/suas utentes.	26,1% (72)	22,8% (63)	51,0% (141)
16. Considero que o/a fisioterapeuta deve abordar a saúde no global, incluindo a saúde sexual.	87,0% (240)	8,3% (23)	4,7% (13)
17. Compreendo que os meus problemas de saúde e os seus tratamentos podem afetar a minha saúde sexual.	85,9% (237)	8,0% (22)	6,1% (17)
18. Considero que os/as fisioterapeutas estão preparados e têm formação suficiente para falar sobre saúde sexual com os/as seus/suas utentes.	54,7% (151)	29,7% (82)	15,6 % (43)

Associação entre a Saúde Sexual e as Variáveis de Caracterização

As tabelas 5 e 6 mostram as atitudes e crenças que apresentam associações estatisticamente significativas com o género dos utentes. Através destas é possível perceber que, de uma forma geral, as mulheres se mostram mais abertas à abordagem da Saúde Sexual, quando comparadas ao sexo oposto.

A maioria das mulheres refere abordar o tema da saúde sexual (72,4%) e sentir-se confortável em iniciar a conversa (72,4%), enquanto apenas 38,8% dos utentes do sexo masculino o faz e 37,8% se sente confortável em fazê-lo. Além disso, a maioria das mulheres (52,7%) refere ser questionada pelo fisioterapeuta, enquanto apenas 18,9% dos homens são abordados pelos profissionais.

Relativamente à abertura para discussão, 77,4% das mulheres refere sentir ter oportunidade para tal, enquanto o mesmo só se verificam 37,8% dos homens. Já na abertura dada ao fisioterapeuta, 68,6% das mulheres refere mostrar disponibilidade, enquanto nos homens esta abertura é de 43,2% e outros 43,2% referem não ter uma opinião definida. Por fim, relativamente à referenciação, a maioria das mulheres (42,3%) não tem uma opinião definida sobre o assunto, enquanto 54% dos homens refere nunca ter sido referenciado para profissionais especializados.

Tabela 5 – Associação entre o género e as atitudes dos utentes

Atitudes		Concordo totalmente + parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente + totalmente	Mann-Whitney
Quando/se sentir necessidade, falo com o/a meu/minha fisioterapeuta acerca da minha saúde sexual.	Feminino (n=239)	72,4% (173)	15,5% (37)	12,1% (29)	U=2404,500 p < 0,001
	Masculino (n=37)	38,8% (14)	35,1% (13)	27,0% (10)	
O/a meu/minha fisioterapeuta pergunta-me sobre a minha saúde sexual.	Feminino (n=239)	52,7% (126)	11,7% (28)	35,6% (85)	U=3115,000 p = 0,002
	Masculino (n=37)	18,9% (7)	29,7% (11)	51,3% (19)	
Sinto-me confortável em iniciar uma conversa sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	Feminino (n=239)	72,4% (173)	9,6% (23)	18,0% (43)	U=2709,500 p < 0,001
	Masculino (n=37)	37,8% (14)	21,6% (8)	40,5% (15)	
Sinto que tenho oportunidade (abertura) para falar com o/a meu/minha fisioterapeuta sobre a minha saúde sexual.	Feminino (n=239)	77,4% (185)	7,9% (19)	14,7% (35)	U=2399,000 p < 0,001
	Masculino (n=37)	37,8% (14)	37,8% (14)	24,3% (9)	
Dou oportunidade (abertura) ao meu/minha fisioterapeuta para falar sobre a minha saúde sexual.	Feminino (n=239)	68,6% (164)	20,1% (48)	11,3% (27)	U=2924,500 p < 0,001
	Masculino (n=37)	43,2% (16)	43,2% (16)	13,5% (5)	
Quando necessário, o/a meu/minha fisioterapeuta já me enviou/referenciou a profissionais especializados em saúde sexual.	Feminino (n=239)	28,8% (69)	42,3% (101)	28,8% (69)	U=2938,000 p < 0,001
	Masculino (n=37)	5,4% (2)	40,5% (15)	54,0% (20)	

Quando falamos das crenças dos utentes, 64,9% das mulheres considera que a abordagem da saúde sexual deve fazer parte da prática comum dos fisioterapeutas, enquanto os homens apresentam opiniões mais dispersas, com 32,4% a concordar e 29,7% a discordar com a afirmação. Ambos os géneros – 90,4% nas mulheres e 64,8% nos homens – consideram que os fisioterapeutas devem abordar a saúde no global, sendo que 54,4% do sexo feminino e apenas 29,7% do sexo masculino considera ser dever do fisioterapeuta abordar também a saúde sexual.

Tabela 6 – Associação entre o género e as crenças dos utentes

Crenças		Concordo totalmente + parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente + totalmente	Mann-Whitney
Considero que deve fazer parte da prática comum dos/das fisioterapeutas perguntar aos/às seus/suas utentes sobre a sua saúde sexual.	Feminino (n=239)	64,9% (155)	21,8% (52)	13,4% (32)	U=2693,000 p < 0,001
	Masculino (n=37)	32,4% (12)	37,8% (14)	29,7% (11)	
Não considero ser dever do/da fisioterapeuta abordar a saúde sexual com os/as seus/suas utentes.	Feminino (n=239)	24,7% (59)	20,9% (50)	54,4% (130)	U=3227,500 p = 0,007
	Masculino (n=37)	35,1% (13)	35,1% (13)	29,7% (11)	
Considero que o/a fisioterapeuta deve abordar a saúde no global, incluindo a saúde sexual.	Feminino (n=239)	90,4% (216)	5,4% (13)	4,2% (10)	U=3253,000 p = 0,002
	Masculino (n=37)	64,8% (24)	27,0% (10)	8,1% (3)	

No que diz respeito à idade (tabela 7), verificaram-se três associações estatisticamente significativas, apesar de apresentarem coeficientes de correlação reduzidos. Estas indicam que quanto maior a idade, maior o grau de conforto em abordar o tema e maior a perceção da falta de privacidade como uma barreira à discussão. Já em relação às crenças, verificou-se que quanto menor a idade, mais significativa a crença de que a saúde sexual pode ser afetada pela condição clínica e os seus tratamentos.

Tabela 7 – Associação entre a idade e as atitudes e crenças dos utentes

Atitudes e Crenças	Faixa Etária		
	Coeficiente de Correlação (R)	p	N
Sinto-me confortável em falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta, desde que seja ele/ela a abordar o tema.	- 0,125*	0,038	276
Considero não existir privacidade (em termos de espaço/proximidade com outras pessoas) para falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	- 0,119*	0,049	276
Compreendo que os meus problemas de saúde e os seus tratamentos podem afetar a minha saúde sexual.	0,129*	0,033	276

*Significativo para $p \leq 0,05$
Escala de Likert: 1 - Concordo totalmente, 2 - Concordo parcialmente, 3 - Não concordo nem discordo, 4 - Discordo parcialmente, 5 - Discordo totalmente

As associações significativas entre o estado civil e as atitudes e crenças dos utentes estão apresentadas nas tabelas 8 e 9. Nesta variável, de forma a facilitar a interpretação dos dados, optou-se por agregar as categorias “União de Facto” e “Casado/a” e por não se fazer associações entre as categorias com número reduzido de sujeitos.

De referir ainda que, muitas vezes, ambos os grupos têm opiniões semelhantes, variando apenas no grau de concordância ou discordância com a afirmação. Apesar disto, de uma forma geral, o grupo de utentes casados ou em união de facto parecem concordar mais fortemente com a abordagem da Saúde Sexual em Fisioterapia.

Isto verifica-se na abordagem do tema com o fisioterapeuta e no grau de conforto em fazê-lo, nos quais os utentes casados ou em união de facto apresentam frequências mais elevadas (72,1% e 73,2%) comparativamente aos solteiros (55,3% e 52,6%). Por outro lado, os dois grupos discordam relativamente à abordagem por parte do fisioterapeuta – com a maioria dos casados/em união de facto (54,8%) a referir ser questionado pelo profissional, enquanto maioria dos solteiros (59,2%) refere não o ser.

Ambos os grupos estão em concordância ao referir que a privacidade não é uma barreira à discussão do tema, apesar dos utentes casados ou em união de facto voltarem a apresentar frequências mais significativas, com percentagens de 64,3% vs. 46,1%. O mesmo se verifica na abertura para discussão, na qual ambos referem sentir e dar oportunidade para tal – com percentagens de 75,4% e 68,1% nos casados ou em união de facto e 60,5% e 53,9%

nos solteiros.

Tabela 8 – Associação entre o estado civil e as atitudes dos utentes

Atitudes		Concordo totalmente + parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente + totalmente	Mann-Whitney
Quando/se sentir necessidade, falo com o/a meu/minha fisioterapeuta acerca da minha saúde sexual.	Solteiro/a (n=76)	55,3% (42)	22,4% (17)	22,4% (17)	U=5225,500 p = 0,001
	União de Facto/Casado (n=179)	72,1% (129)	16,8% (30)	11,2% (20)	
O/a meu/minha fisioterapeuta pergunta-me sobre a minha saúde sexual.	Solteiro/a (n=76)	31,6% (24)	9,2% (7)	59,2% (45)	U=4690,500 p < 0,001
	União de Facto/Casado (n=179)	54,8% (98)	15,6% (28)	29,6% (53)	
Sinto-me confortável em iniciar uma conversa sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	Solteiro/a (n=76)	52,6% (40)	11,8% (9)	35,5% (27)	U=5335,500 p = 0,004
	União de Facto/Casado (n=179)	73,2% (131)	11,2% (20)	15,7% (28)	
Considero não existir privacidade (em termos de espaço/proximidade com outras pessoas) para falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	Solteiro/a (n=76)	32,9% (25)	21,1% (16)	46,1% (35)	U=5366,500 p = 0,005
	União de Facto/Casado (n=179)	25,7% (46)	10,1% (18)	64,3% (115)	
Sinto que tenho oportunidade (abertura) para falar com o/a meu/minha fisioterapeuta sobre a minha saúde sexual.	Solteiro/a (n=76)	60,5% (46)	10,5% (8)	29,0% (22)	U=5038,000 p < 0,001
	União de Facto/Casado (n=179)	75,4% (135)	12,8% (23)	11,7% (21)	
Dou oportunidade (abertura) ao meu/minha fisioterapeuta para falar sobre a minha saúde sexual.	Solteiro/a (n=76)	53,9% (41)	27,6% (21)	18,4% (14)	U=5190,000 p = 0,002
	União de Facto/Casado (n=179)	68,1% (122)	22,3% (40)	9,5% (17)	

Relativamente às crenças, a maior parte dos utentes casados/em união de facto não tem uma opinião definida (39,1%) ou considera que os profissionais se sentem confortáveis em abordar o tema (36,4%), enquanto os solteiros não têm opinião definida (30,3%) ou referem não existir conforto para discussão (44,8%).

Tabela 9 – Associação entre o estado civil e as crenças dos utentes

Crenças		Concordo totalmente + parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente + totalmente	Mann-Whitney
Considero que os/as fisioterapeutas não se sentem confortáveis em falar sobre saúde sexual com os/as seus/suas utentes.	Solteiro/a (n=76)	44,8% (34)	30,3% (23)	25,0% (19)	U=5163,500 p = 0,002
	União de Facto/Casado (n=179)	24,5% (44)	39,1% (70)	36,4% (65)	

Relativamente à escolaridade (tabela 10), verificaram-se cinco itens com correlações estatisticamente significativas, embora com magnitude muito fraca, havendo a tendência para quanto maior a escolaridade, maior a referenciação e a abertura – dada e recebida – para abordagem do tema. Além disso, quanto maior a escolaridade, menor a crença de que o tempo é uma barreira à abordagem e maior o grau de compreensão de que a saúde sexual pode ser afetada por outros problemas de saúde.

Tabela 10 – Associação entre o grau de escolaridade e as atitudes e crenças dos utentes

Atitudes e Crenças	Escolaridade		
	Coeficiente de Correlação (R)	p	N
Considero não existir tempo suficiente para falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	0,128*	0,034	276
Sinto que tenho oportunidade (abertura) para falar com o/a meu/minha fisioterapeuta sobre a minha saúde sexual.	- 0,134*	0,026	276
Dou oportunidade (abertura) ao meu/minha fisioterapeuta para falar sobre a minha saúde sexual.	- 0,130*	0,031	276
Quando necessário, o/a meu/minha fisioterapeuta já me enviou/referenciou a profissionais especializados em saúde sexual.	- 0,175**	0,004	276
Compreendo que os meus problemas de saúde e os seus tratamentos podem afetar a minha saúde sexual.	- 0,132*	0,028	276

*Significativo para $p \leq 0,05$, ** significativo para $p \leq 0,01$
Escala de Likert: 1 - Concordo totalmente, 2 - Concordo parcialmente, 3 - Não concordo nem discordo, 4 - Discordo parcialmente, 5 - Discordo totalmente

As tabelas 11 e 12 mostram as associações significativas entre as atitudes e crenças dos utentes e a sua condição clínica. De forma a facilitar a análise dos resultados, foram agregadas as categorias “Condições associadas à gravidez e pós-parto” e “Disfunções pélvicas/sexuais”, bem como criada a categoria “Outras” para juntar todos os grupos com reduzido número de sujeitos. Neste caso, e de forma a complementar o teste *Kruskal-Wallis*, foi também utilizado o teste *Post-Hoc*, que permitiu identificar os grupos com diferenças estatisticamente significativas entre eles e cujos resultados podem ser consultados no dossier complementar.

Através da sua análise, e de uma forma geral, verificou-se que o grupo composto por utentes com condições associadas à gravidez e pós-parto ou disfunções pélvicas, dá mais importância à saúde sexual e se mostra mais disponível para a sua abordagem no contexto da Fisioterapia, quando comparado aos restantes grupos.

Tabela 11 – Associação entre a condição clínica e as atitudes dos utentes

Atitudes		Concordo totalmente + parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente + totalmente	Kruskal-Wallis	Post-Hoc
Quando/se sentir necessidade, falo com o/a meu/minha fisioterapeuta acerca da minha saúde sexual.	G1 (n=91)	94,5% (86)	3,3% (3)	2,2% (2)	H=62,029 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p<0,001) G1 ≠ G3 (p<0,001)
	G2 (n=149)	51,7% (77)	26,8% (40)	21,5% (32)		
	G3 (n=36)	66,7% (24)	19,4% (7)	13,9% (5)		
O/a meu/minha fisioterapeuta pergunta-me sobre a minha saúde sexual.	G1 (n=91)	89,0% (81)	4,4% (4)	6,6% (6)	H=106,312 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p=0,000) G1 ≠ G3 (p<0,001) G2 ≠ G3 (p=0,003)
	G2 (n=149)	22,2% (33)	20,1% (30)	57,7% (86)		
	G3 (n=36)	52,8% (19)	13,9% (5)	33,4% (12)		
Sinto-me confortável em iniciar uma conversa sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	G1 (n=91)	91,2% (83)	4,4% (4)	4,4% (4)	H=42,992 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p<0,001) G1 ≠ G3 (p=0,006)
	G2 (n=149)	53,7% (80)	15,4% (23)	30,8% (46)		
	G3 (n=36)	66,6% (24)	11,1% (4)	22,2% (8)		
Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta está a invadir a minha privacidade quando me pergunta acerca da minha saúde sexual.	G1 (n=91)	1,1% (1)	3,3% (3)	95,6% (87)	H=41,211 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p<0,001) G2 ≠ G3 (p=0,01)
	G2 (n=149)	19,5% (29)	15,4% (23)	65,1% (97)		
	G3 (n=36)	5,6% (2)	16,7% (6)	77,8% (28)		
Considero não existir privacidade (em termos de espaço/proximidade com outras pessoas) para falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	G1 (n=91)	4,4% (4)	6,6% (6)	89,0% (81)	H=72,645 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p=0,000) G2 ≠ G3 (p<0,001)
	G2 (n=149)	40,3% (60)	19,5% (29)	40,3% (60)		
	G3 (n=36)	36,1% (13)	8,3% (3)	55,5% (20)		
Considero não existir tempo suficiente para falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	G1 (n=91)	6,6% (6)	11,0% (10)	82,4% (75)	H=53,488 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p<0,001) G2 ≠ G3 (p<0,001)
	G2 (n=149)	38,3% (57)	24,8% (37)	36,9% (55)		
	G3 (n=36)	33,3% (12)	13,9% (5)	52,8% (19)		
Sinto que tenho oportunidade (abertura) para falar com o/a meu/minha fisioterapeuta sobre a minha saúde sexual.	G1 (n=91)	95,6% (87)	2,2% (2)	2,2% (2)	H=70,220 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p=0,000) G1 ≠ G3 (p<0,001)
	G2 (n=149)	58,4% (87)	18,8% (28)	22,8% (34)		
	G3 (n=36)	69,4% (25)	8,3% (3)	22,2% (8)		
Dou oportunidade (abertura) ao meu/minha fisioterapeuta para falar sobre a minha saúde sexual.	G1 (n=91)	95,6% (87)	4,4% (4)	0,0% (0)	H=76,205 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p=0,000) G1 ≠ G3 (p<0,001)
	G2 (n=149)	49,0% (73)	32,2% (48)	18,8% (28)		
	G3 (n=36)	55,6% (20)	33,3% (12)	11,2% (4)		
Quando necessário, o/a meu/minha fisioterapeuta já me enviou/referenciou a profissionais especializados em saúde sexual.	G1 (n=91)	40,7% (37)	50,5% (46)	8,8% (8)	H=39,815 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p<0,001) G1 ≠ G3 (p=0,007)
	G2 (n=149)	16,8% (25)	36,9% (55)	46,3% (69)		
	G3 (n=36)	25,0% (9)	41,7% (15)	33,4% (12)		

Legenda: G1 - Gravidez e Pós-Parto/Disfunções Pélvicas; G2 - Condições Músculo-Esqueléticas; G3 - Outras condições.

Não foram feitas associações com o local de intervenção por não ser possível retirar conclusões fiáveis, dada a heterogeneidade no tamanho dos grupos.

Tabela 12 – Associação entre a condição clínica e as crenças dos utentes

Crenças		Concordo totalmente + parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente + totalmente	Kruskal-Wallis	Post-Hoc
Considero que deve fazer parte da prática comum dos/das fisioterapeutas perguntar aos/às seus/suas utentes sobre a sua saúde sexual.	G1 (n=91)	84,6% (77)	15,4% (14)	0,0% (0)	H=52,717 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p<0,001) G1 ≠ G3 (p=0,001)
	G2 (n=149)	47,0% (70)	27,5% (41)	25,6% (38)		
	G3 (n=36)	55,5% (20)	30,6% (11)	13,9% (5)		
Considero que os/as fisioterapeutas não se sentem confortáveis em falar sobre saúde sexual com os/as seus/suas utentes.	G1(n=91)	13,2% (12)	30,8% (28)	56,1% (51)	H=44,876 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p<0,001) G2 ≠ G3 (p<0,001)
	G2(n=149)	41,0% (61)	40,9% (61)	18,1% (27)		
	G3 (n=36)	41,6% (15)	30,6% (11)	27,7% (10)		
Considero que existem outros temas mais importantes para falar com o/a meu/minha fisioterapeuta para além da saúde sexual.	G1(n=91)	26,4% (24)	37,4% (34)	36,3% (33)	H=41,383 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p<0,001) G1 ≠ G3 (p=0,003)
	G2 (n=149)	63,1% (94)	26,2% (39)	10,8% (16)		
	G3 (n=36)	41,7% (15)	25,0% (9)	33,4% (12)		
Não considero ser dever do/da fisioterapeuta abordar a saúde sexual com os/as seus/suas utentes.	G1(n=91)	9,9% (9)	16,5% (15)	73,7% (67)	H=31,664 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p<0,001) G2 ≠ G3 (p=0,011)
	G2 (n=149)	34,2% (51)	28,2% (42)	37,6% (56)		
	G3 (n=36)	33,3% (12)	16,7% (6)	50,0% (18)		
Considero que o/a fisioterapeuta deve abordar a saúde no global, incluindo a saúde sexual.	G1(n=91)	92,3% (84)	5,5% (5)	2,2% (2)	H=13,201 p = 0,001	G1 ≠ G2 (p<0,001)
	G2 (n=149)	81,2% (121)	11,4% (17)	7,4% (11)		
	G3 (n=36)	97,3% (35)	2,8% (1)	0,0% (0)		
Compreendo que os meus problemas de saúde e os seus tratamentos podem afetar a minha saúde sexual.	G1(n=91)	90,1% (82)	5,5% (5)	4,4% (4)	H=11,395 p = 0,003	G1 ≠ G2 (p<0,001)
	G2 (n=149)	83,2% (124)	9,4% (14)	7,4% (11)		
	G3 (n=36)	86,1% (31)	8,3% (3)	5,6% (2)		
Considero que os/as fisioterapeutas estão preparados e têm formação suficiente para falar sobre saúde sexual com os/as seus/suas utentes.	G1(n=91)	75,9% (69)	13,2% (12)	11,0% (10)	H=27,558 p < 0,001	G1 ≠ G2 (p<0,001)
	G2 (n=149)	39,6% (59)	41,6% (62)	18,8% (28)		
	G3 (n=36)	63,9% (23)	22,2% (8)	13,9% (5)		

Legenda: G1 - Gravidez e Pós-Parto/Disfunções Pélvicas; G2 - Condições Músculo-Esqueléticas; G3 - Outras condições.

Por último, as tabelas 13 e 14 mostram as associações significativas entre as características dos espaços de intervenção e as atitudes e crenças dos utentes. De uma forma geral, percebeu-se que os utentes cuja intervenção foi feita em contexto de sala privada se mostram mais disponíveis para a abordagem da saúde sexual, em comparação com aqueles cujas intervenções foram realizadas em espaços abertos. Mesmo em relação à referenciação, na qual se verificam opiniões mais divergentes, se percebe que a percentagem é superior

quando falamos de uma abordagem em contexto de maior privacidade. Os dados são apresentados de forma detalhada na tabela abaixo.

Atitudes		Concordo totalmente + parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente + totalmente	Mann-Whitney
Quando/se sentir necessidade, falo com o/a meu/minha fisioterapeuta acerca da minha saúde sexual.	Espaço aberto (n=76)	40,8% (31)	34,2% (26)	25,0% (19)	U=3771,00 p < 0,001
	Sala privada (n=182)	78,0% (142)	12,1% (22)	9,9% (18)	
O/a meu/minha fisioterapeuta pergunta-me sobre a minha saúde sexual.	Espaço aberto (n=76)	23,7% (18)	22,4% (17)	53,9% (41)	U=4365,00 p < 0,001
	Sala privada (n=182)	58,2% (106)	9,9% (18)	31,9% (58)	
Sinto-me confortável em iniciar uma conversa sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	Espaço aberto (n=76)	48,7% (37)	14,5% (11)	36,8% (28)	U=4254,50 p < 0,001
	Sala privada (n=182)	75,8% (138)	9,9% (18)	14,2% (26)	
Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta está a invadir a minha privacidade quando me pergunta acerca da minha saúde sexual.	Espaço aberto (n=76)	18,4% (14)	17,1% (13)	64,5% (49)	U=5505,00 p = 0,003
	Sala privada (n=182)	8,8% (16)	9,9% (18)	81,3% (148)	
Considero não existir privacidade (em termos de espaço/proximidade com outras pessoas) para falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	Espaço aberto (n=76)	63,1% (48)	14,5% (11)	22,4% (17)	U=2225,00 p < 0,001
	Sala privada (n=182)	12,6% (23)	13,2% (24)	74,1% (135)	
Considero não existir tempo suficiente para falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.	Espaço aberto (n=76)	57,9% (44)	18,4% (14)	23,7% (18)	U=2782,00 p < 0,001
	Sala privada (n=182)	13,2% (24)	19,2% (35)	67,5% (123)	
Sinto que tenho oportunidade (abertura) para falar com o/a meu/minha fisioterapeuta sobre a minha saúde sexual.	Espaço aberto (n=76)	50,0% (28)	23,7% (18)	26,3% (20)	U=3883,00 p < 0,001
	Sala privada (n=182)	81,9% (149)	7,1% (13)	11,0% (20)	
Dou oportunidade (abertura) ao meu/minha fisioterapeuta para falar sobre a minha saúde sexual.	Espaço aberto (n=76)	44,8% (34)	38,2% (29)	17,1% (13)	U=4339,50 p < 0,001
	Sala privada (n=182)	74,1% (135)	16,5% (30)	9,3% (17)	
Quando necessário, o/a meu/minha fisioterapeuta já me enviou/referenciou a profissionais especializados em saúde sexual.	Espaço aberto (n=76)	13,2% (10)	44,7% (34)	42,1% (32)	U=5178,00 p < 0,001
	Sala privada (n=182)	31,9% (58)	40,1% (73)	28,0% (51)	

O mesmo se verifica com as crenças dos utentes – de um modo geral, as pessoas cuja intervenção foi feita em contexto de sala privada, apresentam uma melhor perceção acerca da sua saúde global e dão mais importância à abordagem da saúde sexual. Na tabela abaixo (tabela 14) são apresentados os resultados de forma discriminada.

Tabela 14 – Associação entre as características do espaço e as crenças dos utentes

Crenças		Concordo totalmente + parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente + totalmente	Mann-Whitney
Considero que deve fazer parte da prática comum dos/das fisioterapeutas perguntar aos/às seus/suas utentes sobre a sua saúde sexual.	Espaço aberto (n=76)	43,5% (33)	34,2% (26)	22,3% (17)	U=4995,50 0 p < 0,001
	Sala privada (n=182)	68,7% (125)	19,2% (35)	12,1% (22)	
Considero que os/as fisioterapeutas não se sentem confortáveis em falar sobre saúde sexual com os/as seus/suas utentes.	Espaço aberto (n=76)	40,8% (31)	40,8% (31)	18,5% (14)	U=4950,00 0 p < 0,001
	Sala privada (n=182)	27,4% (50)	32,4% (59)	40,1% (73)	
Considero que existem outros temas mais importantes para falar com o/a meu/minha fisioterapeuta para além da saúde sexual.	Espaço aberto (n=76)	63,2% (48)	25,0% (19)	11,8% (9)	U=4979,50 0 p < 0,001
	Sala privada (n=182)	42,9% (78)	31,3% (57)	25,8% (47)	
Não considero ser dever do/da fisioterapeuta abordar a saúde sexual com os/as seus/suas utentes.	Espaço aberto (n=76)	39,4% (30)	25,0% (19)	35,5% (27)	U=5139,00 0 p < 0,001
	Sala privada (n=182)	19,7% (36)	23,1% (42)	57,2% (104)	
Considero que o/a fisioterapeuta deve abordar a saúde no global, incluindo a saúde sexual.	Espaço aberto (n=76)	75,0% (57)	17,1% (13)	7,9% (6)	U=5468,50 0 p = 0,001
	Sala privada (n=182)	91,6% (167)	4,4% (8)	3,8% (7)	
Compreendo que os meus problemas de saúde e os seus tratamentos podem afetar a minha saúde sexual.	Espaço aberto (n=76)	91,6% (167)	13,2% (10)	9,2% (7)	U=5676,50 0 p = 0,005
	Sala privada (n=182)	89,0% (162)	6,0% (11)	4,9% (9)	
Considero que os/as fisioterapeutas estão preparados e têm formação suficiente para falar sobre saúde sexual com os/as seus/suas utentes.	Espaço aberto (n=76)	40,8% (31)	40,8% (31)	18,4% (14)	U=5541,00 0 p = 0,009
	Sala privada (n=182)	59,9% (109)	24,7% (45)	15,4% (28)	

Discussão

A Saúde Sexual é uma parte essencial da saúde global e do bem-estar de cada indivíduo (Ezhova *et al.*, 2020; Kelder *et al.*, 2022). São inúmeras as patologias ou condições clínicas que a podem afetar diretamente, pelo que se torna fundamental que os profissionais de saúde que acompanham o utente sejam capazes de a abordar como parte integrante do seu tratamento (Kelder *et al.*, 2022; Zhang *et al.*, 2020). Infelizmente, a evidência atual mostra necessidades não correspondidas por parte dos utentes, associadas a perspetivas divergentes entre utentes e profissionais de saúde no que diz respeito à importância e ao conforto na discussão do tema (Zhang *et al.*, 2020).

Grande parte da evidência encontrada foca-se nos profissionais de saúde como um grupo, avaliando de forma conjunta a atuação de profissionais como médicos, enfermeiros e

fisioterapeutas. Apesar disso, os estudos que abordam especificamente fisioterapeutas ou utentes de Fisioterapia continuam a mostrar que, de um modo geral, não é dada grande importância à saúde sexual nesta área (Areskoug-Josefsson & Gard, 2015). A nível nacional, parecem não existir dados acerca do tema, pelo que o presente estudo se centrou em caracterizar as atitudes e crenças dos utentes de Fisioterapia, em Portugal, relativamente à integração da saúde sexual na abordagem do fisioterapeuta.

Assim, e focando nas percentagens mais significativas do nosso estudo, verificou-se que a maioria dos participantes referiu questionar o seu fisioterapeuta em caso de necessidade (67,8%), apesar de apenas 48,2% referir ser questionados pelo profissional. Além disso, a maioria refere também sentir que tem (72,1%) e que mostra (65,2%) abertura para a introdução do tema. A evidência atual tem uma perspetiva mais negativa, ao mostrar que, de uma forma geral, a maioria dos utentes reporta nunca ter sido questionado pelo profissional ou ter recebido informação acerca das possíveis consequências da patologia e/ou medicação na sua função sexual (Helland, Dag, & Haugen, 2016; Nilsing Strid *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020). Não foram encontrados dados concretos acerca da frequência com que os utentes abordam os profissionais, mas a revisão de Zhang *et al.* (2020), relativa à abordagem da saúde sexual por profissionais de saúde nos Estados Unidos da América, refere que a maioria dos utentes prefere que seja o profissional a introduzir o tema – aspeto que, em conjunto com as características do profissional e a forma de abordagem, é bastante relevante e cujos dados seriam interessantes cruzar com os resultados do nosso estudo.

Apesar disso, verificou-se uma noção geral (85,9%) de que a saúde sexual pode ser afetada por outras condições clínicas e/ou pelos seus tratamentos; tal como já tinha sido comprovado por estudos que associam uma perceção de níveis mais baixos de função sexual a condições como dor lombar crónica, acidente vascular cerebral ou radioterapia pós-cancro ginecológico (Chapman *et al.*, 2019; Ferrari *et al.*, 2020; Low, Power, & McGrath, 2022; Stein, Hillinger, Clancy, & Bishop, 2013).

No que toca às barreiras à discussão – nomeadamente o conforto, o tempo e a privacidade – 67,8% dos utentes referiu estar confortável em discutir a sua saúde sexual com o fisioterapeuta, com 76,9% a não sentir que a sua privacidade estivesse a ser invadida com a abordagem do tema. Mais uma vez estes dados estão em concordância com Zhang *et al.* (2020), que indica que os utentes não se sentem desconfortáveis, envergonhados ou insultados por esta abordagem. Além disso, a maioria dos utentes do estudo não referiu a falta de privacidade (58,3%) ou de tempo (54,0%) como aspetos que impedissem a discussão do tema. Não foram encontrados dados concretos na literatura que nos permitissem fazer comparações diretas, no entanto, os resultados do nosso estudo parecem ser contraditórios aos estudos desenvolvidos anteriormente, nos quais a falta de privacidade e de tempo são

reportadas como duas das maiores barreiras à abordagem da saúde sexual (Dai, Cook, Yeganeh, Huang, & Ding, 2020; Zhang *et al.*, 2020). Esta discordância pode estar associada ao facto da maioria dos participantes do nosso estudo realizar fisioterapia em contexto de clínica e sala privada, que geralmente estão associadas a tratamentos mais individualizados, quando comparados a outros tipos de contextos clínicos. Além disso, também o facto de existir uma grande percentagem de utentes do foro uroginecológico – em que a abordagem da saúde sexual está mais implícita às condições referidas – pode contribuir para os resultados obtidos.

Ainda em relação à discussão da saúde sexual, 60,5% dos utentes consideraram que esta deve fazer parte da prática do fisioterapeuta, apesar de apenas 20,7% estar à espera de ser abordado sobre o tema. A evidência acerca deste aspeto é algo contraditória, com estudos a referir que os utentes estavam à espera de que o profissional introduzisse o tema, e outros a indicar precisamente o contrário (Helland *et al.*, 2016; Zhang *et al.*, 2020). Apesar disso, tendo em conta todo estigma e os sentimentos de vergonha e desconforto associados à discussão da sexualidade, torna-se expectável que os utentes não estejam à espera que este seja um tema a ser discutido numa sessão de fisioterapia, mesmo quando este é do seu interesse e/ou necessidade (Ezhova *et al.*, 2020).

Por fim, as opiniões foram divergentes relativamente ao grau de conforto e à referenciação, com resultados pouco claros, apesar de estatisticamente significativos. Mesmo em relação às capacidades do profissional, 54,7% dos utentes consideraram que os fisioterapeutas estão preparados para abordar a saúde sexual, 29,7% não têm uma opinião definida e 15,6% discordam da afirmação. Estas são também questões que trazem alguma discórdia na evidência encontrada, com Dai *et al.* (2020) referir que os utentes percecionavam desconforto por parte da equipa clínica e sentiam que a natureza multidimensional dos seus problemas sexuais se estendiam para além dos conhecimentos e da prática dos profissionais; mas, por outro lado, com 90% dos participantes no estudo de Ferrari *et al.* (2020) a identificar o fisioterapeuta como o profissional adequado para abordar este assunto e oferecer esclarecimentos, conselhos e suporte emocional. Olhando para todos estes dados, e independentemente do profissional ter ou não capacidade para abordar diretamente os problemas do utente, percebe-se que a discussão da saúde sexual é insuficiente e pouco clara, devendo caber ao profissional falar do assunto de forma aberta e sem rodeios, mesmo que a solução acabe por ser a referenciação a profissionais especializados (Areskoug-Josefsson & Gard, 2015).

Com tudo isto, uma análise mais detalhada dos dados permitiu-nos ainda encontrar associações estatisticamente significativas com as variáveis de caracterização. Começando pelo género, percebeu-se que as mulheres dão mais importância e se mostram mais disponíveis para a abordagem da saúde sexual, quando comparadas com o sexo oposto. A

evidência encontrada mostra resultados divergentes em relação a este tema, por exemplo, quando olhamos para a revisão de Ezhova *et al.* (2020), que inclui estudos que afirmam que as mulheres são mais propensas a procurar ajuda e que existem duas vezes mais mulheres a referir falar da sua saúde sexual; mas que ao mesmo tempo nos diz que, em países como os Estados Unidos da América ou em Inglaterra, os homens são mais propensos a abordar o tema. Apesar disso, este artigo indica também que, nos restantes países europeus, as mulheres são mais propensas a falar da sua saúde sexual com profissionais – o que vai de acordo com os nossos resultados (Ezhova *et al.*, 2020).

Relativamente à idade, o nosso estudo revelou que quanto menor a idade, menor a perceção da falta de privacidade como uma barreira à discussão ($R=-0,119$, $p=0,049$) e mais significativa a crença de que a saúde sexual pode ser afetada por outras patologias e/ou tratamentos ($R=0,129$, $p=0,033$). Apesar de não ter sido encontrada evidência que associasse diretamente estas variáveis, o estudo de Vermeer *et al.* (2015) refere que quanto menor a idade, mais fortes as intenções de procurar ajuda profissional; enquanto o estudo de Benedict, Fisher, Kumar, & Pollom (2022) relaciona uma idade mais baixa, a um maior grau de necessidades não correspondidas em relação aos profissionais – aspetos que podem estar relacionados com uma maior consciencialização acerca do tema e das implicações e consequências que este pode ter para o dia a dia.

Por outro lado, o nosso estudo mostrou ainda que quanto maior a idade, maior o grau de conforto dos utentes, desde que fosse o fisioterapeuta a introduzir o tema ($R=-0,125$, $p=0,038$). Este é um dado interessante que parece contrariar a tendência global de que as faixas etárias mais baixas estão mais conscientes e confortáveis em discutir a sua saúde sexual. Apesar disso, os estudos focados em pessoas mais velhas mostram que a maioria continua a ter interesse e a sentir necessidade em abordar o tema, apesar deles próprios verem a idade como uma barreira e de estarem conscientes do estigma associado à sexualidade em pessoas da sua faixa etária – aspetos que podem explicar o resultado do nosso estudo (Ezhova *et al.*, 2020; Nilsing Strid *et al.*, 2020). A revisão de Morton (2017), acerca da sexualidade em pessoas mais velhas, revela ainda que 97% dos participantes estaria disposto a falar dos seus problemas sexuais, caso o profissional questionasse – complementando os nossos resultados e mostrando-nos mais uma vez a importância do profissional de saúde abordar este tema, independentemente das características do utente.

Quando falamos do estado civil, percebemos que, de uma forma geral, os utentes casados ou em união de facto se mostram mais confortáveis (73,2% vs. 52,6%), têm mais iniciativa para a abordagem do tema (72,1% vs. 55,3%) e concordam mais fortemente com a sua integração no contexto da fisioterapia (64,2% vs. 50,0%). Estes achados vão de encontro de Dai *et al.* (2020) – que afirma ser dada menos importância à sexualidade por utentes

solteiros – e com McCallum, Lefebvre, Jolicoeur, Maheu, & Lebel (2012) – ao referir que as relações afetivas têm influência no desejo do utente de melhorar a sua saúde sexual e, por consequência, na procura de ajuda para o fazer.

Por outro lado, o estudo de Benedict *et al.* (2022) relata um maior grau de necessidades não correspondidas em utentes que se encontram numa relação – aspeto que, tal como na idade, pode estar associado ao facto deste tipo de utentes estar mais consciente acerca do tema e das suas necessidades.

Relativamente à educação, o nosso estudo mostrou que quanto maior o grau de escolaridade, maior parece ser a consciência e a importância dada à saúde sexual. Nomeadamente, quanto maior a escolaridade, maior a referenciação ($R=-0,175$, $p=0,004$) e a abertura – dada ($R=-0,130$, $p=0,031$) e recebida ($R=-0,134$, $p=0,026$) – para abordagem do tema. Além disso, quanto maior a escolaridade, maior a perceção de que o tempo não é uma barreira à abordagem ($R=0,128$, $p=0,034$) e a compreensão de que a saúde sexual pode ser afetada por outros problemas de saúde ($R=-0,132$, $p=0,028$). Apesar de não ter sido encontrada muita evidência, este parece ser um resultado lógico, apoiado por Chapman *et al.* (2019), ao mostrar que quanto mais avançado o grau de educação, mais forte a crença de que os profissionais devem questionar os seus utentes acerca da sua saúde sexual.

A condição clínica foi uma das variáveis com resultados mais significativos, na medida em que o grupo constituído por utentes com condições associadas à gravidez e pós-parto ou disfunções pélvicas se mostrou bastante mais disponível e a favor da abordagem da saúde sexual, em comparação com os utentes das áreas de músculo-esquelética e outras condições. Não foi encontrada evidência que analisasse as diferenças nas atitudes ou crenças entre utentes de várias áreas de intervenção, no entanto, a revisão feita por Zhang *et al.* (2020) refere que, de uma forma geral, os utentes viam a comunicação sobre saúde sexual como essencial à sua saúde global, independentemente da sua condição clínica.

Apesar disso, a evidência mostra também que existem áreas em que não é dada tanta importância a este aspeto, por exemplo, um dos estudos incluídos no artigo de Dai *et al.* (2020) acerca de mulheres com cancro da mama ou cancros ginecológicos, que refere que 46,2% sentem que existem assuntos mais importantes a discutir com os profissionais de saúde. Neste sentido, a oncologia foi uma das áreas incluídas na categoria “outras condições” do nosso estudo, e na qual os utentes demonstraram menos interesse na abordagem da saúde sexual, quando comparada com os utentes da área da saúde pélvica – com 41,2% a referir existirem temas mais relevantes, em comparação com 26,4% na área de saúde pélvica.

Por outro lado, e tal como referido por Areskoug-Josefsson & Gard (2015), a área das disfunções uroginecológicas é uma das poucas em que o fisioterapeuta tem uma atuação

direta na melhoria da saúde sexual – aspeto que, ao implicar inevitavelmente a discussão desta temática, possa explicar o maior grau de abertura e importância dada à saúde sexual que foi mostrado pelos participantes do nosso estudo.

Por fim, tal como seria expectável, os utentes cuja intervenção foi realizada num contexto de sala privada mostraram-se mais a favor da abordagem da saúde sexual, quando comparados aos utentes cuja intervenção se dava em espaços partilhados, como ginásios ou gabinetes divididos por cortinas ou biombos. Apesar de não terem sido encontrados dados concretos que nos permitam fazer uma comparação direta entre estudos, verifica-se que a falta de privacidade é uma das barreiras mais frequentemente referidas pelos utentes, o que pode explicar os resultados encontrados (Dai *et al.*, 2020; Dyer & Nair, 2013; Zhang *et al.*, 2020). Além disso, a alta taxa de consciencialização e abertura sobre o tema pode ainda ser associada ao facto de que os utentes cuja intervenção é feita em contexto de sala fechada, coincidir, em grande parte, com utentes da área da saúde pélvica, que, como visto anteriormente, se mostram também mais abertos para a discussão da sua saúde sexual.

Conclusões

Em suma, os resultados obtidos neste estudo demonstram que os utentes de fisioterapia em Portugal dão importância à sua saúde sexual e estão interessados e disponíveis para a abordar com o fisioterapeuta. Não foram referidos níveis significativos de desconforto, oposição ou invasão da privacidade; tendo sido clara a influência de alguns fatores sociodemográficos que favorecem a abordagem da saúde sexual, nomeadamente, o género feminino, os utentes casados ou em união de facto, a escolaridade elevada, a intervenção em espaço privado e a área da saúde pélvica.

De uma forma geral, as atitudes e crenças dos participantes revelaram-se bastante positivas quando comparadas à evidência existente na área – aspeto que pode ter sido influenciado pelas características da amostra, sendo esta uma população de utentes que parece apresentar um grau socioeconómico relativamente alto, com uma escolaridade elevada e intervenções a decorrer em contexto privado.

Apesar disso, foi cumprido o objetivo principal de caracterizar as atitudes e crenças dos utentes de fisioterapia em Portugal, relativamente à integração da saúde sexual na abordagem do fisioterapeuta. As conclusões retiradas deste estudo permitem-nos ter uma ideia das necessidades dos utentes relativamente a este tópico, mostrando-nos que estes estão muito mais disponíveis para o tema do que se pensava inicialmente e que, apesar dos resultados positivos, existem ainda algumas barreiras a ser tomadas em consideração,

especialmente no que diz respeito à privacidade dos espaços e ao grau de conforto/confiança demonstrado pelo profissional.

A existência de alguns dados contraditórios ou pouco claros, tanto dentro do nosso estudo, como em relação evidência disponível, faz-nos crer que a sexualidade e a saúde sexual continuam a ser abordadas de forma insuficiente ou pouco clara na área da saúde (Low et al., 2022). Torna-se então imperativo que os profissionais de saúde, inclusive os fisioterapeutas, estejam mais conscientes das necessidades dos seus utentes e que, mesmo não atuando diretamente em condições do foro obstétrico ou uroginecológico, sejam capazes de abordar os assuntos que são do interesse ou necessidade do utente. Percebe-se então a importância da inclusão de conteúdos relativos à saúde sexual na formação base dos fisioterapeutas, de forma a garantir que estes tenham a capacidade de abordar o tema com os seus utentes, de forma confiante e independentemente da sua área de atuação.

As principais limitações do estudo são inerentes ao tipo de instrumento escolhido, entre elas, a possibilidade de enviesamento dos resultados por erros no preenchimento do questionário ou a possibilidade da mesma pessoa responder várias vezes, no caso do questionário *online*. A validade externa do estudo pode também ser comprometida pela utilização de uma amostra de conveniência, apesar de ter sido ultrapassado o valor mínimo de utentes calculado anteriormente. Além disso, os resultados podem ainda ter sido influenciados caso tenham existido profissionais de saúde a responder ao questionário, uma vez que se optou por não perguntar a profissão dos utentes, pelo facto desta ser uma variável que não foi considerada na generalidade dos estudos encontrados.

Por outro lado, e apesar do questionário ter passado por um processo extenso de validação através de um painel *Delphi* e pré-teste, a sua compreensão depende inevitavelmente da interpretação dos participantes, sendo os resultados fruto da perceção que estes têm das suas próprias crenças e atitudes – o que faz com que as conclusões retiradas do estudo possam não constituir uma representação fiel da realidade. No futuro, e de forma a colmatar este aspeto, seria interessante a comparação de resultados entre os projetos parceiros que avaliam as perspetivas dos fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia relativamente ao mesmo tema.

A nível futuro são necessários mais estudos que permitam comprovar os resultados obtidos acerca da perspetiva dos utentes na abordagem da saúde sexual, idealmente com recurso a uma amostra maior e mais abrangente. Sugere-se ainda a realização de estudos qualitativos que permitam avaliar a opinião dos utentes de forma mais detalhada; assim como estudos que analisem aspetos que não foram tidos em consideração nesta investigação, como o caso das formas de abordagem preferenciais e das características dos profissionais.

Bibliografia

- Areskoug-Josefsson, K., & Gard, G. (2015). Physiotherapy as a promoter of sexual health. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(6), 390–395.
- Benedict, C., Fisher, S., Kumar, D., & Pollom, E. (2022). Examining associations among sexual health, unmet care needs, and distress in breast and gynecologic cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*, 38(6).
- Chapman, C. H., Heath, G., Fairchild, P., Berger, M. B., Wittmann, D., Uppal, S., ... Jolly, S. (2019). Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 145(2), 495–502.
- Da Silva Dias, H. M., & Sim-Sim, M. M. S. F. (2015). Validation of the Sexuality Attitudes and Beliefs Survey (SABS) for the Portuguese population. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 28(3), 196–201.
- Dai, Y., Cook, O. Y., Yeganeh, L., Huang, C., & Ding, J. (2020). Patient-Reported Barriers and Facilitators to Seeking and Accessing Support in Gynecologic and Breast Cancer Survivors With Sexual Problems: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Studies. *The Journal of Sexual Medicine*.
- Dyer, K., & Nair, R. das. (2013). Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2658–2670.
- Ezhova, I., Savidge, L., Bonnett, C., Cassidy, J., Okwuokei, A., & Dickinson, T. (2020). Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 107, 103566.
- Ferrari, S., Vanti, C., Giagio, S., Anesi, M., Youssef, S., Bortolami, A., ... Pillastrini, P. (2020). Low back pain and sexual disability from the patient's perspective: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 44(10), 2011–2019.
- Gerbild, H., Larsen, C. M., Junge, T., Laursen, B. S., & Areskoug-Josefsson, K. (2021). Danish Health Professional Students' Attitudes Toward Addressing Sexual Health: A Cross-Sectional Survey. *Sexual Medicine*, 9(2), 100323.
- Helland, Y., Dag, H., & Haugen, M. (2016). Patients' Perspectives on Information and Communication About Sexual and Relational Issues in Rheumatology Health Care. *Musculoskeletal Care*, 15(2), 131–139.
- Kelder, I., Sneijder, P., Klarenbeek, A., & Laan, E. (2022). Communication practices in conversations about sexual health in medical healthcare settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 105(4), 858–868.
- Kim, J.-H., Kim, S., & Kang, H. S. (2010). Development of a Sexual Health Care Scale-Practice (SHCS-P) for Oncology Nursing Care. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 16(4), 360.

- Kim, S., Kang, H. S., & Kim, J. H. (2011). A sexual health care attitude scale for nurses: Development and psychometric evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1522–1532.
- Leonardi-Warren, K., Neff, I., Mancuso, M., Wenger, B., Galbraith, M., & Fink, R. (2016). Sexual health: Exploring patient needs and healthcare provider comfort and knowledge. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(6), E162–E167.
- Leyva-Moral, J. M., Aguayo-Gonzalez, M., Palmieri, P. A., Guevara-Vasquez, G., Granel-Grimenez, N., & Dalfó-Pibernat, A. (2021). Attitudes and beliefs of nurses and physicians about managing sexual health in primary care: A multi-site cross-sectional comparative study. *Nursing Open*, 8(1), 404–414.
- Low, M. A., Power, E., & McGrath, M. (2022). Sexuality after stroke: Exploring knowledge, attitudes, comfort and behaviours of rehabilitation professionals. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 65(2), 101547.
- McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C., & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(3), 135–142.
- Morton, L. (2017). Sexuality in the Older Adult. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 44(3), 429–438.
- Nilsing Strid, E., Ekelius-Hamping, M., Strid, E. N., Ekelius-Hamping, M., Nilsing Strid, E., & Ekelius-Hamping, M. (2020). Experiences of sexual health in persons with hip and knee osteoarthritis : a qualitative study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 5(1), 1–9.
- Perez, L. F., Röder, E., Pastoor, H., Bolt, J. M., van Exel, J., & Dolhain, R. J. E. M. (2021). It is not just about sex: viewpoints of men with inflammatory arthritis on the overall impact of the disease on their sexual health. *RMD Open*, 7(3), 1–10.
- Stein, J., Hillinger, M., Clancy, C., & Bishop, L. (2013). Sexuality after stroke: patient counseling preferences. *Disability and Rehabilitation*, 35(21), 1842–1847.
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Kroon, C. D. De, Stiggebout, A. M., & Kuile, M. M. (2015). Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help? *Psycho-Oncology*, 24(4), 458–464.
- WHO. (2010). Developing sexual health programmes. A framework for action. *Reproductive Health*, 55.
- Wittkopf, P. G., Cardoso, F. L., & Sperandio, F. F. (2015). Development and validation of the scale of knowledge, comfort and attitudes of physiotherapy students towards human sexuality (SKCAPS). *Fisioterapia Em Movimento*, 28(2), 339–348.
- Zhang, X., Sherman, L., & Foster, M. (2020). Patients' and providers' perspectives on sexual health discussion in the United States: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 103(11), 2205–2213.

Apêndice I – Versão Final do Questionário

Questionário – Atitudes e Crenças dos Utesntes de Fisioterapia relativamente à Abordagem da Saúde Sexual

A Sexualidade é considerada um aspeto central do ser humano, englobando fatores como o sexo, a identidade e papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução (WHO, 2015). Esta é influenciada por todos os domínios da vida do indivíduo e é experienciada através de aspetos como as suas crenças, atitudes, comportamentos, valores, desejos, relacionamentos, entre outros (WHO, 2015).

Desta forma, a Organização Mundial de Saúde define Saúde Sexual como o estado de bem-estar físico, emocional e social relativamente à sexualidade (WHO, 2015). Esta pressupõe uma abordagem positiva da sexualidade e das relações sexuais, bem como a garantia de que as experiências relacionadas com a sexualidade sejam positivas, seguras e livres de discriminação e violência (WHO, 2015).

Referências Bibliográficas: WHO. (2015). Sexual health, human rights and the law. *World Health Organization*. Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/

O presente estudo surge no âmbito de uma tese de mestrado sobre a Abordagem da Saúde Sexual em Fisioterapia, no seguimento do mestrado de Fisioterapia na Saúde da Mulher da ESSA - Escola Superior de Saúde do Alcoitão. A sua participação é voluntária e o texto que se segue contém informações importantes acerca da sua participação no estudo, pelo que é pedido que o leia com atenção.

Porque está a ser realizado o estudo?

O objetivo do estudo é caracterizar as atitudes e crenças dos utentes de Fisioterapia em Portugal e perceber a sua perspetiva no que diz respeito à abordagem da dimensão “Saúde Sexual” pelo fisioterapeuta.

Pretendemos incluir utentes de todas as áreas da Fisioterapia, uma vez que a Saúde Sexual pode ser afetada por aspetos muito diversos (por exemplo, dor nas costas, cirurgia à anca/joelho ou patologia oncológica), e não só por patologias diretamente ligadas a esta área. Desta forma, pedimos que tente aplicar as situações apresentadas à sua realidade e às razões que o/a levaram a realizar Fisioterapia.

O que me vai ser pedido?

A participação no estudo consiste apenas no preenchimento de um questionário acerca do tema referido, cuja duração é de cerca de 10 minutos.

Este é constituído por duas partes – a primeira, em que deverá responder a questões acerca de dados pessoais, e a segunda, na qual é verificado em que medida concorda com afirmações acerca do tema. Não existem respostas certas ou erradas, pretendemos apenas perceber a sua opinião acerca do assunto.

Quem pode participar no estudo?

O presente estudo destina-se a pessoas que tenham realizado fisioterapia no último ano, com idade igual ou superior a 18 anos e que aceitem participar de forma voluntária.

Quais são os possíveis riscos e benefícios de participar neste estudo?

Não existem necessariamente riscos associados à participação no estudo, no entanto, o facto do tópico em causa ser considerado algo sensível, pode trazer desconforto durante o preenchimento do questionário. Por outro lado, este poderá também trazer benefícios, tal como uma maior consciencialização acerca da saúde sexual e a sua associação com a Fisioterapia, e ainda uma maior noção das suas próprias atitudes e crenças relativamente a este tópico.

Pagam-me para participar neste estudo?

Não será compensado/a pela sua participação neste estudo de investigação.

Haverá custos?

A sua participação nesta investigação não acarretará custos adicionais para si.

A participação neste estudo é voluntária?

Sim, a participação neste estudo é voluntária. Pode recusar participar, recusar responder a quaisquer perguntas ou desistir a qualquer momento. Se optar por desistir, perguntar-lhe-ão se dá ou não autorização para usar a informação recolhida até esse momento.

O que acontecerá com a informação pessoal que for recolhida?

Os investigadores não incluirão a sua identidade e informações pessoais em qualquer uma das folhas de recolha de dados e só será identificado/a com um número. Será guardada uma lista de todos os participantes num local seguro, longe de todos os outros dados e documentação relacionados com o estudo. Apenas os investigadores do estudo terão acesso aos dados do estudo.

Serão guardadas cópias impressas das folhas de recolha de dados preenchidos associadas aos dados do estudo num arquivo dentro de um compartimento seguro na instituição responsável pelo estudo.

Os dados eletrónicos serão inseridos num computador com firewall e com software de segurança protegido com password. Os dados deste estudo serão mantidos por um período de três anos.

Os resultados deste estudo podem ser usados em apresentações ou publicados em relatórios científicos, mas o seu nome e identidade não serão divulgados. Se quiser uma cópia dos resultados do estudo, por favor contacte com o responsável do estudo.

O presente estudo é realizado por Rita Coelho, Fisioterapeuta e aluna do mestrado em Fisioterapia na Saúde da Mulher, que poderá contactar através do endereço de email al.20200134@essa.scml.pt, caso deseje colocar uma dúvida ou partilhar algum comentário.

Formulário de Consentimento

Após a leitura da informação anterior, reconheço que, ao responder a este inquérito, estou a dar consentimento aos investigadores do estudo para recolherem e utilizarem as informações. Concorda com a sua participação neste estudo?

- Sim
- Não

Parte A - Informações Sociodemográficas do/da Utente

Por favor, responda às seguintes perguntas selecionando apenas uma opção, exceto quando indicado o contrário.

1. Com que género se identifica?

- Feminino
- Masculino
- Outro – Especifique: _____
- Prefiro não responder

2. Qual a sua idade? (anos)

3. Qual o seu estado civil?

- Solteiro/a
- União de Facto
- Casado/a
- Divorciado/a ou Separado/a
- Viúvo/a

4. Qual o seu grau de escolaridade?

- Ensino Primário (1.º ciclo – 1.º ao 4.º ano)
- Ensino Básico (2.º ciclo – 5.º ao 6.º ano)
- Ensino Básico (3.º ciclo – 7.º ao 9.º ano)
- Ensino Secundário (10.º ao 12.º ano)
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro - Especifique: _____

5. Qual o problema que o/a levou a realizar fisioterapia? (exemplo: lombalgia, AVC, rotura de ligamentos no joelho, recuperação pós-parto)

6. Em que período realizou fisioterapia? Indique a duração em meses e anos (exemplo: entre outubro e dezembro de 2022).

7. Onde realizou fisioterapia? Selecione uma ou mais opções.

- Clínica
- Hospital – Ambulatório (fisioterapia em hospital, sem estar lá internado)
- Hospital – Internamento (fisioterapia durante um internamento no hospital)
- Domicílio / Em sua casa
- Outro - Especifique: _____

8. Quais as características do espaço onde fez fisioterapia?

- Espaço aberto (vários utentes no mesmo espaço – ginásio ou espaço dividido por biombo ou cortinas)
- Sala privada (um único utente numa sala/gabinete fechado com porta)
- Outro - Especifique: _____

Parte B – Atitudes e Crenças relativamente à Abordagem da Saúde Sexual

Por favor, dê a sua opinião acerca das seguintes afirmações, selecionando apenas uma opção.

1. Quando/se sentir necessidade, falo com o/a meu/minha fisioterapeuta acerca da minha saúde sexual.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

2. O/a meu/minha fisioterapeuta pergunta-me sobre a minha saúde sexual.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

3. Sinto-me confortável em iniciar uma conversa sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

4. Sinto-me confortável em falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta, desde que seja ele/ela a abordar o tema.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

5. Sinto que o/a meu/minha fisioterapeuta está a invadir a minha privacidade quando me pergunta acerca da minha saúde sexual.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

6. Considero não existir privacidade (em termos de espaço/proximidade com outras pessoas) para falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

7. Considero não existir tempo suficiente para falar sobre a minha saúde sexual com o/a meu/minha fisioterapeuta.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

8. Sinto que tenho oportunidade (abertura) para falar com o/a meu/minha fisioterapeuta sobre a minha saúde sexual.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

9. Dou oportunidade (abertura) ao meu/minha fisioterapeuta para falar sobre a minha saúde sexual.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

10. Quando necessário, o/a meu/minha fisioterapeuta já me enviou/referenciou a profissionais especializados em saúde sexual.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

11. Considero que deve fazer parte da prática comum dos/das fisioterapeutas perguntar aos/às seus/suas utentes sobre a sua saúde sexual.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

12. Estou à espera que o/a meu/minha fisioterapeuta me pergunte sobre a minha saúde sexual.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente

- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

13. Considero que os/as fisioterapeutas não se sentem confortáveis em falar sobre saúde sexual com os/as seus/suas utentes.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

14. Considero que existem outros temas mais importantes para falar com o/a meu/minha fisioterapeuta para além da saúde sexual.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

15. Não considero ser dever do/da fisioterapeuta abordar a saúde sexual com os/as seus/suas utentes.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

16. Considero que o/a fisioterapeuta deve abordar a saúde no global, incluindo a saúde sexual.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente

Discordo totalmente

17. Compreendo que os meus problemas de saúde e os seus tratamentos podem afetar a minha saúde sexual.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo nem discordo

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

18. Considero que os/as fisioterapeutas estão preparados e têm formação suficiente para falar sobre saúde sexual com os/as seus/suas utentes.

Concordo totalmente

Concordo parcialmente

Não concordo nem discordo

Discordo parcialmente

Discordo totalmente

Muito obrigada pela sua participação.