

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

**Disfunção Sexual em Minorias Sexuais e
de Género:
Fatores Clínicos e Psicossociais
associados**

Carolina Gonçcalinho Duarte Cabral da Silva

M

2026



Disfunção Sexual em Minorias Sexuais e de Género: Fatores Clínicos e Psicossociais associados

Artigo de Revisão Sistemática

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

Estudante: Carolina Gonçalves Duarte Cabral da Silva

Aluna do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço de correio eletrónico: carolinagemeos@hotmail.com/up202008510@up.pt

Orientador: Mestre Irina Gorgal Rodrigues de Carvalho

Assistente de Psiquiatria na Unidade de Psiquiatria de Ligação, Unidade Local de Saúde de Santo António

Endereço de correio eletrónico: u14817@ulssa.min-saude.pt

Coorientadora: Doutora Paula Maria Figueiredo Pinto de Freitas

Assistente Graduada Sénior de Psiquiatria na Unidade de Psiquiatria de Ligação, Unidade Local de Saúde de Santo António

Professora Auxiliar do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.

Endereço de correio eletrónico: pmfreitas@icbas.up.pt

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

O autor:

Carolina Gonçalves Duarte Cabral da Silva

(Carolina Gonçalves Duarte Cabral da Silva)

Sob a orientação de:

Assinado por: Irina Gorgal Rodrigues de Carvalho
Num. de Identificação: BI13029108
Data: 07-06-2026 14:22:40 +01:00



(Mestre Irina Gorgal Rodrigues de Carvalho)

Sob a coorientação de

Assinado por: **Paula Maria Figueiredo Pinto de Freitas**
Num. de Identificação: 03157478
Data: 2026.06.07 15:06:51+01'00'

(Professora Doutora Paula Maria Figueiredo Pinto)

Porto, junho de 2026

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE CIENTÍFICA

Eu, Carolina Gonçalves Duarte Cabral da Silva, nº 202008510, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, declaro que esta dissertação é da minha autoria e não foi utilizada anteriormente em qualquer outro curso ou unidades curriculares, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição e estão devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as regras de referência. Tenho conhecimento de que a prática de plágio e autoplágio constitui uma infração académica.

Porto, 6 de junho de 2026,

Carolina Gonçalves Duarte Cabral da Silva

(Carolina Gonçalves Duarte Cabral da Silva)

DEDICATÓRIA

À minha família, especialmente aos meus pais que sempre me apoiaram em tudo desde o início do curso e à minha tia; aos meus amigos cuja orientação, conselhos e ajuda foi imprescindível e à Dra Irina, cuja imensa simpatia, carinho e apoio constante foram a base desde projeto e são uma verdadeira inspiração para mim.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Dr. Irina Gorgal Carvalho e Professora Doutora Paula Freitas, agradeço toda a disponibilidade e orientação ao longo destes meses, que em tudo contribuíram para que este trabalho se concretizasse com a maior qualidade e rigor. Agradeço também à Dra. Molly Delehant da Northwestern University, pela resposta ao meu pedido de acesso ao seu artigo “Stigma on the streets, dissatisfaction in the sheets: Is minority stress associated with decreased sexual functioning among young men who have sex with men?”.

RESUMO

Introdução: A saúde sexual constitui uma dimensão essencial do bem-estar, contudo, os modelos de diagnóstico e prevalência de disfunções sexuais (DS) foram historicamente estruturados sob matrizes cis-heteronormativas. As minorias sexuais e de gênero (MSG) enfrentam disparidades sistemáticas na saúde e um foco da literatura científica desproporcional na epidemiologia do VIH, um dos exemplos que evidencia claramente uma forma reducionista da caracterização global da função sexual nestes indivíduos.

Objetivos: Caracterizar as DS mais prevalentes em populações MSG e comparar a sua frequência e impacto com as populações cisgênero e/ou heterossexuais, analisando determinantes biológicas, psicossociais, limitações dos instrumentos de diagnóstico de DS tradicionais e procurar na literatura científica instrumentos de diagnóstico validados ou adaptados para as MSG, tal como intervenções e tratamento para as DS nas MGS.

Metodologia: Revisão sistemática conduzida segundo as diretrizes PRISMA, com pesquisas nas bases *PubMed* (setembro de 2025 a maio de 2026). Selecionaram-se estudos originais em português, inglês e espanhol com participantes a partir dos 13 anos. Triaram-se 191 artigos através da plataforma *Rayyan*, resultando em 83 textos para análise final e 33 para extração integral de dados.

Análise dos Resultados: A prevalência das disfunções sexuais (DS) nas minorias sexuais e de gênero (MSG) é difícil de objetivar devido à escassez de investigação científica. Contudo, verifica-se que as MSG apresentam taxas de incidência de DS superiores às da população cishétero, (exceto na população de mulheres cis lésbicas), sendo as minorias de gênero (MG) as que registam as taxas mais elevadas. As DS mais frequentemente mencionadas incluem as perturbações da excitação, dispareunia, anorgasmia e perturbação do desejo sexual hipoativo (esta última especificamente em homens pertencentes a minorias sexuais). Os fatores psicossociais associados à DS em MSG englobam o *stress* de minoria, destacando-se a homonegatividade internalizada, a hipervigilância e a ansiedade e os fatores que influenciam um casal, sendo que neste âmbito relacional, destacam-se a satisfação conjugal e a comunicação positiva, sublinhando-se uma disparidade alarmante na prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI). Quanto à imagem corporal e disforia de gênero (nas MG), constata-se que níveis superiores de disforia e menor satisfação corporal se correlacionam com um maior risco de DS. Adicionalmente, a violência interpessoal/sexual, a vitimização por pares e a discriminação familiar

associam-se a uma maior prevalência de DS, registando as populações trans os níveis mais elevados de vitimização. Aparentam-se ainda as barreiras no acesso a cuidados de saúde como condicionantes da saúde global e sexual destes indivíduos. No que concerne aos fatores clínicos, destacam-se comorbilidades como o VIH, cancro da próstata, doenças cardiovasculares e diabetes. Relativamente aos procedimentos de afirmação de género, observa-se, no geral, uma correlação positiva entre o grau de congruência física alcançado e a melhoria da função sexual. No âmbito da avaliação e diagnóstico das DS em MSG, é necessária a validação e adaptação dos instrumentos tradicionais às especificidades destas populações. Atualmente, existem já ferramentas validadas e desenvolvidas para este propósito, tais como o *Sexual Subjectivity Inventory* (SSI) e a Escala de Dificuldades Sexuais para Homens Gays. Por fim, as intervenções e tratamentos específicos para esta população são extremamente escassos, verificando-se uma ausência de protocolos validados na literatura. Identificam-se apenas técnicas e recomendações direcionadas a condições associadas, nomeadamente o *stress* de minoria, a homonegatividade internalizada, a ansiedade e os cuidados pós-cirúrgicos em cirurgias de afirmação de género.

Conclusão: Os determinantes da saúde sexual nas MSG dependem de uma complexa teia biopsicossocial e clínica. Especificamente quanto aos fatores psicossociais, destacam-se o *stress* de minoria (com os seus stressores proximais), a violência interpessoal e morbilidades clínico-psiquiátricas aumentam o risco de DS, assim como o abuso crónico de substâncias. Nas MG, a disforia e os procedimentos de afirmação de género (THAG e cirurgias) influenciam grandemente o risco de DS, sendo que a congruência física otimiza a função sexual a longo prazo ao dissipar bloqueios psicológicos e reconfigurar a imagem corporal. Observou-se uma assimetria importante na literatura, que se foca mais nas MG devido ao acompanhamento clínico da transição, negligenciando dados de prevalência específicos para as minorias sexuais. Os índices clássicos (IIEF/FSFI) revelam-se desadequados e cis-heteronormativos, urgindo a transposição prática de escalas inclusivas (GMSDS/SSI). Futuramente, a investigação deve transitar de estudos transversais para modelos prospetivos e translacionais, testando intervenções multinível em ensaios clínicos e avaliando as barreiras do mundo real (como o preconceito institucional) para assegurar a equidade em saúde.

Palavras-chave: “Minorias Sexuais e de Género”; “Disfunção Sexual”; “Saúde Sexual”; “Stress de Minoria”; “Competência Cultural”; “Revisão Sistemática”

ABSTRACT

Introduction: Sexual health is an essential dimension of well-being; however, diagnostic and prevalence models for sexual dysfunctions (SD) have historically been structured under cis-heteronormative frameworks. Sexual and gender minorities (SGM) face systematic health disparities and a disproportionate focus in scientific literature on HIV epidemiology, a prime example highlighting a reductionist characterization of the global sexual function within these individuals.

Objectives: To characterize the most prevalent SDs in SGM populations and compare their frequency and impact with cisgender and/or heterosexual populations, analyzing biological and psychosocial determinants, as well as the limitations of traditional SD diagnostic instruments. Additionally, this study aims to search the scientific literature for diagnostic instruments validated or adapted for SGM, alongside interventions and treatments for SD within this population.

Methodology: A systematic review conducted according to PRISMA guidelines, with database searches performed in PubMed (September 2025 to May 2026). Original studies published in Portuguese, English, and Spanish involving participants aged 13 and older were selected. Screening of 191 articles was conducted using the Rayyan platform, resulting in 83 texts for final analysis and 33 for full data extraction.

Results Analysis: The prevalence of sexual dysfunctions (SD) in sexual and gender minorities (SGM) is difficult to objectify due to the scarcity of scientific research. However, it is observed that SGMs exhibit higher incidence rates of SD compared to the cis-heterosexual population (except for cisgender lesbian women), with gender minorities (GM) registering the highest rates. The most frequently mentioned SDs include arousal disorders, dyspareunia, anorgasmia, and hypoactive sexual desire disorder (HSDD) (the latter specifically in men belonging to sexual minorities). Psychosocial factors associated with SD in SGMs encompass minority stress, notably internalized homonegativity, hypervigilance, and anxiety, as well as factors influencing a couple; within this relational scope, relationship satisfaction and positive communication are prominent, highlighting an alarming disparity in the prevalence of intimate partner violence (IPV). Regarding body image and gender dysphoria (in GMs), higher levels of dysphoria and lower body satisfaction correlate with an increased risk of SD. Additionally, interpersonal/sexual violence, peer victimization, and family discrimination are associated with a higher prevalence of SD, with trans populations experiencing the highest levels of victimization. Barriers to healthcare access are also identified as conditioning factors for the overall and sexual health of these individuals. In terms of clinical factors, comorbidities such as HIV, prostate cancer, cardiovascular diseases, diabetes, and the

regular use of certain medications stand out. Concerning gender-affirming procedures, an overall positive correlation is observed between the degree of physical congruence achieved and the improvement of sexual function. Regarding the assessment and diagnosis of SD in SGMs, the validation and adaptation of traditional instruments to the specificities of these populations are required. Currently, validated tools developed for this purpose already exist, such as the *Sexual Subjectivity Inventory* (SSI) and the *Gay Men's Sexual Difficulties Scale*. Finally, specific interventions and treatments for this population are extremely scarce, with a notable absence of validated protocols in the literature. Only techniques and recommendations directed at associated conditions were identified, namely minority stress, internalized homonegativity, anxiety, and post-operative care in gender-affirming surgeries.

Conclusion: The determinants of sexual health in SGMs depend on a complex biopsychosocial and clinical web. Specifically regarding psychosocial factors, minority stress (with its proximal stressors), interpersonal violence, and clinical-psychiatric comorbidities increase the risk of SD, as does chronic substance abuse. In GMs, dysphoria and gender-affirming medical and surgical procedures (GAHT and surgeries) heavily influence the risk of SD, given that physical congruence optimizes long-term sexual function by dissipating severe psychological blocks and reshaping body image. A significant asymmetry was observed in the literature, which focuses more on GMs due to the clinical tracking of transition, thereby neglecting prevalence data specific to sexual minorities. Traditional indices (IIEF/FSFI) prove to be inadequate and cis-heteronormative, highlighting the urgent practical translation of inclusive scales (GMSDS/SSI). Looking forward, research must transition from cross-sectional designs toward prospective and translational models, testing multilevel interventions through clinical trials while assessing real-world barriers (such as institutional prejudice) to ensure health equity.

Keywords: “Sexual and Gender Minorities”; “Sexual Dysfunction”; “Sexual Health”; “Minority Stress”; “Cultural Competence”; “Systematic Review”

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	ii
ABSTRACT	iii
ÍNDICE.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	viii
INTRODUÇÃO.....	1
LGBTIQ+, minorias sexuais e de género	1
Função e disfunção sexual	2
Prevalência de disfunção sexual em minorias sexuais e de género.....	4
Lacunas no conhecimento e desigualdades em saúde.....	4
Objetivos.....	6
METODOLOGIA	7
Termos de pesquisa e Bases de dados	7
Critérios de Elegibilidade	7
Processo de seleção de estudos.....	7
Extração de Dados.....	9
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	10
1.Caracterização das disfunções sexuais em minorias sexuais e de género (MSG).....	10
1.1. Prevalência de disfunção sexual em MSG.....	10
1.2. Tipos específicos de disfunção.....	10
1.3. Satisfação sexual e DS em MSG VS. Populações cishétero	13
1.4. Procura de cuidados de saúde sexual por MSG	15
2. Fatores psicossociais associados	15
2.1. Stress de minoria (minority stress):.....	15
2.2. Relação entre fatores relacionais e DS em MSG.....	17
2.3. Relação entre imagem corporal e disforia de género e DS em MSG	18

2.4. Relação entre experiências de trauma e DS em MSG.....	20
2.5. Fatores socioculturais (apoio familiar e aceitação social) nas DS em MSG	21
2.6. Barreiras de acesso a cuidados de saúde sexual por MSG	22
3. Fatores clínicos associados à DS em MSG.....	24
3.1. Condições médicas gerais e a sua relação com DS em MSG.....	24
3.2. Relação entre o consumo etílico e de canábis e DS em MSG	25
3.3 Relação entre procedimentos de afirmação de género e DS em MSG	26
4. Avaliação e diagnóstico das DS em MSG	29
4.1. Limitações dos instrumentos tradicionais na avaliação e diagnóstico de DS em MSG	29
4.2. Instrumentos Validados ou Adaptados para a avaliação e diagnóstico de SD em MSG	30
5. Intervenções e tratamento para as DS em MGS	31
CONCLUSÃO.....	34
APÊNDICE.....	37
BIBLIOGRAFIA	58

LISTA DE ABREVIATURAS

APA – *American Psychological Association* (Associação Americana de Psicologia)

CAG – Cirurgias de Afirmação de Género

DE – Disfunção Erétil

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* / Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5.ª edição)

DS – Disfunção(ões) Sexual(is)

DSF – Disfunção Sexual Feminina

FSFI – *Female Sexual Function Index* (Índice de Função Sexual Feminina)

GMSDS – *Gay Male Sexual Difficulties Scale* (Escala de Dificuldades Sexuais para Homens Gays)

IIEF – *International Index of Erectile Function* (Índice Internacional de Função Erétil)

IMC – Índice de Massa Corporal

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGB / LGBTQIA+ / LGBTIQ+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgénero, Queer, Intersexo, Assexuais e mais

MG – Minorias de Género

MSG – Minorias Sexuais e de Género

MSM – *Men who have Sex with Men* (Homens que têm Sexo com Homens)

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOGI – *Sexual Orientation and Gender Identity* (Orientação Sexual e Identidade de Género)

SOGIESC – *Sexual Orientation, Gender Identity, Gender Expression, and Sex Characteristics* (Orientação Sexual, Identidade de Género, Expressão de Género e Características Sexuais)

SSI – *Sexual Subjectivity Inventory* (Inventário de Subjetividade Sexual)

THAG – Terapia Hormonal de Afirmação de Género

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

VPI – Violência por Parceiro Íntimo

INTRODUÇÃO

LGBTIQ+, minorias sexuais e de gênero

Sexualidade é um conceito amplo que engloba aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais relacionados com desejo, atração, comportamento, identidade e expressão sexual de um indivíduo. No contexto das minorias de gênero e sexuais, sexualidade inclui não apenas a orientação sexual, mas também a identidade de gênero, expressão de gênero e as experiências afetivas e sexuais, reconhecendo a diversidade de vivências e identidades que fogem das normas cis-heteronormativas. ¹

Orientação sexual refere-se à atração emocional, romântica e/ou sexual de uma pessoa por outros indivíduos, podendo ser direcionada a pessoas do mesmo gênero, de gêneros diferentes, de múltiplos gêneros ou de nenhum gênero. A *American Psychological Association* (APA) define orientação sexual como um componente da identidade que inclui a atração sexual e emocional, bem como comportamentos e afiliações sociais decorrentes dessa atração. As principais categorias incluem heterossexualidade, homossexualidade (gay, lésbica), bissexualidade, pansexualidade, assexualidade e outras identidades, como *queer*, *fluid* e *bi+*. ¹

O **gênero** constitui uma construção multidimensional que integra fatores biológicos, psicossociais e culturais, sendo geralmente utilizado para a classificação de indivíduos nos eixos masculino ou feminino. Nesta linha, define-se **identidade de gênero** como a experiência interna e individual do gênero, profundamente sentida por cada pessoa, que pode ou não corresponder ao **sexo atribuído à nascença**, incluindo o sentido pessoal do corpo (que pode envolver, se livremente escolhido, a modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, incluindo o vestuário, o discurso e os maneirismos. A identidade de gênero existe num **espectro**, o que significa que a identidade de um indivíduo não está necessariamente confinada a uma categoria estritamente masculina ou feminina. Quando a identidade de gênero de um indivíduo difere do seu sexo atribuído à nascença, este é comumente considerado **transgênero**, **gênero-fluido** e/ou **genderqueer**. Inversamente, quando a identidade de gênero coincide com o sexo atribuído, o indivíduo é considerado **cisgênero**. ¹

Por outro lado, a **expressão de gênero** é um conceito que difere da identidade de gênero (que é uma experiência e percepção interna), referindo-se à forma como um indivíduo apresenta externamente o seu gênero. Estas expressões manifestam-se tipicamente através das escolhas de

vestuário, da forma de falar ou do comportamento social geral. As percepções sociais de género alinham-se, por norma, com o **binarismo socialmente construído** de formas de expressão masculinas e femininas. É crucial notar que a forma como um indivíduo expressa o seu género nem sempre é indicativa da sua identidade de género. ¹

Todos estes conceitos são de essencial compreensão para qualquer pesquisa relacionada com minorias sexuais e de género (MSG), sendo que estas constituem um grupo populacional heterogéneo cujas identidades, orientações ou características biológicas divergem do modelo binário e heterossexual predominante na sociedade, fundamentalmente definida por quatro eixos independentes frequentemente agregados sob a sigla **SOGIESC**, em que SO especifica *Sexual Orientation* / Orientação Sexual; GI, *Gender Identity*/ Identidade de género; E: *Expression* / Expressão de Género) e, por fim, SC (*Sex Characteristics* / Características Sexuais) que se refere à biologia física do indivíduo. Inclui características primárias (cromossomas, gónadas e órgãos genitais) e secundárias (massa muscular, distribuição de gordura corporal, pelos faciais). ¹

O acrónimo **LGBTIQ+** designa indivíduos que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, **transgénero**, intersexo ou *queer*. A inclusão do símbolo 'mais' funciona como um indexador de inclusividade, abrangendo a multiplicidade de variações no espectro da orientação sexual, identidade de género, expressão de género e características sexuais (**SOGIESC**). Esta conceptualização reconhece que a identidade humana transcende o binarismo convencional, integrando tanto a autoidentificação psicológica e a expressão sociocultural, como as variações biológicas e fisiológicas das características sexuais primárias e secundárias. ¹

Função e disfunção sexual

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.ª edição (DSM-5), publicado pela *American Psychiatric Association*, a **função sexual** é definida como a capacidade de um indivíduo responder sexualmente e experienciar prazer sexual, resultante de uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e relacionais. A função sexual inclui desejo, excitação, orgasmo e ausência de dor, e é influenciada por fatores como saúde física, saúde mental, contexto relacional e cultural, bem como vulnerabilidades individuais e fatores médicos relevantes. ²

Por outro lado, **disfunção sexual** é caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de responder sexualmente ou de experienciar prazer sexual,

persistente por pelo menos seis meses e causadora de sofrimento clínico relevante. O diagnóstico exige que a disfunção não seja explicada por outro transtorno mental, condição médica, uso de substâncias ou fatores relacionais graves. O DSM-5 recomenda que o diagnóstico seja contextualizado, considerando fatores culturais, idade, duração da relação e anatomia atual em pessoas de género diverso. ²

Assim, a disfunção sexual pode ocorrer em qualquer ponto do **ciclo de resposta sexual**, um modelo teórico de quatro fases que descreve a reação fisiológica e psicológica do indivíduo à estimulação. Este ciclo inicia-se com a fase de excitação, que compreende o surgimento do desejo sexual e o despertar da libido, manifestando-se fisicamente através da tumescência do clítoris ou da ereção do pénis. Segue-se a fase de *plateau*, o período de tensão máxima que antecede o orgasmo, onde se verifica a intensificação da frequência cardíaca, da respiração e da tensão muscular, podendo ocorrer a libertação de fluido pré-ejaculatório. O orgasmo constitui o pico do ciclo traduzindo-se numa libertação súbita de tensão acumulada e prazer genital, frequentemente, acompanhada pela ejaculação. Por fim, a fase de resolução permite que o organismo recupere o seu estado basal, com o relaxamento muscular e o retorno dos órgãos genitais às suas condições fisiológicas normais. ²

Na prática clínica, as disfunções sexuais são categorizadas em quatro tipologias principais de acordo com a natureza da perturbação. Em primeiro lugar, as **perturbações do desejo** manifestam-se pela ausência ou redução acentuada do interesse em atividades sexuais, enquanto que as **perturbações da excitação** são caracterizadas pela incapacidade de obter uma resposta física adequada, como a função erétil, apesar da presença de desejo subjetivo. Por outro lado, as **perturbações do orgasmo** envolvem o atraso persistente ou a anorgasmia após uma fase de excitação normal. Finalmente, as **perturbações de dor** referem-se a quadros clínicos onde o desconforto físico durante o ato sexual inibe a vontade de manter relações. ³

Os principais instrumentos para avaliar a função e disfunção sexual em adultos incluem o **Female Sexual Function Index (FSFI)** e o **International Index of Erectile Function (IIEF)**. Estes instrumentos avaliam domínios como desejo, excitação, lubrificação, ereção, orgasmo, dor e satisfação sexual, geralmente através de questionários autoaplicados ou entrevistas estruturadas. O FSFI, por exemplo, avalia desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor em mulheres, enquanto que o IIEF avalia função erétil, orgasmo, desejo sexual, satisfação interpessoal e satisfação global em homens. ^{3,4} É necessária realçar que estes instrumentos de avaliação clássicos mencionados foram desenvolvidos para pessoas heterossexuais e cisgénero,

focando-se em práticas como o coito vaginal e ignorando outras formas de atividade sexual relevantes para minorias sexuais e de gênero. ^{3,4}

Prevalência de disfunção sexual em minorias sexuais e de gênero

A prevalência de disfunção sexual em populações de minorias sexuais e de gênero é variável, dependendo do subgrupo, do tipo de disfunção avaliada e dos instrumentos utilizados. Na verdade, existe uma grande lacuna no conhecimento científico sobre a função e disfunção sexual nestas populações, sendo que a maioria das investigações que comparam adultos heterossexuais com minorias sexuais têm-se focado na saúde mental, no consumo de substâncias e em infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). ³ Apesar disto, os poucos estudos populacionais feitos relativamente à prevalência deste problema, indicam **valores semelhantes ou ligeiramente superiores aos observados em populações heterossexuais**, mas com diferenças nos domínios específicos da função sexual e maior vulnerabilidade a determinadas dificuldades, como dor, desconforto ou satisfação reduzida. ^{3,4}

Esta maior incidência nestas populações pode-se dever a múltiplos fatores psicossociais e clínicos interligados, sendo os mais frequentemente citados na literatura científica o stress de minoria, que engloba o impacto negativo de estigmatização, discriminação e marginalização social sobre pessoas pertencentes a minorias sexuais e de gênero, resultando de fatores externos e internos; taxas elevadas de comorbilidades psiquiátricas (depressão, ansiedade, perturbação de stress pós-traumático); maior prevalência de vitimização ao longo da vida, incluindo abuso sexual na infância, violência interpessoal e discriminação em contextos de saúde, fatores que estão associados a pior função sexual e maior sofrimento psicológico; ausência de suporte social e, por fim, barreiras estruturais de acesso a cuidados culturalmente competentes e instrumentos de avaliação heteronormativos.

Lacunas no conhecimento e desigualdades em saúde

As desigualdades em saúde definem-se como disparidades sistemáticas nas experiências e nos resultados clínicos das estruturas de apoio vigentes. Uma vez que estas diferenças radicam em desigualdades sociais e podem ser mitigadas através de políticas públicas, constituem uma prioridade crítica para a saúde pública global. ¹⁰

No panorama internacional, o quadro de equidade da Organização Mundial da Saúde foca-se em determinantes estruturais como o contexto socioeconómico, a governação e os valores culturais. No entanto, observa-se uma lacuna persistente, visto que enquanto que o género, a classe social e a etnia são amplamente reconhecidos como fatores influentes na saúde, a influência da Orientação Sexual e Identidade de Género (SOGI) na equidade em saúde para pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgénero, queer, intersexo, assexuais e todas as pessoas sexual e de género diversas (LGBTQIA+) é frequentemente negligenciada. Esta invisibilidade contribui para o estatuto subordinado destas categorias na formulação de diretrizes internacionais e no financiamento de investigação que deveria sustentar decisões baseadas na evidência. [10](#)

Estas disparidades são exacerbadas por falhas profundas na formação académica e na sensibilidade cultural dos profissionais de saúde. Dados de 2022 indicam que, nos EUA, cerca de 21% dos adultos LGBTQIA+ adiaram ou evitaram cuidados médicos devido a receio de maus-tratos. A lacuna de conhecimento é tão acentuada que aproximadamente 30% dos pacientes transgénero e dois em cada três pacientes intersexo viram-se na necessidade de educar os seus próprios médicos para conseguirem obter cuidados minimamente adequados. Este fardo é ainda mais pesado para indivíduos de minorias étnicas (negros, hispânicos, asiáticos e multirraciais), que reportam uma incidência superior de experiências negativas no sistema de saúde. Atualmente, a maioria das faculdades de medicina e ciências da saúde não prepara devidamente os estudantes para estas realidades, forçando os profissionais a procurar formação contínua externa para colmatar as suas competências. Desta forma, para reduzir estas iniquidades, é imperativo que os profissionais de saúde tenham acesso a recursos baseados na evidência e sensíveis às prioridades destas comunidades. A importância destas oportunidades de aprendizagem remota é acentuada pelo atual clima político em várias jurisdições, onde restrições legislativas aos cuidados de afirmação de género têm sido interpretadas de forma a limitar não só a prática clínica, mas, também, o próprio ensino destas matérias. [10](#)

No domínio específico da saúde sexual, as lacunas permanecem substanciais. Torna-se, portanto, imperativo promover intervenções multiestruturais que integrem fatores clínicos, biopsicossociais e interseccionais, garantindo que a educação e a prática clínica avancem com maior inclusividade e responsabilidade ética.

Objetivos

Posto esta introdução sobre a importância de alargar o conhecimento científico e médico relativamente à saúde sexual e as DS nas populações de MSG, os objetivos desta revisão sistemática incluem caracterizar as disfunções sexuais mais prevalentes em minorias sexuais e de género; comparar a frequência, natureza e impacto clínico das disfunções sexuais entre populações heterossexuais e minorias sexuais e de género; analisar os principais fatores psicossociais e clínicos determinantes das disfunções sexuais em minorias sexuais e de género e, por fim, avaliar as estratégias diagnósticas e terapêuticas descritas na literatura, identificando limitações na sua aplicabilidade às minorias sexuais e de género.

METODOLOGIA

A presente revisão sistemática foi redigida consoante as guidelines PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).

Termos de pesquisa e Bases de dados

Durante o período de setembro de 2025 a maio de 2026, efetuou-se a pesquisa de artigos científicos nas bases de dados PubMed. Foram efetuadas várias pesquisas, com diferentes conjuntos de palavras-chave, de modo a incluir todas as populações alvo desta revisão: *“Sexual Disorders” OR “Sexual Dysfunctions” AND “Sexual Minorities”*; *“Sexual Disorders” OR “Sexual Dysfunctions” AND “Homosexual”*; *“Sexual Disorders” OR “Sexual Dysfunctions” AND “Bisexual”*; *“Sexual Disorders” OR “Sexual Dysfunctions” AND “gender minority”*; *“Sexual Disorders” OR “Sexual Dysfunctions” and “Transgender”*. Adicionalmente foram identificados novos artigos relevantes através das listas de referências nos artigos que os citam, a partir do conjunto inicial de estudos incluídos.

CrITÉRIOS de Elegibilidade

Os critérios de inclusão foram selecionados de modo a responderem aos objetivos do presente estudo, sendo: (i) estudos originais (p.e. ensaios clínicos randomizados e controlados, estudos retrospectivos, estudos observacionais, entre outros); (ii) a população do estudo inclui participantes adolescentes e adultos (idade igual ou superior a 13 anos), identificados como pertencentes a minorias sexuais e/ou de género; (iii) artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhol.

Foram excluídos todos os artigos que não fossem ao encontro dos objetivos da presente revisão, estudos em duplicado e revisões (revisões sistemáticas, meta-análises e revisões bibliográficas).

Processo de seleção de estudos

O processo de seleção de estudos foi realizado na íntegra por um único revisor com o

suporte do software *Rayyan*. A pesquisa inicial na base de dados PubMed, sem restrição do ano de publicação, resultou em 191 artigos. Na etapa de triagem de títulos e resumos gerenciada na plataforma, foram selecionados 83 artigos com base nos critérios de elegibilidade. Após a leitura integral desses textos, registrou-se a exclusão de 50 artigos, resultando em 33 artigos finais para a revisão. O mapeamento completo deste fluxo está ilustrado na Figura 1." A exclusão dos artigos baseou-se nos seguintes critérios de exclusão: artigos cuja temática se enquadrava exclusivamente em infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e no VIH, que tivessem uma população não discriminada quanto à orientação sexual e/ou identidade de género e que não mencionem disfunção sexual explicitamente. Na [Figura 1](#), encontra-se o fluxograma do processo de seleção dos artigos.

Extração de Dados

Procedeu-se à extração e sistematização dos principais dados metodológicos e clínicos dos estudos incluídos. Na [Tabela I](#), encontram-se sintetizadas as evidências empíricas recolhidas de acordo com as seguintes características: informações de publicação (autores e ano de publicação), características demográficas da amostra (número de participantes, distribuição etária e identificação da minoria sexual e de género abrangida), objetivo do estudo, desenho do estudo (tipologia metodológica e período de seguimento, se aplicável), *outcomes* (desfechos) analisados e principais resultados obtidos.

O processo de extração de dados dos 33 artigos finais foi efetuado na íntegra por um único revisor.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1.Caracterização das disfunções sexuais em minorias sexuais e de género (MSG)

1.1. Prevalência de disfunção sexual em MSG

Não foi possível determinar de forma conclusiva a prevalência da disfunção sexual em MSG, devido à escassez de investigação científica disponível. No entanto, na literatura selecionada, é possível encontrar informação que permite uma melhor compreensão deste assunto.

Por exemplo, Kerckhof et al, realizou um estudo que permitiu uma melhor caracterização epidemiológica das dificuldades sexuais em populações transgénero, revelando uma morbilidade elevada, com uma incidência de 69% em mulheres trans e 54% em homens trans sexualmente ativos. ⁶

Barcelos et. al, realizou outro estudo, que teve como objetivo avaliar a função sexual de homens e mulheres transgénero, bem como identificar os fatores associados a este. Com base no índice FSFI (*Female Sexual Function Index*), os resultados deste estudo demonstrou que 55% dos homens trans e 82% das mulheres trans apresentavam risco de Disfunção Sexual Feminina (DSF). Paralelamente, a análise revelou que 30% das mulheres e 28,78% dos homens se encontravam insatisfeitos ou muito insatisfeitos com determinados aspetos da sua sexualidade. A análise multivariada do presente estudo revelou que a sintomatologia depressiva e o género (identificar-se como mulher trans) foram as variáveis significativamente associadas ao risco de disfunção sexual. ⁷

1.2. Tipos específicos de disfunção

Tal como foi referido na introdução desta dissertação, a disfunção sexual pode ser enquadrada em quatro domínios, desejo, excitação, orgasmo e dor, sendo que a presença de uma disfunção não equivale à exclusão das outras, e nem sempre é possível identificar nem diferenciar com certeza qual o componente da saúde sexual afetado. Não obstante a isto, a abordagem individualizada de cada domínio assume uma importância fulcral, uma vez que cada componente reflete processos etiológicos, neurobiológicos e psicossociais distintos, cuja compreensão isolada é indispensável para a formulação de diagnósticos precisos e para o desenho de intervenções terapêuticas eficazes. Com efeito, embora estas dimensões se manifestem de forma integrada na

experiência vivida pelo indivíduo, a literatura científica demonstra que as perturbações do desejo (caracterizadas pela redução ou ausência de motivação e fantasias sexuais) e da excitação (definidas por dificuldades na resposta autonómica e vascular ou na perceção subjetiva de ativação) possuem preditores e dinâmicas relacionais díspares das perturbações do orgasmo (como a anorgasmia ou o clímax prematuro) e das condições de dor génito-pélvica (como a dispareunia). Por conseguinte, a desconstrução pormenorizada de cada uma destas esferas permite mapear com maior clareza as vulnerabilidades específicas de cada população e as variáveis moderadoras que influenciam a saúde sexual.

Assim, no que concerne às **perturbações de dor**, refere-se, em primeiro lugar o estudo de Grabski et. al, que teve como objetivo investigar os fatores associados à relação sexual anal dolorosa (anodispareunia), principalmente em homens gays e bissexuais. Os dados deste artigo contribuíram para a desconstrução do estigma de que a penetração anal é intrinsecamente dolorosa, demonstrando que a dor de forte intensidade afeta apenas uma minoria (menos de 10%) dos homens que têm sexo com homens. A evidência do estudo sugere que a dor não deve ser encarada como uma componente normativa da prática, uma vez que a maioria dos indivíduos reporta experiências indolores ou com desconforto residual. Por outro lado, o estudo identifica a idade, a ansiedade de desempenho e a homofobia internalizada como os três preditores independentes centrais da severidade da dor. ⁸

Além disso, a maturidade e a experiência sexual acumulada atuam como fatores protetores, promovendo uma maior consciência corporal e o controlo consciente do esfíncter anal externo, sendo que indivíduos com maior historial sexual tendem a dominar melhor as estratégias de preparação, através, por exemplo, do uso de lubrificação apropriada e o prolongamento dos preliminares, e apresentam competências de comunicação sexual mais eficazes. ⁸

No plano psicológico, a ansiedade de desempenho surge como o fator mais robusto, duplicando o risco de dor, visto que este fenómeno está frequentemente associado ao "espetadorismo" (*spectatoring*), um estado de monitorização crítica do próprio desempenho que gera tensão física e impede o relaxamento necessário para a penetração. Adicionalmente, a homofobia internalizada atua como um inibidor psicofisiológico; a falta de aceitação da própria identidade gera um desassossego interior constante que dificulta a entrega ao prazer e a resposta sexual plena, manifestando-se fisicamente através do aumento do tónus muscular do esfíncter anal. ⁸

Por fim, o contexto relacional é um mediador determinante na qualidade da experiência. A estabilidade de uma relação promove a segurança emocional e a confiança mútua, elementos fundamentais para mitigar a ansiedade. A existência de um vínculo afetivo seguro facilita a comunicação de limites e o conhecimento recíproco dos corpos, reforçando que o bem-estar físico na prática anal está profundamente ancorado na saúde psicológica e na qualidade da ligação entre os parceiros. ⁸

No que concerne às **perturbações de excitação**, os estudos encontrados focam-se maioritariamente na disfunção erétil, em homens pertencentes a minorias sexuais. Assim, no estudo realizado por Kiss et. al, é referido que a investigação sobre a prevalência da disfunção erétil (DE) em homens gays apresenta resultados heterogêneos. Um estudo de grande dimensão (Shindel et al., 2012) constatou que homens gays com menos de 60 anos reportam problemas mínimos de ereção, com a prevalência de DE a aumentar significativamente após os 60 anos, afetando mais de metade desta faixa etária, em linha com o padrão observado na população heterossexual. Em contraste, um estudo com 7.001 homens que têm sexo com homens (MSM), encontrou taxas muito superiores, com 45% da população a reportar problemas de ereção (idade mediana de 38 anos; Hirshfield et al., 2010), valor que mais do que duplica em indivíduos com mais de 50 anos. Contudo, um estudo com homens portugueses (idade média de 28 anos) não encontrou diferenças na prevalência de DE entre gays e heterossexuais, apresentando taxas consideravelmente mais baixas (7,6% e 7,3%, respetivamente; Peixoto & Nobre, 2015). ⁹

Por sua vez, as **perturbações do orgasmo** englobam a anorgasmia, o atraso marcado ou o clímax prematuro. A literatura encontrada foca-se sobretudo nos fatores que influenciam o orgasmo e não na descrição das perturbações do orgasmo em si. Por exemplo, o estudo realizado por Mangas et. al, teve como objetivo examinar, em casais do mesmo sexo a influência diádica das dimensões da Experiência Orgástica Subjetiva (EOS) na satisfação sexual, tanto de forma direta como indireta. No caso de casais formados por duas pessoas do sexo masculino, contrariando a literatura clássica que associava a proximidade emocional e afetiva prioritariamente à sexualidade feminina, os resultados demonstram que, em casais de homens, a dimensão Afetiva da experiência orgástica, que engloba as emoções e os sentimentos associados ao clímax, assume um papel preponderante. Assim, a satisfação sexual dos homens é influenciada positivamente não apenas pela intensidade afetiva do seu próprio orgasmo, mas também pela conotação afetiva que o seu parceiro atribui ao orgasmo deste, o que se traduz num efeito de parceiro. Adicionalmente, observou-se nestas díades masculinas um efeito de parceiro direto na

dimensão Sensorial, indicando que os homens experienciam maior satisfação sexual quando os seus parceiros vivenciam o orgasmo com elevada intensidade física e fisiológica, como tremores ou pulsações, utilizando estes indicadores corporais visíveis como um marcador do sucesso e da validação da sua própria eficácia sexual. Este efeito pode ainda ser potenciado pela satisfação relacional, que atua como mediadora indireta, e pelas dinâmicas de comunicação e honestidade características de modelos de não-monogamia consensual, que abrangiam cerca de 20% da amostra masculina estudada. [10](#)

Em contrapartida, nos casais de mulheres, o modelo revelou a ausência de efeitos diretos, de ator ou de parceiro, das dimensões da experiência orgástica na satisfação sexual imediata. Esta desconexão é explicada pelo facto de o orgasmo feminino ser psicologicamente categorizado como mais complexo e instável, dispondo as mulheres de um reportório de adjetivação mais amplo para descrever as suas sensações. As mulheres em relações com outras mulheres tendem a priorizar práticas não-genitais e de intimidade alargada, como beijos e carícias. Assim, embora apresentem uma frequência orgástica superior à das mulheres em relações heterossexuais, a avaliação subjetiva do orgasmo isolado está menos vinculada à sua satisfação sexual global. [10](#)

Para complementar este assunto, faz sentido fazer novamente referência ao estudo realizado por Kerckhof et. al, que refere que, na população de mulheres trans, o perfil de disfunção é caracterizado predominantemente por anorgasmia ou dificuldades no atingimento do clímax. [6](#)

Não foram encontrados dados referentes a disfunção sexual na fase do desejo em MSG, na literatura consultada, tirando no artigo de Björkensta et, que concluiu que os homens bissexuais demonstram um risco significativamente mais elevado de inibição do desejo sexual e desejo sexual hipoativo em comparação com homens heterossexuais. [11](#)

1.3. Satisfação sexual e DS em MSG VS. Populações cishétero

A evidência estabelecida pelo estudo de Björkensta et. al, sublinha disparidades significativas no perfil de saúde sexual de indivíduos pertencentes a minorias sexuais, enfatizando que os desafios e as vulnerabilidades diferem substancialmente entre as subpopulações bissexual, homossexual e heterossexual. No que concerne à população bissexual, os dados indicam que tanto homens como mulheres reportam níveis de satisfação sexual inferiores aos dos seus homólogos. As mulheres bissexuais apresentam uma maior prevalência de estados de ansiedade e preocupação durante ou após o ato sexual, bem como uma tendência acrescida para a ausência

de excitação e dispareunia, um panorama que a literatura associa a determinantes sociodemográficos, ao historial de coerção sexual e a uma prevalência elevada de sintomatologia ansiosa e depressiva. Em contrapartida, as mulheres lésbicas tendem a apresentar uma maior satisfação sexual global e um menor risco relativo para a maioria das disfunções sexuais tradicionais em comparação com mulheres heterossexuais, destacando-se uma elevada capacidade orgástica e maiores índices de lubrificação. Contudo, este grupo regista um risco sete vezes superior de o orgasmo percecionado pela própria pessoa como prematuro em comparação com as mulheres heterossexuais, fenómeno que é fundamentado na literatura por uma maior competência anatómica interparceiras e por guiões sexuais baseados na equidade e na reciprocidade, como a cultura de alternância de turnos no prazer, o que eleva as expectativas e a reatividade orgástica. ¹¹

O perfil clínico dos homens gays diferencia-se substancialmente do dos restantes grupos, uma vez que não apresentam diferenças significativas na prevalência de disfunção erétil face aos heterossexuais e registam um risco inferior de ejaculação precoce. Este dado sugere que o risco de ocorrência de ejaculação ou orgasmo prematuro está mais associado ao facto de se ter sexo com mulheres do que propriamente à orientação sexual do indivíduo. Inversamente, os homens gays evidenciam riscos mais elevados de anorgasmia, dificuldades de excitação, como perturbação do desejo hipoativo e dor durante ou após a interação sexual, como a anodispareunia. Por fim, a literatura ressalva que o impacto da orientação sexual nestas disfunções é frequentemente moderado por variáveis como o número de parceiros e o estatuto relacional. Sabe-se, por exemplo, que o contexto de uma relação exclusiva e os níveis de ansiedade predizem uma maior incidência de ejaculação precoce em homens heterossexuais, não exercendo o mesmo efeito preditivo na população homossexual, o que reforça a necessidade de futuras investigações considerarem o modelo de relacionamento dos participantes. ¹¹

Relativamente ao impacto que a DS possa ter na saúde mental, o estudo de Kiss et. al, indica que a presença de disfunção erétil está associada a uma redução da satisfação sexual e da satisfação com a vida. Quanto à ansiedade, a evidência aponta para uma prevalência superior de perturbações ansiosas entre homens com disfunção erétil, observando-se, em cerca de dois terços dos casos, que o diagnóstico de ansiedade precede o início da disfunção. Adicionalmente, patologias psiquiátricas como a perturbação de stress pós-traumático e a esquizofrenia, bem como o consumo de substâncias (incluindo álcool, tabaco, heroína e metadona), apresentam correlações estatisticamente significativas com o desenvolvimento de disfunção erétil. ⁹

Em suma, a orientação sexual parece influenciar a seleção de práticas específicas e a gestão do tempo dedicado à atividade sexual, embora os mecanismos de satisfação derivados da variedade e da quebra de rotina operem de forma transversal a ambos os grupos.

1.4. Procura de cuidados de saúde sexual por MSG

Lafortune et al. conduziu um estudo com o objetivo de comparar a prevalência de disfunções sexuais (SDs) e os seus correlatos sexuais, relacionais e psicológicos entre uma amostra de adultos em consulta de terapia sexual (n=963) e uma amostra de base comunitária (n=1.891), bem como examinar as barreiras no acesso a serviços de saúde sexual para disfunções sexuais e as características dos indivíduos que procuram esses serviços. Este estudo chegou à conclusão de que no que respeita à saúde sexual e à segurança interpessoal, a orientação sexual surge como na necessidade percebida de cuidados de saúde especializados. ¹²

Por outro lado, o estudo realizado por Kuyper et al, permitiu estabelecer uma comparação relativamente a que populações apresentam uma maior propensão para manifestar a necessidade de apoio profissional em saúde sexual. Deste modo, foi possível estabelecer que, entre a população feminina, a necessidade de cuidados de saúde sexual é expressamente superior nas minorias sexuais femininas (43,3% face a 26,5% no grupo heterossexual). O mesmo também se verificou na população masculina, observando-se uma marcada diferença entre a necessidade de cuidados nas minorias sexuais masculinas, atingindo 46,4% nos homens homossexuais e 33,8% nos bissexuais, contrastando com apenas 17,8% reportados pelos pares heterossexuais. Estes dados sublinham a existência de disparidades acentuadas no acesso e na procura de serviços de saúde. [12] Foi concluído também que a procura de ajuda médica para problemas de disfunção sexual era maioritariamente constituída por estas mulheres, o que pode ser explicado por uma maior predisposição clínica deste grupo para a procura de apoio psicológico especializado. ¹³

2. Fatores psicossociais associados

2.1. Stress de minoria (*minority stress*):

O modelo do stress de minoria, segundo com a *American Psychological Association (APA)*, refere-se aos impactos psicológicos e fisiológicos decorrentes das condições sociais adversas frequentemente experienciadas por minorias étnicas, raciais, sexuais e de género. Este modelo conceptual, introduzido originalmente em 2003 por Ilan H. Meyer, configura uma teoria

explicativa fundamental para a compreensão dos fatores sociais, psicológicos e estruturais subjacentes às desigualdades na saúde mental entre as populações de minorias sexuais. [20] Este stress não decorre de vulnerabilidades psicopatológicas inerentes aos indivíduos, mas sim de um ambiente social hostil caracterizado pelo preconceito, pela discriminação e pela estigmatização. Esta teoria distingue os fatores de stress entre distais e proximais, sendo que os fatores distais se referem a eventos objetivos e externos de rejeição ou discriminação (como a violência verbal ou a exclusão institucional), enquanto que os fatores proximais correspondem a processos internos e subjetivos, nomeadamente a homofobia interiorizada, a ocultação da orientação sexual e a hipervigilância ou expectativa constante de rejeição. [14,15](#)

A inclusão e fundamentação deste modelo no quadro teórico desta dissertação reveste-se de uma importância fulcral por três motivos principais, em primeiro lugar, a etiologia multidimensional das disfunções sexuais, visto que, como já foi discutido anteriormente, a resposta orgástica e a satisfação sexual não são se tratam apenas de eventos fisiológico, mas também psicossociais; a compreensão das especificidades clínicas das minorias sexuais e, por fim, revela-se muito importante para a despatologização da saúde sexual de minorias, visto que historicamente, as taxas elevadas de insatisfação ou disfunção em populações não-heterossexuais foram alvo de leituras patologizantes. [14](#)

Neste sentido, destaca-se o estudo de Kuyper et. al, que teve como objetivo examinar potenciais diferenças na satisfação sexual, na vitimização sexual, na disfunção sexual e nas necessidades de cuidados de saúde sexual em MSG. Simultaneamente, este estudo analisou se estas diferenças poderiam ser atribuídas a fatores gerais que influenciam a saúde sexual (variáveis sociodemográficas e características do comportamento sexual) ou a fatores específicos da população LGB (stress de minoria). Os resultados obtidos permitiram constatar que, no que diz respeito à etiologia da disfunção sexual masculina, o stress de minorias assume um papel central. Por exemplo, homens que reportam scores elevados de homonegatividade interiorizada (visão interior negativa relativa à orientação sexual do próprio), que corresponde a um stressor proximal, apresentam uma probabilidade significativamente superior de desenvolver quadros clínicos de disfunção sexual. [13](#)

Com o objetivo de caracterizar o funcionamento sexual de jovens homens que têm sexo com homens (YMSM), o artigo de Li et. al procurou analisar de que forma os stressores de minoria, incluindo o estigma interiorizado, a vitimização, as microagressões e a perceção de aceitação da comunidade LGBT no bairro de residência, se relacionam com a saúde sexual desta população.

Em suma, os fatores que mais contribuíram para menor satisfação sexual e para o aparecimento de disfunção sexual foram os stressores proximais (como o estigma/ homonegatividade interiorizada), satisfação sexual, maioritariamente devido ao surgimento de sentimentos/pensamentos negativos durante o ato sexual e, também a hipervigilância e consequente ansiedade de indivíduos que habitam em ambientes percebidos como menos tolerantes. Esta ansiedade contextual e o medo da exposição interferem diretamente com o relaxamento cognitivo necessário para experienciar prazer pleno nos atos sexuais individuais, penalizando a avaliação subjetiva do clímax, o que pode levar a disfunção sexual. ¹⁶

2.2. Relação entre fatores relacionais e DS em MSG

Para além das dimensões biomédicas e do impacto do stress de minoria, a literatura científica confere um papel de destaque aos fatores que englobam uma relação romântica entre dois indivíduos, demonstrando que a qualidade do relacionamento, a comunicação sexual e a satisfação conjugal operam como mediadores e preditores críticos da funcionalidade sexual. Também se torna essencial avaliar qual a prevalência e características de violência/abuso relacional, e qual o efeito desta sobre a disfunção sexual das populações MSG.

Relativamente aos fatores que afetam a satisfação sexual em relações entre pessoas do mesmo género, o estudo de Calvillo et al., concluiu que, no geral, os participantes reportaram níveis elevados de satisfação sexual e de relacionamento, bom ajustamento diádico, funcionamento sexual adequado e baixos níveis de evitamento, ansiedade e homofobia internalizada. Relativamente às variáveis interpessoais, os homens reportaram níveis mais elevados de ansiedade e evitamento do que as mulheres, o que pode dever-se a dificuldades específicas nas relações entre homens, como normas restritivas de género masculino, desconexão emocional ou competição entre parceiros. Por outro lado, embora os homens tenham obtido melhores pontuações no funcionamento sexual (resposta física), as mulheres reportaram maior satisfação sexual. Isto reforça a ideia de que a satisfação sexual feminina está relacionada não apenas com a resposta física, mas também com fatores de intimidade, afeto e proximidade emocional. No que diz respeito aos modelos explicativos, a satisfação no relacionamento revelou-se a variável com maior peso e com um papel mediador central em ambos os géneros. ¹⁷

No âmbito dos fatores relacionais e da sua intersecção com vulnerabilidades individuais, o estudo de Newcomb et al. analisou as influências interpessoais e intrapessoais na satisfação sexual de casais jovens do sexo masculino. Os autores sublinham que a satisfação sexual assume

um papel central na estabilidade destas relações e que um melhor funcionamento relacional, composto por níveis elevados de satisfação relacional e de comunicação positiva, e por baixos níveis de comunicação negativa, se associa a uma maior satisfação sexual. Contudo, é interessante referir que os investigadores depararam-se com um resultado inesperado: o relato de comunicação negativa por parte do parceiro surgiu associado a uma maior satisfação sexual, sendo que os autores sugerem que níveis moderados ou ligeiramente elevados de comunicação negativa reportados pelo parceiro podem, em determinados contextos de casais jovens, funcionar como um indicador de paixão, conflitualidade expressiva ou intensidade emocional capaz de potenciar a satisfação sexual no momento, mas não necessariamente no futuro. ¹⁸

Relativamente à experiência de violência por parceiro íntimo entre minorias sexuais e de género, a investigação por Whitfield et al., sublinha uma disparidade alarmante na prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI), revelando que a população universitária LGBT enfrenta riscos significativamente superiores aos dos seus pares heterossexuais e cisgénero. Os dados indicam que as taxas de vitimização podem atingir metade da amostra em alguns grupos e chegar a ser nove vezes superiores no caso de estudantes transgénero, evidenciando uma vulnerabilidade extrema nestes contextos académicos. ¹⁹

Perante este cenário, destaca-se a urgência de uma intervenção clínica especializada e informada. É fundamental que os profissionais de saúde que acompanham o público universitário recebam formação contínua e específica sobre as dinâmicas de violência em populações minoritárias. ¹⁹

2.3. Relação entre imagem corporal e disforia de género e DS em MSG

Nesta recolha de dados focada na população MSG, especificando tendo como foco as minorias de género, é inevitável discutir a satisfação da imagem corporal e como esta se correlaciona com a presença ou não de disfunção sexual. Além disso, dentro deste tema, torna-se relevante discutir também a disforia de género, visto que está muito relacionada com as populações transgénero. A disforia de género refere-se ao sofrimento psicológico decorrente da incongruência entre o género experienciado por um indivíduo e o sexo que lhe foi atribuído à nascença.² No entanto, é relevante mencionar que embora este fenómeno apresente uma prevalência elevada entre as minorias de género, a literatura científica contemporânea estabelece firmemente que a disforia não é um requisito obrigatório nem uma característica universal para se ser uma pessoa transgénero.³ Atualmente, reconhece-se que a identidade

transgênero e não-binária diz respeito à incongruência de gênero, enquanto que a disforia se limita ao sofrimento associado; como tal, muitos indivíduos realizam a sua transição sem experienciar angústia clínica, derivando o seu bem-estar daquilo que a investigação designa por "euforia de gênero", ou seja, o sentimento de pertença e contentamento na afirmação da sua verdadeira identidade. [2,3](#)

Sendo assim, o artigo da autoria de Staples et. al é relevante neste tema, tendo como objetivo investigar a satisfação corporal e o sofrimento sexual de acordo com o estado do tratamento de afirmação de gênero (ou seja, desejo de tratamento realizado, desejo de tratamento não realizado, sem desejo de tratamento) utilizando uma amostra de adultos trans com diversidade de gênero. Dentro da população que realizou tratamento de afirmação de gênero, a terapia hormonal foi o recurso mais utilizado, sendo que as intervenções cirúrgicas foram reportadas com uma percentagem menor, um padrão que condiz com o paradigma de tratamento de afirmação de gênero atual. Assim, o estudo confirmou que o tempo decorrido desde o início da transição exerce um efeito indireto sobre o sofrimento sexual através da mediação da satisfação corporal, visto que um maior avanço no processo de transição traduziu-se num aumento gradual da satisfação com o próprio corpo que, por consequência direta, resultou na diminuição do sofrimento em termos sexuais. Este mecanismo manteve-se válido mesmo após a análise de outros fatores como a idade e a identidade de gênero e a presença de um parceiro sexual. [20](#) A ausência de um efeito direto entre o tempo de transição e o sofrimento sexual reforça que a simples passagem do tempo não alivia o mal-estar sexual se não houver um ganho real na imagem corporal, sendo que, clinicamente, isto realce a importância de os profissionais de saúde discutirem abertamente com os pacientes o tempo de espera necessário para que a aceitação do corpo melhore, uma vez que as expectativas físicas e sexuais nem sempre são alcançadas de forma imediata após os procedimentos. [20](#)

Outro artigo de Lindley et. al, que teve como objetivo investigar as relações entre aspetos distintos da disforia de gênero (ou seja, genital, peitoral, de outras características sexuais secundárias e social) e o envolvimento e prazer em atos sexuais específicos, numa população trans, designada com o sexo feminino à nascença, concluiu que, embora os participantes mantivessem uma vida sexual ativa, o envolvimento em práticas específicas, particularmente a masturbação e atos genitais recetivos, é frequentemente motivado por normas sociais cisnormativas e não pelo prazer efetivo, ou seja, realizam a maior frequência da atividade sexual não traduz necessariamente uma satisfação sexual. Ou seja, esta população realiza este tipo de

atos não necessariamente por os desejar e não sentir desconforto relativamente a essa parte do corpo, mas sim porque é o mais comumente realizado, nos genitais associados ao sexo que lhes foi designado à nascença. Além destes atos sexuais que envolvem a masturbação ou atos genitais recetivos, esta população também pode realizar outros atos sexuais que têm como foco o parceiro e o prazer deste, de modo a evitar o envolvimento no ato de zonas que lhes causem mais desconforto. Esta dinâmica indica que a disforia de género é mais saliente na "recetividade", onde a consciência corporal é inevitável. Por último, a disforia do peito e a disforia genital apresentam impactos distintos, mas interligados, na vivência sexual. Enquanto que a disforia do peito surge como a mais intensa e capaz de interromper a presença mental durante o sexo devido à consciência da anatomia secundária, a disforia genital reduz drasticamente o prazer em atos que a sociedade considera "centrais", tais como penetração, masturbação, entre outros. [21](#)

2.4. Relação entre experiências de trauma e DS em MSG

A violência interpessoal/ sexual e a vitimização por pares constituem problemas graves e persistentes de saúde pública. Contudo, a literatura científica tem-se revelado lacunar no que concerne à análise destes fenómenos em populações MSG. [22](#)

O estudo de Garthe et. al [34], preencheu essa lacuna metodológica ao comparar as taxas de abuso numa amostra de adolescentes dividida em quatro grupos: jovens do género masculino, feminino, transgénero e de género alargado (pessoas cuja expressão de género não se enquadra no binário habitual de masculino e feminino na sociedade). Os resultados evidenciaram disparidades profundas, demonstrando que os jovens transgénero registam os níveis mais alarmantes de vitimização global, seguidos pelos jovens com expressões de género alargadas. Estes resultados destacam disparidades nas experiências de vitimização entre diversas identidades de género. Mais de metade dos jovens transgénero reportaram vitimização verbal entre pares, 1 em cada 3 reportou *cyberbullying* e cerca de 1 em cada 3 sofreu violência psicológica no namoro. Por último, o estudo constatou de forma secundária que os jovens trans do género feminino experienciam taxas mais elevadas de abuso verbal, digital e psicológico no namoro do que os jovens trans do género masculino. [22](#)

Quanto ao impacto que esta maior vitimização tem no bem-estar, satisfação e disfunção sexuais em adolescentes, o estudo de Girouarde et. al [35] demonstrou que a vitimização por bullying se associa de forma direta e indireta a um maior sofrimento sexual, a maiores dificuldades na função orgástica e a maiores dificuldades no domínio do desejo e da excitação, não se tendo

verificado diferenças significativas nestas associações com base no estatuto de minoria dos participantes, ou seja, não se verificaram diferenças sendo a pessoa pertencente a uma minoria de género ou sexual. Por fim, relacionado a isto, também se objetivou estes adolescentes registaram scores significativamente mais elevadas barreiras mais acentuadas na regulação emocional, o que prejudica tanto a saúde em geral, como a sua saúde sexual. [23](#)

2.5. Fatores socioculturais (apoio familiar e aceitação social) nas DS em MSG

Segundo a teoria socioecológica, a homonegatividade internalizada resulta da interação do indivíduo com o seu ambiente, sendo a família um dos microssistemas primários mais influentes na formação da identidade. O estigma sexual familiar, manifestado através de preconceito, discriminação, silenciamento, rejeição ou bullying por parte dos familiares, prejudica a saúde global e impulsiona o desenvolvimento da homonegatividade internalizada. Os indivíduos MSG tendem a interiorizar a condenação moral expressa pela própria família e a ocultar a sua orientação sexual para evitar a estigmatização, um quadro que é agravado caso o indivíduo decida revelar a sua identidade sexual/ de género à família, e seja recebido com reações negativas. [24](#)

O estudo de Lin et. al analisou o impacto do ambiente familiar na homonegatividade internalizada em indivíduos lésbicas, gays e bissexuais (LGB), revelando que esta dinâmica é fortemente influenciada pelo papel mediador da perturbação da identidade pessoal e exhibe variações significativas com base no género. De facto, uma das principais revelações da investigação prende-se com a assimetria de género identificada na reatividade ao apoio familiar, visto que a associação direta entre o suporte dos familiares e a redução da homonegatividade internalizada apenas se verificou no subgrupo das mulheres lésbicas e bissexuais, não tendo registado efeito estatisticamente significativo nos homens gays e bissexuais. Esta diferenciação sugere que as mulheres são psicologicamente mais sensíveis às interações e conflitos no microssistema familiar, uma vulnerabilidade que é frequentemente exacerbada por normas tradicionais de género que impõem um maior controlo e escrutínio parental sobre as filhas do que sobre os filhos durante o processo de crescimento. [24](#)

Por fim, o conflito crónico entre a orientação sexual e a rejeição ou preconceito por parte dos familiares fratura o desenvolvimento identitário do jovem, gerando uma instabilidade estrutural nas suas crenças e valores que o torna altamente permeável à internalização do estigma social percebido, o que, como já foi referido anteriormente, pode levar a uma menor saúde sexual e possível desenvolvimento de DS. Inversamente, o suporte familiar exerce um papel

protetor indireto, uma vez que um clima familiar caloroso e seguro promove uma identidade coesa, madura e resiliente face aos efeitos do preconceito público. [24](#)

Quanto à variável da aceitação social, o estudo de Chan et. al, pega numa abordagem interessante e diferente do que seria expectável, tendo como objetivo analisar o impacto psicológico do stress gerado dentro da própria comunidade homossexual (*gay community stress*) em homens de minorias sexuais em Hong Kong. Os resultados revelam que a perceção de aspetos específicos das dinâmicas comunitárias maioritárias, nomeadamente o foco obsessivo no sexo e a competição social, está diretamente associada à diminuição da autoestima e ao agravamento de sintomas de depressão e ansiedade. [25](#)

Assim, os participantes percecionam uma cultura que prioriza o desempenho sexual em detrimento da conexão emocional, o que gera sofrimento, em particular, em homens que procuram relacionamentos de longo prazo ou que rejeitam encontros sexuais casuais. A investigação fornece evidência sobre o papel da auto-objetivação como um fator mediador intermédio entre o stress comunitário e o sofrimento psicológico. Assim, o estudo identificou disparidades severas e dinâmicas de desvalorização social em subgrupos específicos: homens com expressões de género consideradas mais tradicionalmente femininas; indivíduos com corpos maiores e maior Índice de Massa Corporal (IMC); homens com menor capacidade económica e, por fim, em homens bissexuais e pansexuais. Esta perceção de exclusão e desvalorização dentro da sua própria comunidade, torna estas populações a desenvolverem comportamentos, pensamentos autocríticos e ansiedade, que acaba por impactar a sua satisfação sexual, o que pode levar ao desenvolvimento de disfunção. [25](#)

2.6. Barreiras de acesso a cuidados de saúde sexual por MSG

Em Portugal, a morosidade e as longas listas de espera para o acesso a procedimentos cirúrgicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) constituem barreiras graves que perpetuam o sofrimento psicológico e condicionam a saúde global de indivíduos com diversidade sexual e de género. Contudo, as barreiras de acesso ao ecossistema de saúde transcendem as falhas estruturais e logísticas, encontrando-se profundamente alicerçadas em fatores psicossociais. [26](#)

O estudo de Patterson et. al analisou a competência cultural e a prevalência de preconceito na assistência a pacientes LGBT no Tennessee (EUA), revelando que, embora a maioria dos profissionais de saúde demonstre recetividade teórica, aproximadamente um em cada dez manifestou ambivalência ou intenção de recusar assistência a MSG, com base em

convicções morais ou religiosas. ²⁷ O estudo registou a ocorrência de microagressões clínicas para com o doente, estruturadas em três dinâmicas distintas. A primeira dinâmica traduz-se em microinvalidações, caracterizadas pela presunção da heterossexualidade e da cisgeneridade como normas universais, onde a ausência de recolha de dados sobre orientação sexual e identidade de género inibe a criação de espaços seguros, levando quase metade dos utentes a ocultar a sua identidade e a silenciar temas cruciais na consulta, com prejuízo direto para os seus indicadores de saúde. A segunda manifesta-se através de microinsultos, recorrendo a uma linguagem desadequada e patologizante que descreve a orientação sexual como uma mera preferência ou estilo de vida. Por fim, a terceira dinâmica envolve microagressões, que consistem em atos conscientes de evitamento e discriminação, como o uso deliberado de nomes e pronomes errados com utentes transgénero, gerando barreiras que os afastam dos cuidados primários e exacerbam disparidades em doenças crónicas. Este cenário de exclusão agrava-se consideravelmente no âmbito da oncologia, onde quase dois terços dos especialistas admitiram não se sentir capacitados para dialogar com doentes LGBT de forma sensível e apropriada. ²⁷

Aprofundando a vertente da procura de assistência profissional perante disfunções sexuais, Grabski et. al analisaram o papel da identidade sexual e do stress de minoria em homens que experienciam problemas nesta esfera. ²⁶ Os resultados do estudo indicaram que a identidade sexual, especificamente o facto de o indivíduo se autoidentificar como homem gay está associada a uma probabilidade significativamente reduzida de consultar um especialista quando o doente está a sofrer uma possível disfunção ou problema sexual. Este cenário de desconfiança é validado pelo facto de que 75% dos homens gays enfrentam discursos de ódio no seu quotidiano com uma frequência pelo menos moderada e que cerca de 10,9% dos homens gays e 12,5% dos homens bissexuais já experienciaram tratamento desigual ou discriminatório dentro do próprio sistema de saúde. De facto, também se revelou que até 50% dos indivíduos MSG optam por omitir a sua orientação sexual ou identidade de género por receio de serem expostos ao estigma institucional e ao preconceito por parte dos prestadores de cuidados. Isto leva a uma avaliação pelo profissional de saúde insuficiente, dado este não ter os dados todos presentes para orientar a situação da melhor forma, o que leva, indiretamente, a taxas maiores de disfunção sexual nestas populações. ²⁶

No estudo de Yaish et. al, que tem como foco a população trans masculina (homens trans), esta população sente dificuldade em receber cuidados adequados por parte dos profissionais de saúde, o que pode fazer com que evitem exames pélvicos devido a potenciais

situações de desconforto, dor e exacerbação da disforia.²⁸ Assim, este preconceito e a discriminação por parte dos profissionais de saúde podem desempenhar um papel indireto na evolução de sintomas físicos e na progressão das disfunções do pavimento pélvico, visto que estes doentes não são adequadamente tratados, pelos motivos anteriormente mencionados. Estas conclusões sublinham a necessidade de ambientes de cuidados de saúde seguros e inclusivos, dotados de profissionais formados para prestar assistência a esta população.²⁸

3. Fatores clínicos associados à DS em MSG

3.1. Condições médicas gerais e a sua relação com DS em MSG

A literatura científica contemporânea fundamenta de forma inequívoca a natureza bidirecional da relação entre a saúde sistémica e a saúde sexual, demonstrando que a manifestação de disfunções sexuais tanto pode resultar do impacto direto de diversas patologias crónicas como, inversamente, funcionar como um sinal de alerta precoce para o desenvolvimento de morbilidades futuras. As condições mais comumente associadas a disfunção em MSG na pesquisa científica efetuada incluem HIV e cancro da próstata.

No que toca ao VIH, uma percentagem desproporcional da pesquisa tem como foco esta patologia. Assim, tendo em conta que esta revisão tem como objetivo a exploração de outras condições e fatores associados à saúde sexual, não se pretende dar muito foco nesta patologia. No entanto, é relevante mencionar que no estudo organizado por Li et. al, um dos achados foi que ter um diagnóstico positivo para o VIH associou-se a uma redução no interesse sexual, mas não afetou a função erétil. Esta dissociação contraria estudos mais antigos, mas pode ser explicada pela mudança no paradigma no que toca a como as gerações MSG encaram o VIH, visto que, atualmente, este não é visto como uma doença fatal, mas como uma condição crónica gerível.¹⁶

Relativamente ao cancro da próstata, refere-se o estudo de Wheldon et. al, que teve como tema a disfunção sexual em homens que se identificam como gays e bissexuais, depois de se submeterem a tratamento para cancro da próstata, que é muitas vezes subdesvalorizada e subdiagnosticada.²⁹ Este estudo teve como foco principal a anodispareunia (dor recorrente ou persistente durante a relação sexual anal recetiva), visto que esta constitui uma sequela bastante comum dos tratamentos para o cancro da próstata em homens que fazem sexo com homens.

Assim, este estudo demonstrou que a dor não era um problema crónico prévio à doença para a maioria dos participantes, sugerindo que o quadro clínico emerge diretamente das intervenções oncológicas. Verificou-se que cerca de 15,4% dos homens da amostra preenchiam os critérios estritos para este diagnóstico, uma taxa superior à encontrada em populações sem historial de cancro. As alterações biológicas secundárias a este tratamento mais comumente associadas à anodisporeunia foram as alterações intestinais, visto que as lesões tecidulares e a inflamação crónica induzidas pela radioterapia, como a proctite radicular, geram fenómenos de hiperalgesia e um aumento progressivo da sensibilidade dolorosa ao longo do tempo. Este quadro é prejudicado pelo aparecimento de sintomas psicológicos, como a ansiedade e a hipervigilância, que por sua vez, prejudicam o relaxamento reflexo dos músculos do esfíncter anal, o que intensifica o desconforto físico. Esta disfunção teve um impacto muito negativo na qualidade de vida dos participantes, com o evitamento da penetração anal a correlacionar-se diretamente com o declínio da satisfação sexual, da autoestima e da integridade da identidade do papel sexual. Assim, os achados fundamentam a necessidade de classificar formalmente a anodisporeunia como uma disfunção sexual autónoma nesta população, de modo a tratá-la de maneira mais específica e eficaz. ²⁹

Outras condições médicas, como doenças cardiovasculares e diabetes foram identificadas pelo estudo de Grabski et. al [16], como podendo estar associadas a disfunções eréteis em homens gays e bissexuais. ⁸

3.2. Relação entre o consumo etílico e de canábis e DS em MSG

Tal como foi referido no tópico anterior, o consumo de substâncias psicoativas constitui um fator clínico de elevada relevância na análise da saúde sexual. De facto, a relação entre o uso de substâncias e a resposta sexual é historicamente marcada por uma dualidade ambígua, em que as expectativas de desinibição ou facilitação erótica contrastam com os efeitos crónicos e nocivos que promovem o desenvolvimento de disfunções sexuais.

Ao investigar os fatores associados à disfunção erétil em homens gays mais velhos, o estudo de Prieto et, al, menciona nos seus resultados que o consumo de álcool antes ou durante o ato sexual é mais prevalente entre minorias sexuais em comparação com populações heterossexuais. ³⁰ Na população deste estudo, foram reportadas taxas de disfunção erétil mais baixas em homens que admitem o uso de álcool antes ou durante o sexo. Este efeito pode ser explicado pelo efeito de redução de stress e na ansiedade sexual, a curto prazo. ³⁰

No entanto, é preciso ter em consideração os efeitos nocivos do consumo do álcool e o seu papel no surgimento de DS em MSG, principalmente aquando de um consumo crónico e problemático. O estudo de Newcomb et. al que teve como população homens jovens que fazem sexo com homens, corrobora que o consumo excessivo ou problemático de álcool prejudica o funcionamento sexual e diminui o interesse pela atividade sexual, apesar de também ter verificado que o consumo de álcool em quantidades pequenas a moderadas possa aumentar a excitação sexual sob certas condições. [18](#)

Este estudo também analisou a relação entre a disfunção sexual e o consumo de canábis. Por um lado, este associou-se a uma maior satisfação sexual na relação, sendo possível que os efeitos fisiológicos calmantes da canábis estejam associados à redução da ansiedade e das inibições, o que poderia melhorar a satisfação sexual. Contudo, um consumo muito intensivo de canábis pode levar a DS na fase de excitação e uma diminuição no interesse sexual, pelo que são necessários mais estudos para compreender o impacto do consumo de canábis em diferentes níveis no funcionamento e na satisfação sexual. [18](#)

3.3 Relação entre procedimentos de afirmação de género e DS em MSG

Os procedimentos de afirmação de género em minorias de género, podem ser divididos em não cirúrgicos, nos quais se destaca a terapia hormonal, que inclui terapia com estrogénio e inibidores de androgénios para mulheres transgénero, e terapia com testosterona para homens transgénero, com o objetivo de induzir o desenvolvimento de características sexuais secundárias, e cirúrgicos, como cirurgias mamárias, que incluem a mastectomia masculinizante ou aumento mamário, dependendo do género da pessoa; cirurgias faciais, que constituem procedimentos de feminização ou masculinização facial para harmonização de traços e, por fim, cirurgias genitais (redesignação sexual), como a vaginoplastia (construção de vagina) ou a faloplastia (construção de pénis). [39](#) Estes procedimentos são recursos terapêuticos fundamentais para a harmonização corporal, com repercussões diretas na qualidade de vida e na vivência plena da saúde sexual de minorias de género. [28](#)

No que toca aos potenciais efeitos da terapêutica hormonal de afirmação de género (THAG) na função sexual em indivíduos transgénero, o artigo realizado por Yaish et. al [42], que conclui que, na população de homens trans, a terapia hormonal com testosterona pode estar associada a um aumento da atividade, desejo e excitação sexual. No entanto, uma percentagem de 53% da amostra revela sofrer de DS, principalmente pela presença de dor pélvica. Embora este

estudo não tenha determinado a causa ou o mecanismo da dor, sabe-se que os músculos do pavimento pélvico são sensíveis aos androgénios, uma vez que estes exercem um efeito anabólico sobre o pavimento pélvico. Portanto, é plausível que a testosterona possa afetar a musculatura do pavimento pélvico, contribuindo para a experiência de dor. Em contraste, nas mulheres transgénero, a terapia com estrogénio resulta numa redução mensurável da função erétil, sem que isso implique, na maioria dos casos, alterações na orientação ou preferência sexual. ²⁸

Para complementar estes resultados, é importante referir o estudo de Barcelos et. al, que teve como objetivo avaliar a função sexual de homens e mulheres transgénero e identificar os fatores associados. Os dados demonstraram que as mulheres trans, quando sujeitas a THAG, relataram sintomas de disfunção sexual em 82% da população, quando avaliadas pela *Female Sexual Function Index* (FSFI), enquanto que uma percentagem de 55,87% de homens trans apresentou scores no FSFI compatíveis com risco de disfunção. ² A disfunção sexual mais identificada nestas populações foi o desejo sexual hipoativo. Estes valores podem ser explicados pelo facto de que as doses elevadas de estradiol utilizadas na terapia hormonal particularmente quando associadas a antiandrogénios (como a ciproterona ou a espironolactona), induzem uma supressão acentuada da testosterona endógena, o que poderá ser o mecanismo fisiológico responsável pelo declínio do desejo sexual. O facto de os homens trans da amostra registou menor risco de DS, corrobora a importância da testosterona na modulação da resposta sexual, sendo que o início da administração de testosterona associa-se a um incremento acentuado do desejo sexual espontâneo e da reatividade a estímulos eróticos durante os primeiros 3 meses, tendendo estes valores a estabilizar nos níveis basais após 3 anos de exposição contínua. ²

Quanto à percentagem de homens trans que apresentavam risco de DS, permanece por esclarecer o motivo destes valores, sendo que o impacto exato e os mecanismos subjacentes aos níveis elevados de androgénios na função sexual desta população permanecem por esclarecer, parecendo coexistir a influência minoritária de fatores psicológicos, a persistência de disforia de género e os tempos prolongados de espera para a realização de cirurgias de afirmação. No entanto, relativamente aos resultados deste estudo, é necessário mencionar que os resultados obtidos através da escala FSFI podem não refletir a real saúde sexual de indivíduos transgénero, visto que este instrumento não está validado para a avaliação da função sexual destas populações. ²

Para um melhor esclarecimento quanto à evolução do desejo sexual em pessoas transgénero após o início da THAG de afirmação de género, o estudo de Defreyne et. al avaliou

esta evolução a longo prazo (36 meses), analisando o impacto de fatores endócrinos, cirúrgicos e psicopatológicos na variação do desejo sexual ao longo do tempo. ³¹ Relativamente aos resultados em mulheres trans, após uma expectável diminuição inicial do desejo a curto prazo (3 a 12 meses) devido ao uso de estrogénios e anti-androgénios, registou-se um aumento líquido significativo do desejo sexual ao fim de 3 anos. Por sua vez, no caso de homens trans, verificou-se um incremento acentuado do desejo sexual nos primeiros 3 meses após a introdução da testosterona, com uma estabilização aos 36 meses, não demonstrando diferenças estatísticas face aos valores basais. As flutuações do desejo sexual não demonstraram qualquer correlação direta com os níveis séricos de esteroides sexuais. O desejo foi modulado por variáveis clínicas e psicossociais, incluindo o estatuto conjugal, a intensidade da disforia de género, e diagnósticos de saúde mental. ³¹

Quanto à relação das cirurgias de afirmação de género e a função sexual em minorias de género, o estudo de Wierckx et al. [47] aprofundou o seu impacto no desejo sexual. Este estudo identificou diferenças importantes com base na orientação sexual, tipo de procedimento e género. ³²

Na população de mulheres trans (MT), no que diz respeito aos efeitos da cirurgia de afirmação de género na saúde sexual das mulheres trans, os investigadores constataram que as mulheres trans submetidas a vaginoplastia apresentavam níveis significativamente mais elevados de desejo sexual do que aquelas que aguardavam o procedimento. Esta evidência sugere que o alívio da disforia de género, ao proporcionar uma imagem corporal biologicamente congruente, remove barreiras inibitórias e facilita interações sexuais mais satisfatórias, superando o bloqueio psicológico causado pela persistência de genitais masculinos. No entanto, uma variável a notar foi que o grupo das mulheres trans atraídas por mulheres registaram níveis superiores de perturbação do desejo sexual hipoativo, em comparação com as atraídas por homens, embora os níveis de sofrimento associados não tenham diferido entre os grupos. Este menor interesse intrínseco pela atividade sexual e a menor reatividade a estímulos sexuais no subgrupo de mulheres atraídas por mulheres assemelha-se aos padrões epidemiológicos observados em mulheres lésbicas na população geral. ³²

Quanto à população de homens trans (HT), não se registaram associações diretas entre o tipo de procedimento cirúrgico executado e os o registo de um maior desejo sexual, contrariamente ao que se verificou no grupo das mulheres. Contudo, verificou-se que quanto maior a satisfação com a faloplastia, menor era o risco de o indivíduo apresentar perturbação do desejo sexual hipoativo, indicando que quanto maior é o contentamento com o resultado da

cirurgia, menor é o sofrimento por baixo desejo. Também não foram encontradas diferenças na variável da orientação sexual, ao contrário do que aconteceu no grupo das mulheres. ³²

Este estudo também avaliou o impacto da gonadectomia, ou seja, a remoção dos testículos nas MT e remoção dos ovários nos HT, concluindo que, ao contrário do que se observa em populações cisgênero (onde a remoção das gónadas reduz o funcionamento sexual), a gonadectomia associou-se ao aumento do desejo sexual tanto em HT como em MT. Este fenómeno não se deveu a alterações endócrinas basais (como os níveis de prolactina), mas sim a fatores de afirmação psicológica e física, tais como a melhoria da imagem corporal após procedimentos cirúrgicos genitais e, no caso das MT, à possibilidade de suspensão clínica do acetato de ciproterona, um potente antiandrogénico utilizado na THAG feminizante, que pode, secundariamente, afetar a saúde mental da doente. ³²

4. Avaliação e diagnóstico das DS em MSG

Tal como foi referido na introdução desta revisão, historicamente os instrumentos e índices diagnósticos de disfunção sexual, foram construídos sob matrizes de cariz heteronormativo e cisnormativo, falhando em capturar as especificidades comportamentais, anatómicas e relacionais de minorias sexuais e de género. Isto resulta em barreiras de comunicação, enviesamentos de medição e riscos elevados de erro diagnóstico. Perante esta realidade, a literatura científica contemporânea tem-se focado na identificação destas limitações estruturais e no desenvolvimento de novas escalas ou reconfigurações metodológicas capazes de assegurar uma avaliação de saúde integral, equitativa e culturalmente competente.

4.1. Limitações dos instrumentos tradicionais na avaliação e diagnóstico de DS em MSG

No que toca à avaliação da população homossexual masculina, a investigação de Kiss et.al analisou as propriedades psicométricas do Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) numa amostra de homens gays.⁹ O IIEF original foi desenvolvido com base numa amostra cuja orientação sexual não foi especificada, o que assume um viés heteronormativo. O estudo demonstra que a utilização de escalas não validadas para populações específicas pode comprometer a precisão dos resultados e levar a diagnósticos clínicos errados. ⁹

No estudo de Lynch et. al foram efetuadas entrevistas com um grupo de mulheres pertencentes a minorias sexuais e outro com mulheres heterossexuais para propor modificações

estruturais ao *Female Sexual Functioning Index* (FSFI). ⁴ Este estudo identificou a necessidade da mudança da linguagem utilizada nestes questionários de função sexual para uma mais inclusiva. O estudo propõe, por exemplo, substituir os conceitos de 'estimulação sexual' e 'relação sexual' são substituídas por 'atividade sexual (a sós ou com parceiro/a)', e a expansão da definição de 'penetração vaginal' além da relação peniano-vaginal. Adicionalmente, os conceitos identificados como em falta nas entrevistas incluíam, por exemplo, o uso de lubrificante externo, a satisfação emocional e o bem-estar geral. Por fim, este estudo destaca uma necessidade crítica de adaptar e simplificar a linguagem utilizada nas ferramentas atualmente na prática clínica, de modo a melhorar a legibilidade e a compreensão entre todos os doentes. ⁴

4.2. Instrumentos Validados ou Adaptados para a avaliação e diagnóstico de SD em MSG

Como foi realçado até agora, há uma enorme necessidade de instrumentos de diagnóstico e avaliação validados ou adaptados para a população de MSG.

O estudo de Rivera et. al de modo a preencher esta uma lacuna importante na compreensão da saúde sexual entre jovens adultos LGB, avaliou qualidade, a precisão e a validade do *Sexual Subjectivity Inventory* (SSI) entre jovens adultos lésbicas, gays e bissexuais. ³³

O SSI, originalmente foi desenvolvido para mulheres no final da adolescência e adultas emergentes avalia em que medida uma pessoa se percebe como tendo capacidade de escolha, experienciando desejo e sendo merecedora de prazer sexual. O instrumento avalia a subjetividade sexual ao longo de cinco dimensões distintas: a autoestima corporal sexual, que engloba os sentimentos de confiança, atratividade e conforto com o próprio corpo num contexto sexual; o direito ao prazer sexual auto-direcionado; o direito ao prazer sexual proveniente de um parceiro; a autoeficácia na obtenção de prazer, definida como a confiança na própria capacidade para comunicar desejos, negociar limites sexuais e alcançar a satisfação; e, por fim, a autorreflexão sexual, que caracteriza a tendência do indivíduo para aprender com as suas próprias experiências e sentimentos sexuais. ³³

Os resultados desta pesquisa sugerem que o SSI é uma medida fiável e válida de saúde sexual para jovens não-heterossexuais. Sendo que os testes efetuados para confirmar que este questionário funciona com igual exatidão quando aplicado a grupos diferentes fornecem evidência robusta de que os fatores do SSI estão a ser medidos da mesma forma entre grupos de identidade cisgénero e sexual. ³³

Para colmatar a escassez de ferramentas personalizadas, McDonagh et. al desenvolveram e avaliaram a Escala de Dificuldades Sexuais para Homens Gays (*Gay Male Sexual Difficulties Scale* - GMSDS), utilizando uma abordagem que se afasta da lógica linear e heteronormativa dos questionários tradicionais, o instrumento final foi estruturado com 25 itens desenhados para avaliar de forma multidimensional as preocupações anatómicas, relacionais e eróticas desta população específica.³⁴ Esta estrutura é distribuída por seis domínios fundamentais: dificuldades com o sexo anal recetivo, dificuldades com o sexo anal insertivo, dificuldades eréteis desvinculadas do viés da penetração vaginal, desconfortos associados ao prepúcio, constrangimento ou vergonha corporal durante a atividade íntima, e preocupações específicas com o líquido seminal e a ejaculação.³⁴

Em termos de diretrizes clínicas e metodológicas gerais retiradas da literatura, o cruzamento dos dados de Lynch⁴ e Kiss⁹ fundamenta recomendações claras para uma prática diagnóstica culturalmente competente. Assim, destaca-se a necessidade de eliminar termos restritos como coito, adotando expressões como atividade sexual a sós ou com parceiro para validar a masturbação e o sexo não-penetrativo, bem como alargar o conceito de penetração para incluir dedos e brinquedos sexuais nas instruções de preenchimento. Adicionalmente, com base no feedback dos doentes, sugere-se o alargamento do período de retrospeção dos questionários de quatro semanas para três meses em triagens gerais para acolher indivíduos com atividade sexual menos frequente. Por fim, recomenda-se a simplificação de termos técnicos e abstratos para adequar os instrumentos aos níveis de literacia em saúde e garantir uma avaliação equitativa e clinicamente eficaz de todas as populações.^{4,9}

5. Intervenções e tratamento para as DS em MGS

As intervenções e tratamento de DS, específicas para esta população são escassas, não tendo sido encontrado na literatura protocolos específicos para este tema. Apenas foram encontradas várias técnicas e recomendações para condições que podem estar associadas à presença de DS, tais como, o stress de minoria, a homonegatividade internalizada, ansiedade e cuidados pós-cirúrgicos no caso de cirurgia de afirmação de género

Quanto a recomendações da literatura para o controlo e alívio do stress de minoria em adolescentes lésbicas, gays e bissexuais (LGB), estas incluem a procura de apoio em organizações ou espaços voltados para a comunidade LGBT (confronto específico de minorias sexuais), sendo

que esta pode atuar como um fator de proteção associado ao aumento da autoestima, maior satisfação com a vida e redução de sintomas depressivos, uma vez que valida a identidade do jovem face ao heterossexismo estrutural. ³⁵

O artigo de Sotomayor et. al menciona o projeto RISE, que consiste numa intervenção digital autoguiada de 20 minutos direcionada para o stresse das minorias. Esta abordagem demonstrou melhorias na saúde mental e no bem-estar de adolescentes, independentemente de possuírem uma única identidade minoritária ou múltiplas identidades minoritárias interseccionais, através da redução dos níveis de estigma internalizado, desesperança, depressão e ansiedade; aumento do Orgulho Identitário, sendo que os adolescentes com múltiplas identidades minoritárias (particularmente os que se identificam como minorias de género) registaram níveis significativamente *mais elevados* de orgulho identitário imediatamente após a sessão e ao integrar com estratégias de superação para que os jovens estendam as lições de orgulho e resiliência a múltiplas identidades marginalizadas em simultâneo. Além disto, esta sessão é bastante acessível, sendo que o seu formato online de sessão única permite que os jovens acedam instantaneamente a competências de superação baseadas em evidência, sem longos tempos de espera, proporcionando um alívio psicológico imediato. ³⁶

No plano da homonegatividade internalizada decorrente do estigma sexual familiar, o artigo de Lin et. al, já mencionado quanto ao impacto do estigma sexual familiar e do suporte familiar com a homonegatividade internalizada em indivíduos lésbicas, gays e bissexuais, sugere que abordagens baseadas em *mindfulness*, focadas na aceitação não julgadora da experiência interna, e programas assentes na teoria dos estados de identidade demonstram maior eficácia potencial do que os protocolos cognitivo-comportamentais afirmativos tradicionais. Estas intervenções devem ser complementadas por programas de psicoeducação familiar que visem o fortalecimento dos laços interpessoais e o aumento da literacia científica dos pais sobre a orientação sexual de modo a reduzir distúrbios da autoidentidade. ²⁴

O estudo de Avallone et. al, que teve como objetivo avaliar as necessidades de cuidados de disfunção sexual de homens gays, bissexuais e outros homens que têm sexo com homens que vivem com VIH em Montreal, Canadá, fundamenta a transição de um modelo puramente farmacológico para uma abordagem centrada no doente e de matriz biopsicossocial. O uso de inibidores da PDE5 apresenta eficácia na disfunção erétil, mas acarreta barreiras como custos financeiros, estigma e risco de aquisição no mercado informal, gerando potenciais interações com a terapêutica antirretroviral (ART); complementarmente, a terapêutica de substituição de

testosterona em pacientes com VIH apresenta benefícios limitados na libido e ereção. Assim, recomenda-se a adoção de atitudes clínicas proativas e empáticas com o uso de questionários de Resultados Relatados pelo Doente (PRO) para mitigar a subnotificação por vergonha, promovendo redes de referência que integrem medicina, psicologia e serviços comunitários.

[37](#)

No estudo de Wheldon et. al já mencionado nesta revisão, que teve como foco disfunção sexual não reconhecida em homens gays e bissexuais após o tratamento do cancro da próstata, os investigadores aconselham que os sobreviventes de cancro da próstata que desenvolvem anodispareunia (dor no sexo anal), as estratégias de reabilitação devem-se focar e na gestão clínica de problemas intestinais subjacentes, avaliação de proctite por radiação, discussões abertas sobre preferências de papel erótico antes do tratamento, fisioterapia do pavimento pélvico e utilização de dilatadores anais para o relaxamento muscular. [29](#)

No âmbito das modalidades de tratamento emergentes para gerir o sofrimento e a disfunção sexual no pós-operatório de Cirurgias de Afirmação de Género (CAG), a literatura começou a propor a discussão e exploração clínica da assistência com parceiro sexual substituto ou terapia com parceiro sexual (SPT) como uma via potencial para aumentar o conforto e a confiança física destes doentes. [38](#)

CONCLUSÃO

No que toca aos fatores psicossociais relacionados, a evidência reunida demonstra que a saúde sexual destas populações não pode ser dissociada das suas vivências sociopolíticas, relacionais e biológicas. As taxas elevadas de incidência de DS identificadas encontram-se profundamente ancoradas no impacto crónico do stress de minoria. Os stressores proximais, nominalmente a homonegatividade internalizada, a hipervigilância e a ansiedade de desempenho, emergem como os principais inibidores psicofisiológicos, afetando o relaxamento cognitivo e físico indispensável para o ciclo de resposta sexual e para a perceção subjetiva de prazer. No âmbito relacional, enquanto que o suporte mútuo e a comunicação positiva atuam como robustos moderadores e preditores de satisfação, identificou-se uma taxa alarmante de violência por parceiro íntimo (VPI) e de vitimização por pares nas MSG, afetando a regulação emocional e a função orgástica dos jovens e adultos. No contexto das MG, disforia de género e procedimentos médicos e cirúrgicos de afirmação de género (THAG, mastectomias, vaginoplastias, faloplastias) são também fatores que influenciam largamente o risco de DS nestas populações. A consecução de congruência física através destas intervenções leva, a longo prazo, a uma melhor função sexual e menor risco de DS, uma vez que a harmonização anatómica dissipa bloqueios psicológicos severos e liberta o potencial de entrega erótica. Inversamente, as minorias sexuais não passam por um processo de modificação corporal médico equivalente, o que resultou numa menor densidade de dados clínicos focados especificamente nas suas dinâmicas orgânicas de disfunção.

No plano clínico, os fatores que influenciam as DS evidenciam uma complexidade interseccional, revelando uma rede de fatores médicos, farmacológicos e psiquiátricos que interagem de forma bidirecional com a saúde sexual. Destaca-se o impacto de morbilidades crónicas sistémicas e oncológicas, como o VIH e o cancro da próstata. Os padrões de consumo de substâncias psicoativas também revelam uma dualidade: embora o uso moderado de álcool e canábis seja utilizado a curto prazo para atenuar a ansiedade contextual, o consumo crónico culmina no declínio severo do interesse sexual e em perturbações marcadas da resposta física.

No domínio metodológico e de diagnóstico, a presente investigação expõe a desadequação dos índices clínicos de rastreio de matriz cis-heteronormativa, tais como o IIEF e o FSFI. Estes questionários falham por não englobarem práticas sexuais que divergem da visão tradicional, vaginal e penetrativa, ignorando coitos não-genitais ou dinâmicas relacionais diversas, o que gera riscos severos de erro e subnotificação diagnóstica. Embora a literatura aponte

caminhos promissores através de escalas personalizadas, como a GMSDS e o SSI, ou da adaptação inclusiva dos índices clássicos, a sua transposição para o contexto clínico real ainda não é significativa, sendo travada por preconceitos institucionais, microagressões e falhas na formação académica, que empurram as MSG para a ocultação da identidade e adiamento de cuidados.

Transversalmente a estes achados, observou-se uma assimetria metodológica na literatura, com a investigação a focar-se substancialmente mais na população trans (MG) do que nas minorias sexuais. Embora surpreendente à primeira vista, dado que a comunidade científica ainda está longe de assegurar às pessoas trans o nível de cuidado e proteção estrutural devido, este desequilíbrio compreende-se pelo facto de esta população englobar vivências intrinsecamente ligadas a diagnósticos formais, como o de disforia de género, e a procedimentos médicos estruturados de afirmação de género (THAG, mastectomias, vaginoplastias, faloplastias) que geram métricas e registos contínuos. Inversamente, as minorias sexuais não vivenciam um processo de transição ou modificação corporal médico equivalente, o que resultou numa negligência generalizada por parte dos investigadores, tornando a produção científica sobre orientação sexual dispersa e focada em aspetos gerais de satisfação, sem a mesma densidade de dados focados explicitamente nas suas dificuldades íntimas.

Devem reconhecer-se as limitações metodológicas desta revisão, as quais abrem caminho para indicações para investigações futuras. Em primeiro lugar, a literatura científica disponível permanece excessivamente dependente de estudos transversais e amostras de conveniência, inviabilizando o estabelecimento de nexos de causalidade robustos. Detetou-se uma escassez de dados epidemiológicos focados em determinar a prevalência real das DS em minorias sexuais; a literatura atual tende a concentrar-se quase exclusivamente nos fatores determinantes da saúde e da satisfação sexual geral, tornando invulgar e difícil a localização de menções a disfunções sexuais por si próprias. Adicionalmente, verificou-se uma ausência absoluta de protocolos de intervenção e tratamento validados na literatura que sejam específicos para as DS nesta população, limitando as opções clínicas a meras recomendações para condições acessórias. Há também uma carência de ferramentas diagnósticas validadas e aferidas para o contexto linguístico e cultural português.

Alinhando estes achados com o panorama internacional mapeado por Mustanski e Macapagal (2024), a investigação futura em saúde sexual de MSG deve transitar ao longo do espectro da investigação translacional. Embora a investigação global sobre MSG tenha crescido significativamente e expandido o seu foco para lá da epidemiologia do VIH (abrangendo a saúde

mental, o consumo de substâncias e a violência), existe um déficit estrutural de ensaios clínicos controlados e randomizados (apenas 8,9% dos projetos financiados, segundo os autores). Urge, portanto, desenhar estudos que testem eficazmente a transposição de modelos teóricos (como o stress de minoria) para intervenções multinível e integradas de base biológica e psicológica, como a utilização de marcadores de inflamação sistémica para avaliar a eficácia de psicoterapias na redução do impacto do estigma. Do mesmo modo, a investigação deve focar-se na aplicação prática dos tratamentos, avaliando em simultâneo a eficácia das intervenções e as barreiras reais que estas enfrentam, como o preconceito institucional ou as restrições na lei. [40](#)

Por fim, para que este volume de investigação se traduza em equidade em saúde, é necessário mitigar as barreiras que os próprios cientistas MSG enfrentam nas suas carreiras e garantir que todos os profissionais recebam formação formal compulsória para adquirir competência cultural. Só através do desmantelamento das barreiras de acesso, da validação e aplicação clínica real de novos índices e da legitimação da subjetividade sexual das MSG será possível assegurar a equidade e a justiça social na saúde de que estas populações carecem e são credoras.

APÊNDICE

Tabela I – Síntese dos estudos incluídos

Informações de Publicação	Objetivo do Estudo	Características da Amostra	Desenho do Estudo	Variáveis Clínicas / Instrumentos	Outcomes (Desfechos)	Principais Resultados
Avallone et al. (2026)	Explorar as experiências, barreiras e preferências relativas aos cuidados de saúde para disfunções sexuais em homens que fazem sexo com homens (GBM) com VIH.	N=31 homens que fazem sexo com homens (GBM), residentes em Montreal, com diagnóstico de VIH e histórico de disfunções sexuais nos últimos 5 anos.	Estudo qualitativo descritivo com a realização de entrevistas semiestruturadas e aplicação de análise temática.	Entrevistas semiestruturadas; Análise temática de discursos sobre experiências terapêuticas e preferências clínicas.	Vivências de saúde sexual; barreiras de acesso a tratamentos; preferências de abordagem e competências do profissional de saúde.	A redução da libido (83.9%) e a disfunção erétil (80.6%) foram os problemas mais comuns, com 58.0% a sofrer múltiplas disfunções em simultâneo. Os homens relataram sucesso clínico limitado com as abordagens farmacológicas e psicoterapêuticas atuais. Ideias individuais de "normalidade" agiram como barreira.
Barcelos et al. (2026)	Avaliar a função sexual de homens e mulheres transgênero em terapia hormonal de afirmação	N=108 pessoas trans (58 homens trans, 50 mulheres trans); 27 a 50 anos; utente de centro de incongruê	Estudo clínico observacional transversal com recolha de dados em prontuári	<i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI); <i>Male Sexual Function Index</i> (MSFI); Questionário semiestruturado de satisfação.	Função sexual nos domínios de excitação, lubrificação/ereção, orgasmo e satisfação; sentimentos sobre a	Homens trans pontuaram mais alto que mulher trans em todos os domínios do FSFI e MSFI (. Ambos os índices indicaram alto risco de

	de género e identificar os fatores associados.	ncia de género.	os médicos.		identidade trans e satisfação sexual.	disfunção sexual, mas a avaliação semiestrutura da revelou que mais de metade dos homens trans e quase metade das mulheres trans estavam satisfeitos ou muito satisfeitos.
Björkens tam et al. (2020)	Investigar as diferenças associadas à orientação sexual na satisfação e insatisfação com a vida sexual, bem como na presença de disfunções e problemas sexuais na Suécia.	N=14537 indivíduos suecos (homens e mulheres) com idades compreendidas entre os 16 e os 84 anos.	Estudo observacional transversal de base populacional baseado no inquérito nacional SRHR2017 ligado a registos nacionais.	Inquérito autoadministrado do SRHR2017; Modelos de regressão logística estratificados por sexo biológico.	Satisfação sexual autorrelatada; insatisfação com a vida sexual; falta de excitação; ausência de orgasmo; orgasmo prematuro; ejaculação prematura.	Mulheres e homens bissexuais reportaram maior insatisfação com a vida sexual face aos heterossexuais. A identidade bissexual ou lésbica funcionou como fator de risco para orgasmo prematuro nas mulheres. Homens gays apresentaram maior probabilidade de falta de excitação e ausência de orgasmo, mas menor risco de ejaculação prematura.
Calvillo et al. (2026)	Desenvolver um modelo	N=820 participantes (410	Estudo observacional	Escala de homofobia internalizada;	Nível de satisfação sexual	A satisfação sexual associou-se

	explicativo da satisfação sexual em indivíduos atraídos pelo mesmo sexo inseridos numa relação, com base em variáveis pessoais e interpessoais.	homens com Média=29.24 anos e 410 mulheres com Média=29 anos) em relacionamentos com parceiros do mesmo sexo.	transversal correlacional com modelos de regressão linear múltipla no âmbito de equações estruturais (SEM).	Dimensões de vinculação (ansiedade e evitamento); <i>Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction</i> (custos e benefícios sexuais); Funcionamento sexual; Ajustamento diádico.	individual e a sua associação preditiva com variáveis psicológicas pessoais e dinâmicas interpessoais da relação.	negativamente à homofobia internalizada, ao número de custos sexuais, à ansiedade e ao evitamento de vinculação. As variáveis de natureza relacional/interpessoal demonstraram ser significativamente mais relevantes na explicação da satisfação sexual do que as características pessoais.
Canale et al. (2022)	Testar a integridade e das vias nervosas pélvicas através de eletrofisiologia e explorar a relação entre a sensibilidade genital e a intensidade do orgasmo autorrelatada em mulheres transgênero após	N=6 mulheres transgênero com disforia de gênero submetidas a cirurgia de afirmação de gênero (GAS) entre 2016 e 2019.	Estudo clínico piloto observacional e exploratório com exames eletrofisiológicos e avaliação psicométrica pós-cirúrgica.	Potenciais Evocados Somatossensoriais (PES); Limiar Percetivo (LP); Escala psicométrica <i>Orgasmometer</i> .	Integridade das vias nervosas pélvicas/genitais pós-cirurgia e a sua correlação com a intensidade e autopercebida do orgasmo.	Os PES confirmaram a integridade do sistema lemniscal na área genital pós-GAS. Os limiares percetivos foram muito mais baixos (maior sensibilidade) no neoclítoris do que na neovagina e ânus. Não houve correlação entre o <i>Orgasmometer</i> e os PES a

	cirurgia de afirmação de gênero.					nível anal e vaginal, mas observou-se uma tendência no neoclitoris.
Chan et al. (2025)	Investigar a relação entre o stresse da comunidade gay e o sofrimento psicológico em homens de minorias sexuais, avaliando o papel mediador da auto-objetivação.	N=626 homens cisgênero pertencentes a minorias sexuais (homossexuais, bissexuais e pansexuais) residentes em Hong Kong.	Estudo observacional transversal correlacional com análises de mediação estrutural e comparações entre subgrupos.	Escala de stresse da comunidade gay; Escala de auto-objetivação (vigilância e vergonha corporal); Autoestima; Sintomas de depressão e ansiedade.	Níveis de sofrimento psicológico e o papel mediador da auto-objetivação na relação com pressões de estatuto e competição intra-comunitária.	O stresse comunitário associou-se à menor autoestima e ao aumento de depressão e ansiedade. A auto-objetivação mediou esta ligação. Homens efeminados, com maior IMC e menor rendimento reportaram mais stresse. O impacto foi mais acentuado em bissexuais, pansexuais e homens com menor masculinidade.
da Silva et al. (2026)	Explorar os efeitos da terapia hormonal com testosterona na disfunção do pavimento pélvico de homens transgênero.	N=68 homens transgênero maiores de 18 anos sob terapia hormonal de afirmação de gênero.	Estudo clínico observacional transversal baseado na aplicação de um inquérito online entre setembro	Questionários validados para sintomas urinários (incontinência), disfunção sexual, sintomas anorretais e constipação.	Frequência e prevalência de disfunções do pavimento pélvico (PFD) e de sintomas urinários em homens	Constatou-se uma incidência muito elevada de PFD (94.1%) e de sintomas urinários (86.7%). A maioria relatou sintomas de armazenamento (69.1%),

	ro, verificand o a frequênci a destas complicaç ões.		de 2022 e março de 2023.		trans sob virilização.	disfunção sexual (52.9%), sintomas anorretais (45.6%) e incontinência de gases (39.7%). A gravidade da incontinência urinária foi classificada como moderada.
Defreyn e et al. (2020)	Avaliar de forma prospetiva a evolução do desejo sexual total, diádico e solitário durante os primeiros 3 anos de terapia hormonal em pessoas transgênero.	N=766 participantes do estudo multicêntrico europeu (projeto ENIGI), sendo 401 mulheres trans (TW) e 364 homens trans (TM).	Estudo clínico observacional prospetivo de coorte longitudinal com avaliações laboratoriais e psicométricas ao longo de 36 meses.	<i>Sexual Desire Inventory</i> (SDI); Dosagem sérica de esteroides sexuais em consultas de seguimento periódicas.	Variações prossecionais do desejo sexual total, diádico (com outrem) e solitário (autoerótico); associação com fatores cirúrgicos e clínicos.	Nas mulheres trans, o desejo diminuiu aos 3 meses, mas após 36 meses o desejo total e diádico superou a linha de base. Nos homens trans, o desejo aumentou nos 3 meses iniciais e estabilizou, mantendo apenas o desejo solitário elevado aos 3 anos. Realização de gonadectomia e fim da menstruação associaram-se ao aumento.
Dellucci et al. (2026)	Comparar a saúde mental e o abuso de	Amostra de adolescentes	Estudo observacional transvers	Registo de estatuto civil (solteiro vs. comprometido)	Sintomas de depressão e	A qualidade do relacionamen to moderou o

	substâncias entre adolescentes de minorias sexuais e de gênero (SGM) solteiros e inseridos numa relação, analisando o papel moderador da qualidade do relacionamento.	pertencentes a minorias sexuais e de gênero (SGM) com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos.	al comparativo e correlacional com modelos estatísticos de moderação.	; Escala de qualidade relacional romântica; Escalas de depressão, ansiedade e uso de substâncias.	ansiedade; consumo problemático de álcool; uso recente de canábis.	impacto do estatuto amoroso na depressão e álcool. Adolescentes SGM em namoros de muito baixa qualidade exibiram sintomas depressivos () e alcoolismo problemático () muito superiores aos solteiros; relações de alta qualidade agiram como fator protetor contra o álcool.
Flynn et al. (2026)	Comparar a função e a satisfação sexual recente de acordo com a orientação sexual em adultos norte-americanos, utilizando um sistema de medição multidimensional e padronizado.	N=4325 adultos norte-americanos falantes de inglês (n=3314 da população geral) e N=1011 adultos autoidentificados como LGB).	Estudo observacional transversal de base populacional com amostragem probabilística por moradas (KnowledgePanel).	Instrumento multidimensional <i>Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Sexual Function and Satisfaction v2.0</i> (PROMIS SexFS v2).	Comparação sistemática da função e satisfação sexual recente (últimos 30 dias) entre adultos americanos de acordo com a sua orientação sexual.	Não houve diferenças na função erétil ou capacidade orgásmica em homens. Homens gays reportaram menor interesse, maior segurança oral e maior desconforto anal/oral. Lésbicas relataram menor desconforto vaginal e maior lubrificação/orgasmo que heterossexuais. Mulheres

						bissexuais mostraram maior interesse, mas maior desconforto vulvar-labial, anal e oral.
Garthe et al. (2022)	Comparar a prevalência de violência no namoro e vitimização por pares entre jovens cisgênero, transgênero e com gênero expansivo.	N=4464 adolescentes divididos em quatro grupos emparelhados de 1116 participantes cada (rapazes cis, raparigas cis, trans e gênero expansivo).	Estudo observacional transversal comparativo baseado em dados do <i>Illinois Youth Survey</i> com regressão log-binomial.	Auto-relato de agressões escolares e relacionais; Ajustamento de razões de prevalência por idade, raça e estatuto socioeconômico.	Prevalência de vitimização verbal, física e ciberbullying por pares; frequência de violência física e psicológica no namoro.	As taxas mais elevadas de violência surgiram em jovens trans (15.6%-51.6%) e de gênero expansivo (13.2%-41.4%). Adolescentes trans sofreram 2.09 a 2.96 vezes mais vitimização que rapazes cis e 1.34 a 2.65 vezes mais que raparigas cis. Jovens de gênero expansivo registaram taxas significativamente superiores aos pares cisgênero.
Grabski & Kasperek (2020)	Identificar os fatores comportamentais, clínicos e de stresse de minoria associado	N=1443 homens polacos não heterossexuais (gays e bissexuais) que	Estudo observacional transversal baseado em inquérito online	Escala Likert de 5 pontos para intensidade de dor anal; <i>Sexual Minority Stress Scale</i> (subescalas de Meyer); Questões de	Intensidade de dor anal autorrelatada durante o coito recetivo e a sua	Apenas três variáveis atuaram como preditores estatisticamente significativos para maior

	s à intensidade da dor durante o sexo anal receptivo em homens não heterossexuais.	praticaram sexo anal receptivo nos últimos 12 meses.	com aplicação de análise de regressão ordinal múltipla.	ansiedade de desempenho.	relação preditiva com stresse de minoria, demografia e saúde.	dor anal: menor idade (OR=0.97,,), presença de ansiedade de desempenho (OR=1.94,,) e níveis elevados de homofobia internalizada (OR=1.04,,). Os demais eixos de stresse de minoria não foram significativos.
Grabski, Kasperek, Kania & Koziara (2026)	Testar a associação entre a orientação sexual e o risco de ejaculação prematura em homens, investigando os mecanismos psicossociais e comportamentais subjacentes.	N=3653 homens polacos (1121 heterossexuais, 1789 gays, 743 bissexuais).	Estudo observacional transversal baseado em inquérito online com análises estatísticas uni e multifatoriais.	<i>Premature Ejaculation Diagnostic Tool</i> (PEDT); Questionário de padrões sexuais, saúde e stresse de minoria.	Prevalência e risco de diagnóstico de ejaculação prematura (EP) de acordo com a identidade sexual e práticas psicossociais.	A identidade homossexual foi um preditor independente de menor risco de EP. Ansiedade de desempenho, dificuldades financeiras e preferência exclusiva por penetração insertiva aumentaram o risco. Práticas variadas (orais e anais receptivos) reduziram o risco. O efeito protetor desapareceu em homens casados.
Grabski, Kasperek, Koziara	Investigar se a identidade e sexual e	N=644 homens polacos com	Estudo observacional transvers	Pergunta direta de procura de ajuda; Subescalas	Procura de assistência profission	A maioria dos homens (84.5%) não procurou

& Mijas (2022)	os processos de stresse de minoria estão associados à procura de ajuda profissional em homens gays e bissexuais com dificuldades sexuais na Polónia.	problemas sexuais prolongados (203 heterossexuais, 324 gays, 117 bissexuais) inseridos num contexto sociocultural hostil.	al baseado em questionários estrutura dos sobre saúde e comportamento.	da <i>Sexual Minority Stress Scale</i> (homofobia internalizada, rejeição, ocultação da identidade).	al especializa da (médica ou psicoterapêutica) quando confrontados com disfunções sexuais crónicas.	ajuda profissional. A identidade gay associou-se a menores chances de consultar um especialista face à bissexual (OR=0.58,). A ocultação ativa da identidade sexual reduziu de forma significativa a probabilidade de procurar cuidados de saúde sexual (OR=0.94,).
Jaspal et al. (2026)	Testar um modelo teórico de satisfação sexual em homens gays que integra esquemas pessoais, processos de identidade e e comportamentos de comunicação.	N=199 homens homossexuais residentes no Reino Unido e na Alemanha .	Estudo observacional transversal correlacional baseado em modelação de equações estruturais (SEM).	Medidas de homofobia internalizada; Escala de vinculação ansiosa; Escala de resiliência de identidade; Questionários de comunicação sexual.	Nível de satisfação sexual individual; efeitos diretos e indiretos de variáveis cognitivas e relacionais na resposta íntima.	Verificou-se um efeito negativo direto da homofobia internalizada na satisfação sexual, enquanto a vinculação ansiosa atuou por via indireta. Tanto a homofobia internalizada como a vinculação ansiosa exerceram impactos indiretos significativos mediados pela resiliência de

						identidade e competências de comunicação sexual.
Kerckhof et al. (2019)	Explorar a prevalência de perturbações e disfunções sexuais (associadas a sofrimento) em homens e mulheres trans 4 a 6 anos após o ingresso na clínica, comparando diferentes trajetórias de tratamento.	N=518 pessoas trans (307 identidade feminina, 211 identidade masculina) acompanhadas em clínicas de Amesterdão, Gent e Hamburgo.	Estudo clínico observacional transversal de acompanhamento multinacional (projeto ENIGI) realizado 4 a 6 anos após admissão clínica.	Itens de autorrelato para disfunções sexuais associadas a critérios de sofrimento; Registos médicos de trajetórias cirúrgicas.	Prevalência de disfunções sexuais e a sua comparação entre diferentes trajetórias cirúrgicas genitais ou intenções futuras de tratamento.	As dificuldades mais comuns foram iniciar/procurar contacto sexual (26% mulheres trans, 32% homens trans) e atingir o orgasmo (29% e 15%). Mulheres pós-vaginoplastia e homens pós-faloplastia reportaram significativamente menos aversão sexual e maior desejo face aos respetivos grupos sem cirurgia genital.
Kiss et al. (2026)	Avaliar a dimensionalidade, fiabilidade e validade da escala <i>International Index of Erectile Functioning</i> (IIEF) numa	N=1018 homens autoidentificados como "exclusivamente gays".	Estudo psicométrico metodológico de validação instrumental com recurso a análises fatoriais exploratórias e	<i>International Index of Erectile Functioning</i> (IIEF); <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS); <i>Perceived Stress Scale 4</i> (PSS4); Subescala GMSD.	Estrutura de fatores latentes do IIEF; adequação psicométrica dos itens para mensurar a função erétil na população	O estudo não conseguiu replicar a estrutura fatorial clássica do IIEF. Quatro itens tiveram de ser eliminados. Embora a versão adaptada de

	amostra alargada de homens homossexuais.		confirmatórias (EFA/CFA).		homossexual masculina.	12 itens tenha mostrado ajuste estatístico, o IIEF original não é recomendado para homens gays, pois falha em capturar as práticas sexuais específicas do grupo (sexo anal receptivo/inseritivo).
Kuyper & Vanwesenbeeck (2011)	Examinar as diferenças na satisfação sexual, vitimização, disfunção e necessidades de saúde entre pessoas LGB e heterossexuais, avaliando o impacto de fatores gerais e de stresse de minoria.	N=4333 indivíduos da população holandesa ; 19 a 70 anos; inclui minorias lésbicas, gays e bissexuais (LGB).	Estudo observacional transversal de base populacional com análises comparativas e de regressão multivariada.	Questionários de saúde sexual; Subescalas de Stresse de Minoria (homonegatividade internalizada e reações sociais negativas).	Satisfação sexual; vitimização e coação sexual; disfunção sexual; necessidade de cuidados de saúde sexual.	Mulheres bissexuais e homens bi e homossexuais sofreram mais coação sexual e reportaram maior necessidade de cuidados de saúde do que heterossexuais. Tanto determinante s gerais (ser solteiro, número de parceiros) como específicos LGB (homonegatividade internalizada, rejeição social) associaram-se a piores

						indicadores de saúde sexual.
Lafortune et al. (2026)	Comparar a prevalência de disfunções sexuais e os seus correlatos sexuais, relacionais e psicológicos entre uma amostra clínica e uma amostra comunitária, examinando também as características e as barreiras enfrentadas por quem procura serviços de terapia sexual.	N=2854 adultos divididos em duas amostras: uma clínica em terapia sexual (n=963 e uma amostra comunitária (n=1891).	Estudo observacional transversal comparativo e correlacional baseado na aplicação de um inquérito online multivariado.	Questionários de funcionamento e satisfação sexual; Escalas de sofrimento psicológico; Inventário de barreiras no acesso a cuidados.	Prevalência de disfunções sexuais (desejo, ereção, dor); caracterização de barreiras institucionais e individuais enfrentadas no acesso ao tratamento.	A amostra clínica exibiu menor funcionamento/satisfação sexual e maior sofrimento mental. Maiores taxas de disfunção correlacionaram-se com menor satisfação relacional na comunidade e menor satisfação sexual em ambos os grupos. Na comunidade, 39.6% dos que procuraram ajuda não conseguiram aceder e 58.7% reportaram barreiras.
Lattanner et al. (2022)	Testar longitudinalmente os mecanismos psicossociais mediadores e os moderadores de	N=502 homens gays e bissexuais extraídos de uma amostra probabilística de base populacional de	Estudo observacional prospetivo longitudinal com três momentos de avaliação (inicial, 6	Escalas validadas de discriminação interpessoal; ruminação; clareza emocional; suporte social; centralidade da identidade; sintomas de depressão.	Validação empírica longitudinal do modelo de mediação psicológica de Hatzenbuehler focado no impacto	A ruminação (), a falta de clareza emocional () e a falta de suporte social () mediaram individual e longitudinalmente a relação entre discriminação

	identidad e que ligam a discriminação interpessoal aos sintomas depressivos em homens gays e bissexuais.	adultos dos EUA.	meses e 1 ano de seguimento).		de eixos de stresse de minoria distais.	e depressão. Estes efeitos indiretos não foram moderados por características da identidade ou pelo tipo específico de orientação sexual.
Lin et al. (2026)	Examine o impacto do estigma sexual familiar e do suporte familiar na homonegatividade internalizada de indivíduos LGB em Taiwan, testando o papel mediador da perturbação da identidade e a moderação pelo género.	N=1000 jovens adultos autoidentificados como LGB em Taiwan, divididos equitativamente (50% homens, 50% mulheres; Média=24.6 anos).	Estudo observacional transversal com aplicação de modelação de equações estruturais (SEM) e análise de caminhos (<i>path analysis</i>).	Questionários validados de estigma sexual familiar, suporte da família, perturbação da autoidentidade e homonegatividade internalizada.	Mediação da perturbação de identidade e moderação de género na relação entre atitudes familiares e homonegatividade internalizada.	O estigma sexual familiar associou-se diretamente ao aumento da homonegatividade internalizada e, indirectamente, via mediação da perturbação de identidade. O suporte familiar associou-se indirectamente à menor homonegatividade. Uma associação benéfica directa do suporte familiar só existiu para mulheres lésbicas/bissexuais.
Lindley et al. (2026)	Investigar as relações	N=141 participantes	Estudo observacional	Escalas de disforia de género	Frequência e aproveitada	A disforia de género mostrou-se

	entre diferentes aspetos da disforia de género e a frequência e satisfação em atos sexuais específicos em indivíduos transmasculinos e não-binários sem transição médica.	designados mulheres à nascença sem transição médica (52 transmasculinos, 72 não-binários, 17 agénero).	transversal baseado num inquérito quantitativo focado em comportamento e resposta sexual.	corporal (genital, peito, secundária) e social; Escalas de frequência e satisfação em atos sexuais.	mento de papéis recetivos e performativos em 6 domínios sexuais parceiros, masturbação e atividades não coitais.	mais marcante em atos sexuais que envolviam receber prazer do que em fornecer prazer. A disforia genital e do peito associaram-se significativamente a menores taxas de envolvimento e satisfação sexual. Os participantes adaptam os encontros para evitar o toque nas áreas corporais que causam sofrimento.
Lynch et al. (2026)	Avaliar a legibilidade, compreensão e aplicabilidade dos itens do <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI) através de entrevistas cognitivas com minorias sexuais e	N=52 participantes das quais 28 eram minorias sexuais e de género (SGM) e 24 eram mulheres cisgénero heterossexuais.	Estudo metodológico qualitativo de validação de conteúdo com realização de 4 rondas de entrevistas cognitivas e codificação estrutural dupla.	Itens originais do <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI) avaliados sob 5 códigos estruturais (satisfação com o item, de clareza, etc.).	Avaliação da legibilidade, compreensão e aplicabilidade clínica dos itens clássicos de função sexual de forma a garantir a inclusão de identidades SGM.	O questionário modificado alcançou validade de conteúdo. As adaptações incluíram alterar "relação sexual" para "atividade sexual (sozinho ou com parceiro)", expandir o significado de "penetração vaginal"

	de género (SGM) e mulheres heterossexuais, visando estabelecer a validade de conteúdo de uma versão modificada e inclusiva.					(além do pênis) e adicionar uma lógica de salto para a opção "sem atividade sexual".
Mangas et al. (2026)	Explorar a influência diádica da experiência subjetiva do orgasmo na satisfação sexual de casais do mesmo sexo, avaliando o papel mediador da satisfação com o relacionamento e o impacto de discrepâncias entre os parceiros.	N=208 indivíduos hispânicos integrados em 104 casais estáveis do mesmo sexo (48 casais de homens e 56 casais de mulheres) .	Estudo observacional transversal com abordagem analítica diádica e modelos de mediação estrutural .	Questionários de experiência subjetiva do orgasmo (SOE); Escala de satisfação relacional; Escala de satisfação sexual; Cálculo de discrepâncias.	Influência recíproca (efeitos ator-parceiro) das dimensões orgásticas na harmonia íntima e o papel mediador da satisfação interpessoal.	As dimensões afetiva e sensorial foram as mais proeminentes . A influência diádica direta na satisfação sexual ocorreu apenas nos casais masculinos. Discrepâncias na experiência do orgasmo reduziram a satisfação sexual, especialmente e nas mulheres. A satisfação com a relação agiu como mediador universal significativo em ambos os tipos de casais.

McDonagh et al. (2016)	Desenvolver e validar psicometricamente uma escala específica para avaliar as dificuldades sexuais vivenciadas por homens gays.	Amostra de homens homossexuais/gays (tamanho amostral exato recrutado para validação psicométrica de base).	Estudo metodológico de desenvolvimento instrumental utilizando uma abordagem sequencial baseada em métodos mistos.	Aplicação fatorial de uma escala piloto; Análise fatorial exploratória (EFA) e confirmatória (CFA); Testes de validade convergente.	Construção de propriedades psicométricas, consistência interna e validade por grupos conhecidos de um novo instrumento de avaliação sexual.	O processo resultou na <i>Gay Male Sexual Difficulties Scale</i> (GMSDS) de 25 itens, estruturada em seis fatores satisfatórios: dificuldades anais receptivas, anais insertivas, eréteis, com o prepúcio, constrangimento corporal e preocupações seminais. O teste comprovou fiabilidade e validade adequadas para capturar as nuances deste grupo.
Newcomb et al. (2026)	Examinar os fatores interpessoais e intrapessoais associados à satisfação sexual em casais de homens jovens que fazem sexo com homens.	N=838 indivíduos integrados em 419 casais de homens jovens que fazem sexo com homens (YMSM) de várias etnias e regiões dos EUA.	Estudo observacional transversal baseado na análise de dados iniciais (<i>baseline</i>) de dois ensaios clínicos controlados e aleatorizados (programa	Escalas de funcionamento relacional (satisfação e comunicação); Registo de acordos relacionais; Escalas de depressão e uso de substâncias.	Fatores interpessoais (relação) e intrapessoais (saúde mental) associados à satisfação sexual de casais do mesmo sexo.	O funcionamento relacional (satisfação e comunicação) associou-se positivamente à satisfação sexual, enquanto a ausência de um acordo de relacionamento claro (monogamia/non-monogamia) associou-se a menor

			2GETHER)			satisfação. Fatores intrapessoais perderam significância estatística no modelo multivariado final.
Prieto et al. (2026)	Explorar a relação entre o idadismo gay internalizado, fatores sociais e de saúde e a disfunção erétil em homens gays mais velhos.	N=181 homens gays mais velhos residentes na região do Midwest dos Estados Unidos.	Estudo observacional transversal baseado num inquérito via web com análise de regressão hierárquica.	Escala de idadismo gay internalizado; Avaliação de saúde geral; Questionário de disfunção erétil (DE).	Relação do idadismo gay internalizado, fatores sociais e estado de saúde com a presença de disfunção erétil.	O idadismo gay internalizado não apresentou associação estatisticamente significativa com a DE. No entanto, a idade avançada () e o pior estado de saúde geral () associaram-se significativamente à DE, sugerindo que este grupo partilha os mesmos fatores de risco que a população masculina geral.
Rivera et al. (2026)	Avaliar a estrutura fatorial, fiabilidade, invariância fatorial e validade da escala <i>Sexual Subjectivity Inventory</i> (SSI).	N=746 jovens adultos em idade emergente (Média=23.4 anos), incluindo 123 lésbicas, 204 gays e	Estudo psicométrico metodológico de validação instrumental com testes estatísticos de invariância	<i>Sexual Subjectivity Inventory</i> (SSI); Escala de autoeficácia para sexo seguro; Medidas de homonegatividade internalizada e	Estrutura de fatores latentes do SSI; consistência interna das pontuações e correlação teórica com	As análises confirmaram a estrutura original de 5 fatores e demonstraram invariância fatorial estrita pelas identidades sexuais e cisgénero. As

	y <i>Inventory</i> (SSI) numa amostra de jovens adultos pertencentes a minorias sexuais.	419 indivíduos bissexuais .	a fatorial estrita.	bem-estar geral.	indicadores normativos de bem-estar.	pontuações do SSI mostraram consistência interna e associaram-se de forma significativa ao bem-estar sexual, satisfação com a vida e conquista da identidade, sem ligação com riscos.
Schweizer et al. (2026)	Avaliar e comparar os indicadores de saúde sexual, disfunções e comportamentos de risco entre indivíduos homossexuais, bissexuais e heterossexuais na Dinamarca.	N=59838 participantes dinamarqueses com idades entre os 15 e os 89 anos, incluindo 1577 homossexuais, 1500 bissexuais e 56761 heterossexuais.	Estudo observacional transversal de base populacional nacional (<i>Project SEXUS</i>) com análises de regressão logística ponderadas.	Questionários de comportamento sexuais; Escalas validadas de disfunção erétil (IIEF-5) e disfunção feminina (FSFI-6); Medidas de vitimização.	Índices de prevalência (aOR) para disfunções orgásmicas, ejaculação prematura, vaginismo, coação e indicadores de risco sexual por orientação .	A ejaculação prematura foi menos comum em gays e bissexuais. Homens gays registaram maior disfunção erétil e orgásmica, além de insatisfação corporal. Mulheres bissexuais reportaram mais câibras vaginais. Homens gays, bissexuais e mulheres bissexuais apresentaram taxas significativamente superiores de vitimização sexual.

Toomey et al. (2026)	Examinar as estratégias retrospectivas de enfrentamento (<i>coping</i>) face ao stresse de minoria na adolescência e testar a sua associação com o ajustamento na idade jovem adulta.	N=245 jovens adultos pertencentes a minorias sexuais (LGB) com idades compreendidas entre os 21 e os 25 anos.	Estudo observacional transversal com recolha de dados retrospectivos (focados no período dos 13 aos 19 anos) e validação psicométrica.	Questionário retrospectivo de estratégias de coping de stresse de minoria; Escalas de ajustamento psicossocial; Registos de conclusão do ensino secundário.	Estrutura fatorial da medida de coping; associação das estratégias adotadas na adolescência com o sucesso académico e saúde mental futura.	Validaram-se três estratégias estáveis de coping: específicas-LGB (p.e. envolvimento associativo), de busca-alternativa e cognitivas. Estratégias específicas-LGB associaram-se a melhor ajustamento psicossocial e maior probabilidade de concluir o ensino secundário. Abordagens cognitivas e de busca-alternativa associaram-se a pior evolução.
Whitfield et al. (2021)	Examinar as diferenças na prevalência de múltiplos tipos de violência por parceiro íntimo entre estudantes universitários com base na	N=88975 estudantes universitários norte-americanos (dados do <i>National College Health Assessment-II</i>).	Estudo observacional transversal de base populacional com qui-quadrado de Rao-Scott e regressão logística multinível.	Medidas de prevalência de violência; Autoidentificação de orientação sexual e identidade de género.	Violência por parceiro íntimo (IPV) classificada em três tipologias independentes: emocional, física e sexual.	Estudantes LGBT demonstraram chances significativamente maiores de sofrer IPV emocional (AOR=1.34-1.99), física (AOR=1.58-2.93) e sexual (AOR=1.41-6.18). Universitários bissexuais tiveram o maior risco na

	orientação sexual, identidade e de gênero e na interseção destas identidades.					orientação sexual e transgêneros na identidade de gênero. Identidades interseccionais não mostraram associação significativa.
Yaish et al. (2026)	Investigar os efeitos da terapia hormonal de afirmação de gênero nos sintomas do trato urinário inferior e na função sexual de pessoas transgênero.	N=98 pessoas transgênero recrutadas, com a conclusão do estudo (34 homens trans com Média=24.4 anos e 31 mulheres trans com Média=29 anos).	Estudo clínico observacional prospectivo longitudinal com avaliações pré-tratamento e seguimento hormonal ao longo de 3 a 12 meses.	Questionários femininos (BFLUTS; MESA; USIQ; FSFI para homens trans); Questionários masculinos (IPSS; IIEF para mulheres trans).	Sintomas do trato urinário inferior (LUTS); função erétil; desejo sexual; parâmetros clínicos urinários e sexuais durante a hormonoterapia.	A testosterona aumentou significativamente o desejo sexual em homens trans (). O estrogênio causou uma redução significativa na função erétil em mulheres trans (). A terapia hormonal não se associou a alterações relevantes nos sintomas urinários em nenhum dos grupos, com exceção de um ligeiro agravamento da nictúria em mulheres trans.

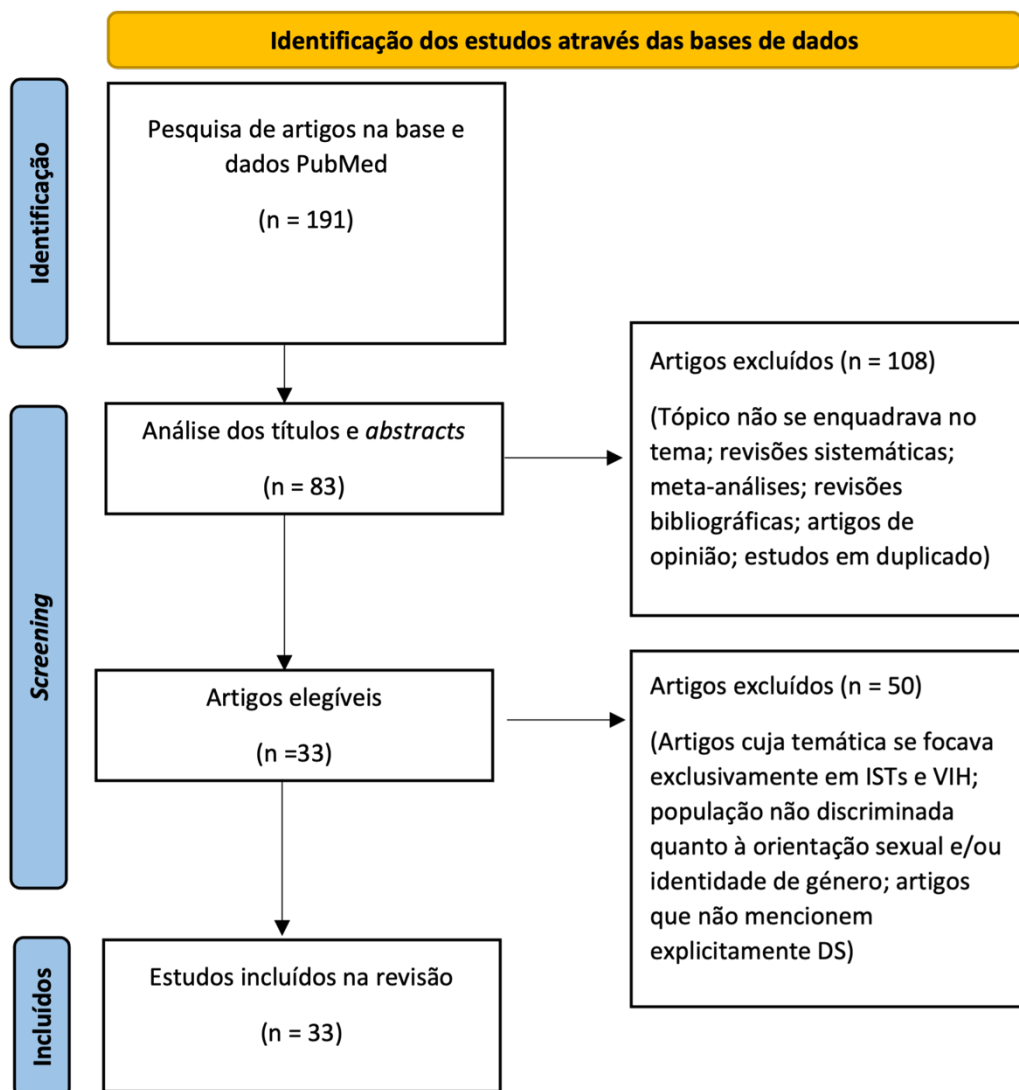


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de artigos (baseado no fluxograma PRISMA 2020 para novas revisões sistemáticas, que incluíram apenas pesquisas em bases de dados e registos)

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Improving LGBTQI+ health and well-being with consideration for SOGIESC [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado em 31 de maio de 2026].
Disponível em: <https://www.who.int/activities/improving-lgbtqi-health-and-well-being-with-consideration-for-sogiesc>
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5.^a ed. rev. Lisboa: Climepsi Editores; 2023.
3. Flynn KE, Lin L, Weinfurt KP. Recent sexual function and satisfaction differed by sexual orientation among US adults. PLoS One. 2017 Apr 12;12(4):e0174981. doi: 10.1371/journal.pone.0174981.
4. Lynch KA, Austria MD, Le T, Walters CB, Vickers A, Roche KL, Atkinson TM, Carlsson SV. Suggestions for modifications to the Female Sexual Function Index based on cognitive interviews with sexual and gender minority individuals and cisgender, heterosexual persons. J Sex Med. 2023 May 26;20(6):871-877. doi: 10.1093/jsxmed/qdad042.
5. Cleveland Clinic. Sexual Dysfunction: Disorders, Causes, Types & Treatment [Internet]. Cleveland: Cleveland Clinic Health Essentials; 2023 [citado em 14 de março de 2026].
Disponível em: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9121-sexual-dysfunction>
6. Kerckhof ME, Kreukels BPC, Nieder TO, Becker-Héblly I, van de Grift TC, Staphorsius AS, Köhler A, Heylens G, Elaut E. Prevalence of Sexual Dysfunctions in Transgender Persons: Results from the ENIGI Follow-Up Study. J Sex Med. 2019 Dec;16(12):2018-2029. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.09.003.
7. Barcelos TMR, de Oliveira Brito LG, Jorge CH, Franceschini SA, Troncon JK, Ferriani RA, da Silva Lara LA. Evaluation of Sexual Function of Transgender Individuals. Int Urogynecol J. 2024 Aug;35(8):1663-1671. doi: 10.1007/s00192-024-05857-6.
8. Grabski B, Kasperek K. Sexual Anal Pain in Gay and Bisexual Men: In Search of Explanatory

- Factors. *J Sex Med.* 2020 Apr;17(4):716-730. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.01.020.
9. Mark J. Kiss, Lorraine K. McDonagh, Brandon Sparks, Thomas Hamp & Todd G. Morrison. Accurately Assessing Gay Men's Erectile Functioning: A Critique of the International Index of Erectile Function (IIEF) Use with Gay Men. *The Journal of Sex Research.* 2021;58(5):589-598. doi: 10.1080/00224499.2020.1811195.
 10. Mangas P, Sierra JC, Granados R. Effects of Subjective Orgasm Experience in Sexual Satisfaction: A Dyadic Analysis in Same-Sex Hispanic Couples. *J Sex Marital Ther.* 2024;50(3):346-368. doi: 10.1080/0092623X.2023.2295960.
 11. Björkenstam C, Mannheimer L, Löfström M, Deogan C. Sexual Orientation-Related Differences in Sexual Satisfaction and Sexual Problems-A Population-Based Study in Sweden. *J Sex Med.* 2020 Dec;17(12):2362-2369. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.07.084.
 12. Lafortune D, Girard M, Dussault É, Philibert M, Hébert M, Boislard MA, Goyette M, Godbout N. Prevalence of SD and the link between SD and psychosexual health in clinical and nonclinical samples. *J Sex Med.* 2026;24(2):142-153.
 13. Kuyper L, Vanwesenbeeck I. Examining sexual health differences between lesbian, gay, bisexual, and heterosexual adults: the role of sociodemographics, sexual behavior characteristics, and minority stress. *J Sex Res.* 2011 Mar;48(2-3):263-74. doi: 10.1080/00224491003654473.
 14. Frost DM, Meyer IH. Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology.* 2023;51:101579. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101579.
 15. French M. What to know about the minority stress model [Internet]. *Medical News Today*; 2024 [citado em 19 de setembro de 2024]. Disponível em: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/minority-stress-model>
 16. Li DH, Remble TA, Macapagal K, Mustanski B. Stigma on the Streets, Dissatisfaction in the

- Sheets: Is Minority Stress Associated with Decreased Sexual Functioning Among Young Men Who Have Sex with Men? *J Sex Med.* 2019 Feb;16(2):267-277. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.12.010.
17. Calvillo C, Sánchez-Fuentes MDM, Sierra JC. An Explanatory Model of Sexual Satisfaction in Adults with a Same-Sex Partner: An Analysis Based on Gender Differences. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 May 13;17(10):3393. doi: 10.3390/ijerph17103393.
 18. Newcomb ME, Swann G, Ma J, Moskowitz D, Bettin E, Macapagal K, Whitton SW. Interpersonal and Intrapersonal Influences on Sexual Satisfaction in Young Male Couples: Analyses of Actor-Partner Interdependence Models. *J Sex Res.* 2021 Feb;58(2):183-194. doi: 10.1080/00224499.2020.1820933.
 19. Whitfield DL, Coulter RWS, Langenderfer-Magruder L, Jacobson D. Experiences of Intimate Partner Violence Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender College Students: The Intersection of Gender, Race, and Sexual Orientation. *J Interpers Violence.* 2021 Jun;36(11-12):NP6040-NP6064. doi: 10.1177/0886260518812071.
 20. Staples JM, Bird ER, Gregg JJ, George W. Improving the Gender-Affirmation Process for Transgender and Gender-Nonconforming Individuals: Associations Among Time Since Transition Began, Body Satisfaction, and Sexual Distress. *The Journal of Sex Research.* 2020;57(3):375–383. doi: 10.1080/00224499.2019.1617829.
 21. Lindley L, Anzani A, Galupo MP. Gender Dysphoria and Sexual Well-Being Among Trans Masculine and Nonbinary Individuals. *Arch Sex Behav.* 2022 May;51(4):2049-2063. doi: 10.1007/s10508-021-02242-y.
 22. Garthe RC, Kaur A, Rieger A, Blackburn AM, Kim S, Goffnett J. Dating Violence and Peer Victimization Among Male, Female, Transgender, and Gender-Expansive Youth. *Pediatrics.* 2021 Apr;147(4):e2020004317. doi: 10.1542/peds.2020-004317.
 23. Girouard A, Dion J, Bóthe B, O'Sullivan L, Bergeron S. Bullying Victimization and Sexual Wellbeing in Sexually Active Heterosexual, Cisgender and Sexual/Gender Minority

- Adolescents: The Mediating Role of Emotion Regulation. *J Youth Adolesc.* 2021 Nov;50(11):2136-2150. doi: 10.1007/s10964-021-01471-7.
24. Lin CY, Griffiths MD, Pakpour AH, Tsai CS, Yen CF. Relationships of familial sexual stigma and family support with internalized homonegativity among lesbian, gay and bisexual individuals: The mediating effect of self-identity disturbance and moderating effect of gender. *BMC Public Health.* 2022 Aug 1;22(1):1465. doi: 10.1186/s12889-022-13815-4.
 25. Chan RCH, Suen YT, Wong EMY. Effects of gay community stress on self-objectification and psychological distress among sexual minority men: Intraminority differences by sexual orientation, gender expression, body size, and socioeconomic status. *Body Image.* 2025 Dec;55:101954. doi: 10.1016/j.bodyim.2025.101954.
 26. Grabski B, Kasperek K, Koziara K, Mijas M. Professional Help-Seeking in Men Experiencing Sexual Problems - The Role of Sexual Identity and Minority Stress. *J Sex Med.* 2022 Jul;19(7):1090-1097. doi: 10.1016/j.jsxm.2022.04.012.
 27. Patterson JG, Jabson Tree JM, Kamen C. Cultural competency and microaggressions in the provision of care to LGBT patients in rural and appalachian Tennessee. *Patient Educ Couns.* 2019 Nov;102(11):2081-2090. doi: 10.1016/j.pec.2019.06.003.
 28. Yaish I, Amir H, Eilam H, Gold R, Groutz A. Effects of gender-affirming hormone therapy on lower urinary tract symptoms and sexual function among transgender individuals. *Int J Gynaecol Obstet.* 2025 Mar;168(3):1292-1297. doi: 10.1002/ijgo.15964.
 29. Wheldon CW, Bates AJ, Polter EJ, Rosser BRS, Kapoor A, Talley KMC, Haggart R, Kohli N, Konety BR, Mitteldorf D, Ross MW, West W, Wright M. Unrecognized sexual dysfunction in gay and bisexual men after prostate cancer treatment: the antecedents and impact of anodyspareunia. *J Sex Med.* 2023 Mar 31;20(4):515-524. doi: 10.1093/jsxmed/qdad009.
 30. Prieto LR, Shires DA, Xiong Y. Factors Associated with Erectile Dysfunction Among Older Gay Men. *Arch Sex Behav.* 2024 Aug;53(8):3151-3164. doi: 10.1007/s10508-024-02908-3.

31. Defreyne J, Elaut E, Kreukels B, Fisher AD, Castellini G, Staphorsius A, Den Heijer M, Heylens G, T'Sjoen G. Sexual Desire Changes in Transgender Individuals Upon Initiation of Hormone Treatment: Results From the Longitudinal European Network for the Investigation of Gender Incongruence. *J Sex Med.* 2020 Apr;17(4):812-825. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.12.020.
32. Wierckx K, Elaut E, Van Hoorde B, Heylens G, De Cuypere G, Monstrey S, Weyers S, Hoebeke P, T'Sjoen G. Sexual desire in trans persons: associations with sex reassignment treatment. *J Sex Med.* 2014 Jan;11(1):107-18. doi: 10.1111/jsm.12365.
33. Rivera Z, Simon VA, Partridge T. Psychometric Properties of the Sexual Subjectivity Inventory among Lesbian, Gay, and Bisexual Emerging Adults. *J Sex Res.* 2023 Jan;60(1):126-136. doi: 10.1080/00224499.2022.2091100.
34. McDonagh LK, Stewart I, Morrison MA, Morrison TG. Development and Psychometric Evaluation of the Gay Male Sexual Difficulties Scale. *Archives of Sexual Behavior.* 2016;45(6):1299–1315. doi: 10.1007/s10508-015-0664-4.
35. Toomey RB, Ryan C, Diaz RM, Russell ST. Adolescent minority stress coping strategies among lesbian, gay, and bisexual young adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity.* 2026;55(2):253–267. doi: 10.1080/15374416.2025.2585451.
36. Sotomayor I, Chang YW, Szkody E, Fox KR, Schleider JL. A Digital, Minority Stress-Focused Single-Session Intervention Benefits Multiply-Minoritized Sexual Minority Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* 2026;55(2):253–267. doi: 10.1080/15374416.2025.2585451.
37. Avallone F, Engler K, Hickson F, Cox J, Fortin E, Yaphe S, Lebouché B. Sexual dysfunction care needs of gay, bisexual, and other men who have sex with men living with HIV in Montreal, Canada. *HIV Medicine.* 2026;27(1):74–85. doi: 10.1111/hiv.70115.
38. Tarsha AA, Xantus A, Arana R. Can Sex Partner Therapy Treat Sexual Distress and

Dysfunction in Transgender Patients After Gender Confirmation Surgery? *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2016;42(7):573–575. doi: 10.1080/0092623X.2016.1158758.

39. Picoito P. Healthy Talks – Cirurgia de Afirmação de Género [Internet]. *Revista Frontal*; 2026 [citado em 11 de janeiro de 2026]. Disponível em: <https://revistafrontal.pt/coberturas/pedro-picoito/healthy-talks-cirurgia-de-afirmacao-de-genero/>
40. Mustanski B, Macapagal K. Clinical psychological science must move beyond documenting disparities in LGBTQ health toward eliminating them. *J Consult Clin Psychol*. 2023 Feb;91(2):57-59. doi: 10.1037/ccp0000800. PMID: 36913281; PMCID: PMC10016627.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

