



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

Joana da Silva Portela

Atração e Autoeficácia Sexual em Mulheres com Dor Sexual

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Cátia Oliveira

fevereiro 2023



Joana da Silva Portela

Atração e Autoeficácia Sexual em Mulheres com Dor Sexual

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 13/02/2023 perante o júri seguinte:

Presidente: Prof. Doutor Diogo Lamela

Arguente: Prof^a. Doutora Dulce Pinto

Orientador: Prof^a. Doutora Cátia Oliveira

fevereiro 2023

É autorizada a reprodução integral desta dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, a que tal se compromete.

Agradecimentos

Agradeço à Professora Dr^a. Cátia Oliveira pela partilha de conhecimento na área da sexualidade feminina e pela oportunidade de investigar um tema tão pertinente para a comunidade científica e profissional. Agradeço também pela supervisão, disponibilidade e apoio constante.

À minha mãe, que esteve ao meu lado nos melhores e piores momentos da vida, agradeço por ser a minha maior força e inspiração, por acreditar em mim e nunca me deixar desistir.

Ao meu namorado, agradeço pelo amor, companheirismo e apoio incondicional, mas também pela disponibilidade e paciência durante todo o trajeto. Obrigada, pelos abraços que me confortaram em todos os momentos, por confiar em mim, por me fazer feliz e acreditar nos meus sonhos.

Aos meus amores, Joana e Isabela (IJ²), agradeço pela jornada incrível ao longo destes cinco anos, com vocês descobri o verdadeiro sentido da amizade. Agradeço pelas tardes de estudo repletas de aventuras, risos e desabafos, mas especialmente pela força e motivação mútua. Estou imensamente grata por estarem ao meu lado.

Às minhas colegas do grupo de dissertação, obrigada pelas conversas, apoio e compreensão, especialmente à Catarina que perante os desafios foi uma força de motivação.

Agradeço ao Bennie e à Lana que abriram o meu sorriso e aqueceram o meu coração nos dias mais frios. Obrigada pelo amor mútuo e incondicional.

Ao Dr^o. Valter e à minha família da Suíça, o meu muito obrigada.

Por último, a todas as participantes deste estudo, agradeço pela disponibilidade no preenchimento do protocolo, pela confiança na partilha de experiências pessoais e pelas recomendações. Também agradeço a todas as pessoas que ajudaram na divulgação do estudo. Sem o vosso contributo este estudo não seria possível.

Atração e Autoeficácia Sexual em Mulheres com Dor Sexual

Resumo

A Perturbação de Dor Génito-Pélvica/Penetração ou dor sexual feminina afeta cerca de 45,4% das mulheres e a sua origem pode estar associada a múltiplos fatores biopsicossociais. No entanto, ainda não é compreendido como a atração pelo/a parceiro/a pode influenciar a intensidade da dor sexual na mulher, como potencializa o evitamento de relações sexuais com penetração e mantém as dificuldades relacionais e individuais.

Nesse âmbito, o presente estudo teve como objetivo explorar e compreender a relação entre atração e autoeficácia sexual na dor sexual feminina, e o seu impacto no funcionamento, satisfação sexual e intensidade da dor, analisando-se as diferenças entre mulheres com dor sexual e mulheres da população geral.

O estudo realizou-se em formato *online*. Participaram no estudo um total de 300 mulheres portuguesas, maiores de 18 anos: 222 mulheres da população geral e 78 mulheres com dor sexual.

Os resultados do presente estudo demonstram diferenças significativas entre os dois grupos. Mulheres da população geral revelaram níveis superiores de autoeficácia e atração, comparativamente com as mulheres que apresentam dor sexual. Não se verificaram diferenças entre os grupos ao nível do funcionamento sexual geral e na dimensão orgasmo, contudo mulheres com dor sexual apresentaram níveis elevados nas dimensões lubrificação, dor e vaginismo, e níveis inferiores nas dimensões desejo, excitação e satisfação sexual, comparativamente com as mulheres da população geral. Paralelamente, os resultados do presente estudo indicaram que a atração e autoeficácia sexual não predizem a intensidade da dor. Já no que diz respeito ao funcionamento e satisfação sexual das mulheres que apresentaram dor sexual, surgiram como preditores significativos a autoeficácia, especialmente interesse-desejo e orgasmo interpessoal. Também a frequência de atração influenciou um melhor funcionamento e satisfação sexual, o mesmo não acontecendo com a sua intensidade, uma vez que a mesma não se mostrou associada a maior ou menor funcionamento e satisfação sexual.

Espera-se, com estes resultados, contribuir para a desmitificação do tabu em torno da sexualidade, contribuir para uma maior literacia sobre as disfunções sexuais e sensibilizar para a procura de apoio face ao problema. Também se espera que os resultados contribuam

para futuras investigações, favorecendo o desenvolvimento de modelos de avaliação e intervenção mais individualizados e especializados para a dor sexual.

Palavras-chave: Sexualidade, disfunções sexuais, dor sexual feminina, funcionamento sexual, atração, autoeficácia sexual

Sexual Attraction and Self-Efficacy in Women with Sexual Pain

Abstract

Genito-Pelvic Pain Disorder/Penetration or female sexual pain affects about 45.4% of women and its origin may be associated with multiple biopsychosocial factors. However, it is still not understood how attraction to the partner can influence the intensity of sexual pain in women, how it enhances the avoidance of penetrative sexual relations and maintains relational and individual difficulties.

In this context, the present study aimed to explore and understand the relationship between sexual attraction and self-efficacy in female sexual pain, and its impact on functioning, sexual satisfaction, and pain intensity, analyzing the differences between women with sexual pain and women of the general population.

The study was carried out in an online format. A total of 300 Portuguese women over 18 years of age participated in the study: 222 women from the general population and 78 women with sexual pain.

The results of the present study demonstrate significant differences between the two groups. Women in the general population showed higher levels of self-efficacy and attraction compared to women who experience sexual pain. There were no differences between the groups in terms of general sexual functioning and in the orgasm dimension, however women with sexual pain had high levels in the lubrication, pain and vaginismus dimensions, and lower levels in the sexual desire, arousal, and satisfaction dimensions, compared to women of the general population. In parallel, the results of the present study indicated that sexual attraction and self-efficacy do not predict pain intensity. Regarding the functioning and sexual satisfaction of women who presented sexual pain, self-efficacy emerged as significant predictors, especially interest-desire and interpersonal orgasm. The frequency of attraction also influenced better functioning and sexual satisfaction, the same not happening with its intensity, since it was not associated with greater or lesser functioning and sexual satisfaction.

With these results, we try to contribute to the demystification of the taboo around sexuality, to provide greater literacy about sexual dysfunctions and raise awareness of the lack of support and information about this theme. The final results are also meant to contribute and help future investigations, favoring the development of a more individualized and specialized assessment and intervention models for sexual pain.

Keywords: Sexuality, sexual dysfunctions, female sexual pain, sexual functioning, attraction, sexual self-efficacy

Índice

Índice	1
Índice de Tabelas	3
Enquadramento teórico	4
Sexualidade	4
Resposta Sexual	4
Disfunções Sexuais Femininas	5
Dor Sexual Feminina	5
Autoeficácia Sexual e Dor Sexual	7
Atração e Dor Sexual	8
Atração Romântica	8
Atração e Satisfação Relacional	9
Atração Sexual e Dor Sexual	9
Objetivos e Hipóteses	10
Método	11
Amostra	11
Procedimentos	15
Instrumentos	16
Questionário Introdutório Geral	16
Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)	16
McGuill Pain Questionnaire (SF-MPQ)	17
Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F)	17
Assessing Multiple Facets of Attraction to Woman and Men (AMFA-WM)	18
Estratégia de análise de dados	18
Resultados	19
Diferenças ao nível do funcionamento sexual entre mulheres da população geral e mulheres com dor sexual	19

Diferenças ao nível da autoeficácia entre mulheres da população geral e mulheres com dor sexual	20
Diferenças ao nível da atração entre mulheres da população geral e mulheres com dor sexual.....	22
Autoeficácia como preditor da intensidade da dor em mulheres com dor sexual.....	22
Autoeficácia como preditor do funcionamento sexual em mulheres com dor sexual.....	23
Autoeficácia como preditor da satisfação sexual em mulheres com dor sexual	23
Atração como preditor da intensidade da dor em mulheres com dor sexual.....	24
Atração como preditor do funcionamento sexual em mulheres com dor sexual	25
Atração como preditor da satisfação sexual em mulheres com dor sexual.....	25
Discussão.....	26
Conclusão	29
Referências Bibliográficas.....	31
Anexos.....	1

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Características Sociodemográficas do Grupo com Dor Sexual e População Geral (N = 300).</i>	12
Tabela 2. <i>Características Sociodemográficas do Grupo com Dor Sexual (N = 137)</i>	13
Tabela 3. <i>Funcionamento sexual e respectivas dimensões em função do grupo de mulheres da população geral e mulheres com dor sexual (N = 300).</i>	20
Tabela 4. <i>Autoeficácia e respectivas dimensões em função do grupo de mulheres da população geral e mulheres com dor sexual (N = 300).</i>	21
Tabela 5. <i>Dimensões da atração em função do grupo de mulheres da população geral e mulheres com dor sexual (N = 300)</i>	22
Tabela 6. <i>Análise de regressão múltipla (método Enter) para orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeto, comunicação, aceitação corporal e recusa como preditores do funcionamento sexual (N = 137).</i>	23
Tabela 7. <i>Análise de regressão múltipla (método Enter) para orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeto, comunicação, aceitação corporal e recusa como preditores da satisfação sexual (N = 137).</i>	24
Tabela 8. <i>Análise de regressão múltipla (método Enter) para frequência geral da atração e fantasias, e intensidade da atração como preditores do funcionamento sexual (N = 137).</i>	25
Tabela 9. <i>Análise de regressão múltipla (método Enter) para frequência geral da atração e fantasias, e intensidade da atração como preditores da satisfação sexual (N = 137).</i>	26

Enquadramento teórico

Sexualidade

A sexualidade é um modo de intimidade e procura de contacto que influencia os nossos pensamentos, sentimentos, comportamentos e ações, e está presente ao longo do desenvolvimento, interações e história do indivíduo (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2006), tornando-se uma parte fundamental do humano. Por sua vez, a atividade sexual, para além da sua função reprodutiva, também é classificada como uma fonte de prazer essencial para o bem-estar, observando-se uma diminuição do tabu sexual e maior procura dos serviços médicos, com vista a melhorar a função sexual e qualidade de vida (Lara et al., 2008). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), a saúde sexual não é apenas a ausência de doença, mas também um bem-estar físico, mental, emocional e social que nos últimos anos tem vindo a ser cada vez mais estudada, devido à sua influência no bem-estar e qualidade de vida individual e relacional (Peixoto & Nobre, 2015).

Resposta Sexual

A resposta sexual é um processo dinâmico composto por quatro fases o desejo, excitação, orgasmo e resolução, que envolvem crenças, motivações e experiências com o próprio contexto, e que influencia as respostas cognitivas, emocionais e sexuais de cada pessoa (Leclerc et al., 2014). Segundo o modelo não linear de Basson (2000), a resposta sexual é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e relacionais, ou seja, o interesse sexual pode surgir de duas formas: desejo espontâneo ou desejo responsivo.

O desejo espontâneo surge através de estímulos como a atração visual por um indivíduo que provoca excitação, desejo e interesse sexual. De acordo com a literatura, este tipo de resposta é mais comum em jovens mulheres em relacionamentos recentes (Basson, 2000). O desejo responsivo surge da necessidade de intimidade e após o toque íntimo (estímulo sexual), que provoca na mulher excitação e desejo sexual. Este tipo de necessidade ocorre à medida que a relação avança e surgem mudanças relacionadas com a idade, presença de doença, realização de cirurgias e uso de fármacos. Ambas as respostas provocam sentimentos positivos como afeto, prazer, satisfação física e emocional, melhoram a intimidade e variam ao longo da vida (Basson, 2000). As motivações e excitação subjetiva variam de acordo com as preferências, emoção e estado de humor, como também o contexto e situação de vida em que se encontra. Porém também podem estar presentes

motivações negativas para prevenir a perda do/a parceiro/a e evitar o término da relação (Basson, 2000).

Disfunções Sexuais Femininas

A presença de dificuldades ou disfunções ao nível da sexualidade prejudicam a satisfação e consequente funcionamento e bem-estar da pessoa (Mirzaee, et al., 2020). Na população feminina, diferentes estudos demonstram uma taxa de prevalência de disfunções sexuais entre os 26% e os 49% (Peixoto & Nobre, 2015). De acordo com Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais quinta edição (DSM-5; APA, 2013) a Disfunção Sexual Feminina é caracterizada pela presença de dificuldades persistentes e recorrentes na resposta sexual, como perturbação do desejo, interesse-excitação, orgasmo ou dor sexual durante a relação sexual. Os sintomas persistem no mínimo seis meses, causam sofrimento físico e psicossocial, interferem negativamente na autoestima, desempenho, qualidade de vida e relações interpessoais. Podem ser classificadas como primárias quando estão presentes durante um longo período de tempo, e secundárias ou adquiridas quando ocorrem em situações específicas ou com o/a parceiro/a sexual (APA, 2013). A sua origem multifatorial resulta de causas biopsicossociais, como questões médicas, interpessoais e socioculturais evidenciando-se maiores dificuldades nos países e contextos conservadores (Madbouly et al., 2021) onde a sexualidade feminina ainda é considerada tabu e inadequada pela população e profissionais de saúde (Halle-Ekane et al., 2021).

Dor Sexual Feminina

Ao nível das queixas sexuais, a dor sexual feminina, afeta 3 a 18% da população geral (Simons & Carey, 2001), e mais recentemente cerca de 45,4% das mulheres de todo o mundo, mais especificamente, 9,8 a 18,7% em Portugal (Peixoto & Nobre, 2015). Com base no estudo de Peixoto e Nobre (2015), a dor sexual não está relacionada com a idade. Porém, revela-se mais elevada em mulheres jovens havendo a tendência para a mesma diminuir com a idade, afetando 14 a 34% de mulheres jovens na pré-menopausa e 6.5 a 45% de mulheres mais velhas na pós-menopausa (Rosen & Bergeron, 2019).

A classificação da dor sexual feminina tem sofrido várias alterações significativas. Na anterior versão da DSM quarta edição (DSM-IV; APA 1994), as perturbações de dor sexual encontravam-se divididas entre Dispareunia e Vaginismo. A Dispareunia era

definida como dor genital recorrente ou persistente durante a relação sexual, e o Vaginismo como a presença de espasmos involuntários recorrentes ou persistentes do músculo da vagina interferentes na penetração vaginal e relação sexual. Já na nova versão do Manual (APA, 2013) ambos os quadros foram integrados num só diagnóstico denominado Perturbação de Dor Genitopélvica/Penetração. Este define-se como dor vulvovaginal ou pélvica intensa e persistente durante a relação sexual ou tentativas de penetração vaginal, tensão muscular pélvica durante a tentativa de penetração vaginal, e medo ou ansiedade da dor antes, durante ou após a penetração vaginal. Para se considerar o possível diagnóstico, os sintomas devem persistir há pelo menos seis meses e causar mal-estar significativo. Ademais, a dor sexual pode ser caracterizada como superficial ou profunda, adquirida ou ao longo da vida, e ainda ligeira, moderada ou grave dependendo da gravidade e mal-estar atual (Boa, 2013).

Etiologicamente, a dor sexual na mulher pode ter múltiplos fatores biopsicossociais e comórbidos. Estes incluem condições físicas e biológicas, como alterações neurológicas, vasculares e hormonais, anomalias no tecido, infeções vulvovaginais, condições dermatológicas ou inflamações que podem causar dor sexual (Boa, 2013), e ainda outros problemas, como diminuição da força muscular vaginal e pélvico ou aumento do tônus muscular vaginal (Al-Abbadey et al., 2016). Nos fatores psicológicos, estudos sobre a dor sexual feminina evidenciaram hipervigilância, catastrofização e medo face à dor, sentimentos de culpa, vergonha, inadequação e evitamento de relações sexuais dolorosas (Benoit-Piau et al., 2018). Mas também, baixa autoestima corporal e genital, e elevada sintomatologia ansiosa e depressiva (Benoit-Piau et al., 2018). Nos fatores psicossociais é comum a contração dos músculos pélvicos durante as tentativas de penetração vaginal, menores níveis de excitação, lubrificação e desejo, dificuldades em atingir o orgasmo, baixo envolvimento sexual e por sua vez satisfação sexual reduzida e baixa qualidade de vida (Rosen & Bergeron, 2019; Alizadeh et al., 2019).

No mesmo âmbito, estudos qualitativos indicam que mulheres com dor sexual percecionam o seu funcionamento sexual como reduzido, porém mantêm a atividade sexual com penetração vaginal para satisfazer o/a parceiro/a, devido ao medo de problemas relacionais e consequente término. Porém, a sua manutenção sustenta um sofrimento físico e psicológico que pode levar ao desenvolvimento de dor sexual crónica, prejudicial à função e satisfação sexual (Leclerc et al., 2014). Por outro lado, pensamentos disfuncionais

e comportamentos de evitamento, devido à presença de dor, podem trazer implicações ao nível pessoal e relacional (LoFrisco, 2011).

Autoeficácia Sexual e Dor Sexual

Estudos apontam a relevância da autoeficácia na experiência e intensidade da dor, no desempenho sexual com o/a parceiro/a e na satisfação sexual e conjugal (Lemieux et al., 2013). A autoeficácia está relacionada com as crenças da pessoa como capaz ou incapaz de enfrentar desafios e eventos da vida, que por sua vez influenciam padrões cognitivos, emocionais e comportamentais que determinam a ação (Bandura, 2010). A autoeficácia sexual é definida como a percepção que a pessoa tem acerca da sua capacidade e desempenho sexual eficaz, resultante de experiências sexuais atuais e passadas (Nezamnia et al., 2020). Fisiologicamente, a resposta sexual é comandada pelo sistema nervoso autônomo que produz o aumento de fluxo sanguíneo nos genitais. Porém, as emoções associadas às crenças da pessoa, como sendo capaz ou incapaz de uma ação, podem levar ao aumento ou inibição dessa resposta sexual. Deste modo, a autoeficácia e o funcionamento sexual desempenham um papel mútuo e decisivo no comportamento e ajustamento conjugal, face às disfunções sexuais (Dashtestannejad et al., 2020).

De acordo com Dashtestannejad e colaboradores (2020), observaram-se melhorias no funcionamento e dificuldades sexuais das mulheres quando estava presente elevada autoeficácia. Igualmente, a baixa autoeficácia pode estar na base do desenvolvimento das dificuldades sexuais. Estudos realizados por Lemieux e colaboradores (2013), revelam resultados semelhantes em mulheres com vestibulodinia provocada, onde verificaram que elevada autoeficácia prediz melhor função sexual e menor dor. Contudo, crenças catastróficas da dor e baixa percepção de autoeficácia e eficácia sexual do/a parceiro/a quanto à mulher estão correlacionadas com o aumento da dor sexual e consequente evitamento de atividades sexuais.

Os resultados dos estudos demonstram a importância dos fatores psicológicos, comportamentais e conjugais na percepção de autoeficácia e manutenção das dificuldades sexuais. Por conseguinte, intervenções que têm por base a autoeficácia na mudança psicológica e comportamental, isto é, no controlo da dor sexual, incluem crenças e estratégias mais adaptativas, aconselhamento sexual, redução do evitamento sexual, aumento da comunicação sexual do casal e maior confiança individual e relacional, que melhoram por sua vez o funcionamento e satisfação sexual (Rossi et al., 2020).

Atração e Dor Sexual

Atração Romântica

Ao longo da história da humanidade e do desenvolvimento pessoal, é possível compreender o amor como um fenômeno universal, que vai desde as relações familiares, passando pelas amizades, relações românticas e, até o amor próprio (Aron et al., 2008). O presente estudo irá focar-se nas relações românticas e atração.

Alvo de estudo na psicologia social, encontramos a atração relacionada ao amor. Assim, a atração interpessoal é definida por Berscheid e Walster (1978, citado por Graziano & Bruce, 2008) como a tendência ou predisposição da pessoa para avaliar o outro de modo positivo ou negativo. Associada, a atração romântica ou paixão é um dos primeiros passos no início de uma relação. No entanto, para o seu processo Aron e colaboradores (2008) fazem referência a três variáveis fundamentais: a excitação-atração inicial num encontro, a prontidão para se apaixonar e relacionar, e as características pessoais, identificadas em seguida. Em acréscimo, estudos realizados por Aron e colaboradores (2008) e Sprecher e Felmlee (2008), encontraram entre culturas e gêneros um conjunto de fatores que desempenham um papel fundamental no seu início ou manutenção, tais como: gosto recíproco; características desejáveis no/a companheiro/a (status social, aparência física, inteligência, humor, bondade); necessidades e personalidade (ambição, felicidade, compaixão, honestidade, gentileza, amabilidade, extroversão); semelhanças (interesses, proximidade geográfica, valores, atitudes); suporte e adequação social (Aron et al., 2008; Sprecher & Felmlee, 2008). Desta forma é possível observar ao longo dos estudos uma manutenção das preferências atrativas num/a companheiro/a.

A investigação tem revelado que as mulheres são mais relacionais, e que por isso, se sentem mais atraídas pelos recursos, posição social e personalidade de companheiros/as que preenchem as suas necessidades (Aron et al., 2008). Em contrapartida, os homens manifestam preferência por companheiras jovens, saudáveis e fisicamente atrativas (Aron et al., 2008). Estudos adicionais indicam que os fatores intrínsecos e extrínsecos também diferem do tipo de relacionamento (Sprecher & Felmlee, 2008). Com efeito, nas amizades a atração dá-se na proximidade e semelhanças entre as pessoas, nas relações românticas de curto-prazo ou início de namoro, os elementos mais atrativos num/a parceiro/a são as características físicas, a personalidade positiva e o interesse (Sprecher & Felmlee, 2008).

Pessoas casadas ou em relações a longo prazo descrevem que as características mais atrativas num/a companheiro/a são ambição e motivação. Em contrapartida, semelhanças reduzidas, características ou fatores externos que inicialmente foram atrativas para o/a companheiro/a, mais tarde podem tornar-se motivo de conflitos para o casal e consequente menor satisfação (Sprecher & Felmlee, 2008).

Atração e Satisfação Relacional

A percepção e satisfação percebida pela pessoa sob a atração e o seu relacionamento é um fenómeno que tem vindo a ser estudado, devido à sua influência no desenvolvimento e qualidade da relação (Hendrick & Hendrick, 2013). Contudo, uma vez que os estudos sobre a atração em si são limitados, torna-se pertinente explorar o conceito da satisfação relacional.

Sendo assim, a satisfação relacional é a avaliação subjetiva que a pessoa faz da qualidade da sua relação romântica, e que por sua vez está positivamente associada ao amor apaixonado, companheirismo e satisfação sexual. Mas também à felicidade, respeito, empatia e prazer geral sentido, bem como à menor hostilidade e agressividade em situações de conflito (Hendrick & Hendrick, 2013).

Apesar de alguns dados demonstrarem que há uma relação entre a satisfação conjugal e a duração da relação, outros estudos revelam que não existem diferenças significativas entre estes dois construtos. Isto é, apesar do passar dos anos e de alguns eventos de vida, como o casamento e a parentalidade, resultarem numa ligeira diminuição da satisfação conjugal, quando ambos os/as companheiros/as se focam nos aspetos positivos do compromisso e da relação, menor é o conflito e maior é a satisfação e sua estabilidade (Hendrick & Hendrick, 2013).

Atração Sexual e Dor Sexual

Após a exploração da literatura, verificou-se que a atração sexual é principalmente abordada em estudos sobre assexualidade, pelo que a sua definição ainda apresenta características muito divergentes e limitadas.

Alguns estudos mencionam a atração na abordagem da identidade e orientação sexual, porém a atração sexual propriamente dita é caracterizada como fantasia sexual e erotismo (Bogaert, 2006), desejo de proximidade e interesse pelo outro, e de atividade sexual com o outro (Brotto & Yule, 2011). Um estudo realizado por Bem (1996, citado por Brotto et al.,

2010) revela que a excitação fisiológica das pessoas dá lugar à atração erótica a partir de três mecanismos. Num primeiro momento ocorre uma excitação extrínseca, por exemplo provocada por um/a parceiro/a sexual, seguida de uma excitação fisiológica, sendo que esta fusão resulta numa atribuição cognitiva causal e dá origem ao desejo-atração erótico (Brotto et al., 2010). Assim, o estímulo erótico tem sido associado ao interesse, atração, excitação e prazer sexual (Brotto & Yule, 2011). De acordo com Basson (2000) a mulher, em comparação com o homem, não revela uma necessidade sexual motivada pelo prazer físico e biológico, mas pela procura de maior proximidade e intimidade emocional com o/a parceiro/a. Com efeito, dificuldades ao nível da excitação ou vaginismo estão associadas à carência de fantasias e pensamentos sexuais, e à reduzida consciência das pistas sexuais, que por sua vez reduzem a motivação. No entanto, devido à escassez de estudos sobre a relação entre atração e disfunções sexuais, ainda não se sabe como a atração pelo/a parceiro/a pode influenciar a intensidade da dor sexual na mulher, potenciar o evitamento de atividades sexuais com penetração e a manutenção das dificuldades relacionais e individuais.

Como foi possível constatar pela revisão de literatura existem, inúmeros fatores de risco e protetores que estão correlacionados e, facilitam ou inibem, a resposta sexual da mulher. Entre eles estão os fatores e características que contribuem para a experiência inicial da atração, como a satisfação conjugal associada ao companheirismo e baixo conflito na relação. Por último, a elevada autoeficácia prediz melhor funcionamento, menor dor sexual e mais satisfação sexual.

Objetivos e Hipóteses

O presente estudo teve como principal objetivo explorar a relação e a influência das variáveis atração e autoeficácia sexual em mulheres com e sem dor sexual, comparando o respetivo funcionamento e satisfação sexual entre mulheres com dor sexual e mulheres da população geral.

De um modo mais específico e, tendo em conta a literatura explorada, foram desenvolvidas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese um: Esperam-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da autoeficácia, atração e funcionamento sexual com valores mais altos nas mulheres da população geral, que não apresentem esta dificuldade sexual.

Hipótese dois: Espera-se que a autoeficácia seja um preditor significativo e positivo do funcionamento e satisfação sexual, e de menores níveis de intensidade da dor sexual nas participantes.

Hipótese três: Espera-se que a atração seja um preditor significativo e positivo do funcionamento e satisfação sexual, e de menores níveis da intensidade da dor sexual nas participantes.

Método

Amostra

No presente estudo foram utilizadas duas amostras: uma primeira para análises de diferenças entre grupos de mulheres com dor sexual e da população geral, e uma segunda para análises de regressão no grupo de mulheres com dor sexual.

Na primeira análise do presente estudo, a amostra final foi constituída por um total de 300 mulheres: 78 mulheres com dor sexual e 222 mulheres da população geral, que não apresentavam esta dificuldade sexual. Foram excluídas 84 mulheres por não cumprirem os critérios de inclusão definidos: ser mulher, maior de 18 anos, nacionalidade portuguesa, que esteja (ou não) numa relação amorosa. De um modo mais específico, para o grupo de mulheres com dor sexual foram incluídas apenas as participantes que experienciavam dor sexual de acordo com os critérios de diagnóstico da Perturbação de Dor Genitopélvica/Penetração, segundo o DSM-5 (APA, 2013): presença de dor há pelo menos seis meses, com uma frequência igual ou superior a 50% das vezes, e com níveis significativos de desconforto ou mal-estar e interferência na sua vida, igual ou superior a 50%.

Ao nível das principais variáveis sociodemográficas ambos os grupos revelaram equivalências, como a idade ($t(298) = 1.16, p = .123$), habilitações literárias ($\chi^2[-.39] = 8416, p = .699$) e estado civil ($U(1) = .04, p = .834$). Na Tabela 1. são apresentadas as principais características sociodemográficas de ambos os grupos.

Tabela 1.

Características Sociodemográficas do Grupo com Dor Sexual e População Geral (N = 300)

	Grupo Dor Sexual (N=78)		Grupo População Geral (N=222)	
Idade				
<i>M</i>	26,5		27,8	
<i>Min-Máx</i>	18-53		18-59	
<i>DP</i>	6,7		8,7	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Habilitações literárias				
1º Ciclo	-	-	1	0,5
2º Ciclo	-	-	5	2,3
3º Ciclo	-	-	1	0,5
Ensino secundário	20	25,6	62	27,9
Licenciatura	37	47,4	85	38,3
Pós-licenciatura	14	17,9	52	23,4
Mestrado	6	7,7	13	5,9
Doutoramento	1	1,3	1	0,5
Profissão				
Ativa	46	59	126	56,8
Desempregada	4	5,1	12	5,4
Estudante	28	35,9	84	37,8
Estado civil				
Casada/UF	24	30,8	74	33,3
Solteira	54	69,2	144	64,9
Viúva	-	-	1	0,5
Divorciada/Separada	-	-	3	1,4
Tipo de Relacionamento				
Marital	9	11,5	35	15,8
União de facto	12	15,4	31	14
Namoro	48	61,5	124	55,9
Coabitação	17	21,8	31	14

M = média. *Min-Máx* = mínimo e máximo. *DP* = desvio padrão. UF = união de facto.

No que diz respeito ao grupo de mulheres com dor sexual, em média a dor encontrou-se presente desde há três e quatro anos, sendo que na maioria dos casos não se verificaram

alterações nas características dos sintomas (47,4%), havendo em alguns casos uma diminuição dos mesmos (29,5%) ao longo do tempo.

Tendo em conta uma escala de zero a 10, a dor provocada (presença de dor com toque direto) teve um grau de intensidade entre sete e 10 valores em 83,4 % dos casos, contrariamente 62,8% das mulheres não experienciavam dor não provocada (presença de dor sem haver toque).

Verificou-se que a maioria das participantes apresentava uma maior frequência de dor na zona da entrada vaginal (95%) com uma intensidade média de dor de 6,05 (DP = 3), seguida dos pequenos lábios (39,8%) com uma intensidade média de dor de 1,30 (DP = 1,95) numa escala de zero a 10. Um menor número de mulheres revelaram a presença de dor na uretra (23,1%), ânus (16,6%), grandes lábios (15,5%), clitóris (11,6%) e outras zonas (18,2%) como no canal vaginal, interior da vagina e colo do útero.

Devido à presença de dor a maioria das mulheres apresentaram níveis elevados a extremos de mal-estar (80,8%) e interferência moderada a elevada nas suas vidas (71,8%), sendo que 62,8% nunca recorreram a qualquer tipo de tratamento para a dor sexual.

Cerca de 78,2% das mulheres indicaram ainda a presença de outros problemas sexuais para além da dor, nomeadamente dificuldades ao nível da lubrificação (55,1%), desejo (35,9%), excitação (32,1%), aversão (29,5%) e orgasmo (26,9%).

Quanto ao grupo de mulheres da população geral, 17,1% indicaram outros problemas sexuais, nomeadamente dificuldades ao nível do desejo (9,5%), lubrificação (9%), orgasmo (5,9%) e excitação (5%).

No segundo estudo a amostra final foi constituída por um total de 137 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos, que cumpriram os critérios de inclusão já mencionados. Na Tabela 2. são apresentadas as principais características sociodemográficas do grupo de mulheres com dor sexual.

Tabela 2.

Características Sociodemográficas do Grupo com Dor Sexual (N = 137)

	Grupo Dor Sexual (N=137)
Idade	
<i>M</i>	27,4
<i>Min-Máx</i>	18-59
<i>DP</i>	7,7

	<i>N</i>	%
Habilitações literárias		
1º Ciclo	1	0,7
2º Ciclo	2	1,5
3º Ciclo	5	3,6
Ensino secundário	36	26,3
Licenciatura	59	43,1
Pós-licenciatura	21	15,3
Mestrado	10	7,3
Doutoramento	2	1,5
Profissão/Ocupação		
Ativa	81	59,1
Desempregada	10	7,3
Estudante	46	33,6
Estado civil		
Casada/UF	52	38
Solteira	85	62
Viúva	-	-
Divorciada/Separada	-	-
Tipo de Relacionamento		
Marital	18	13,1
União de facto	25	18,2
Namoro	77	56,2
Coabitação	27	19,7

M = média. *Min-Máx* = mínimo e máximo. *DP* = desvio padrão. UF = união de facto.

De um modo mais específico, em média a dor encontrou-se presente desde há 2 a 4 anos, sendo que na maioria dos casos não se verificaram alterações nas características dos sintomas (49,6%), havendo em alguns casos uma diminuição dos mesmos (31,4%) ao longo do tempo.

Tendo em conta uma escala de zero a 10, a dor provocada (presença de dor com toque direto) teve um grau de intensidade entre cinco e 10 valores em 85,4% dos casos, contrariamente 62% das mulheres não experienciavam dor não provocada (presença de dor sem haver toque).

Verificou-se que a maioria das participantes apresentava uma maior frequência de dor na zona da entrada vaginal (91,9%) com uma intensidade média de dor de 4,97 (*DP* = 3,11), seguida dos pequenos lábios (34,2%) com uma intensidade média de dor de 0,99

(DP = 1,68) numa escala de zero a 10. Um menor número de mulheres revelaram a presença de dor na uretra (23,2%), ânus (18,3%), clitóris (16,7%), grandes lábios (13,1%) e outras zonas (22,5%) como no canal vaginal, interior da vagina e colo do útero.

Devido à presença de dor a maioria das mulheres apresentaram níveis moderados a extremos de mal-estar (76,7%) e alguma interferência a elevada nas suas vidas (70,8%), porém 69,3% nunca recorreram a qualquer tipo de tratamento para a dor sexual.

Cerca de 71,5% das mulheres indicaram ainda a presença de outros problemas sexuais para além da dor, nomeadamente dificuldades ao nível da lubrificação (47,4%), desejo (30,7%), excitação (26,3%), orgasmo (26,3%) e aversão (18,2%).

Procedimentos

O presente estudo, com recolha de dados *online*, foi realizado entre Fevereiro e Setembro de 2022, através da plataforma “*Google Forms*”, permitindo o acesso a dois inquéritos: um para mulheres da população geral e outro para mulheres que apresentem dor sexual.

Este estudo foi publicado nas redes sociais, grupos, e-mail e fóruns *online*, direta ou indiretamente relacionados com a temática. Não houve qualquer compensação monetária pela participação neste estudo. Deste modo, através do método de recolha de dados não probabilística ou “bola de neve” foi possível chegar a um maior número de participantes, mantendo o anonimato e facilidade no preenchimento dos questionários, nos contextos em que as participantes considerassem apropriados.

Antes do preenchimento dos questionários, as participantes tiveram acesso a um documento informativo que descrevia de modo breve e claro os principais objetivos, finalidades e procedimentos do estudo, a estimativa do tempo de preenchimento, o método de tratamento de dados e os termos de confidencialidade. Foram também disponibilizados os endereços de email dos principais investigadores, para qualquer esclarecimento que pudesse surgir com a participação, assim como acesso aos serviços de ajuda psicológica da presente universidade, caso necessário.

Posteriormente, as participantes tiveram acesso a um consentimento informado que integrou informações relativas ao anonimato, à participação voluntária e possível desistência a qualquer momento sem qualquer risco, como também a aprovação do estudo pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica da Universidade Lusófona do Porto. Para garantir a participação no estudo e dar início ao preenchimento

dos questionários, as participantes tiveram de aceitar os termos dispostos no documento informativo e no consentimento informado.

Quanto ao controlo da privacidade, as participantes foram informadas sobre a não recolha de dados ou informações pessoais que identificassem ou comprometessem a sua identidade, como os registos IP, enfatizando que o estudo se destinava a mulheres com mais de 18 anos com e sem dor sexual. Por último, foi realçado que apenas a equipa de investigação responsável tem acesso à plataforma e à base de dados, armazenados em suporte físico de modo a proteger os dados das participantes.

Instrumentos

Questionário Introdutório Geral

O Questionário Introdutório Geral (Oliveira, Nobre & Vilarinho, 2011) é um questionário que permite recolher dados sociodemográficos que caracterizam as participantes, como a idade, sexo, orientação sexual, religião, etnia, zona de residência, habilitações literárias, profissão, rendimento anual médio, estado civil, duração e tipo de relacionamento atual. Permite ainda recolher informação sobre a história médica e familiar atual e passada, cirurgias e toma de medicação. Por fim, fornece informação sobre a história sexual e história da dor, nomeadamente a sua localização, frequência e intensidade, nível de desconforto e interferência diária, evolução dos sintomas, possível diagnóstico e tratamentos realizados. Como também, menstruação, gravidez e possíveis disfunções sexuais.

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

O Índice de Funcionamento Sexual Feminino (Rosen et al., 2000; tradução e adaptação de Nobre, 2002) é uma medida de autorresposta que avalia a função sexual feminina nas últimas quatro semanas. É constituída por 20 itens em que cada um corresponde a uma dimensão do funcionamento sexual feminino: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, dor sexual, vaginismo e também o funcionamento sexual geral. Para avaliar cada item são utilizadas diferentes escalas tipo *Likert*. Quanto maior a pontuação, melhor é o funcionamento sexual.

O FSFI apresenta boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de .82 e superiores para as suas dimensões, boa estabilidade temporal ($r = 0.79$ a $r = 0.86$) e boa

validade discriminante (Rosen et al., 2000). Na versão portuguesa, o instrumento também apresenta boas características psicométricas, com um alfa de *Cronbach* de .93 para a escala total e .88 a .90 para as dimensões (Pechorro et al., 2009). No presente estudo verifica-se boa e elevada consistência interna para a escala total com um alfa de *Cronbach* de .96, e um alfa de *Cronbach* de .84 na dimensão desejo, .89 na dimensão excitação, .93 na dimensão lubrificação, .85 na dimensão orgasmo, .86 na dimensão satisfação e .95 na dimensão dor.

McGuill Pain Questionnaire (SF-MPQ)

O McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ; Melzack, 1987) corresponde à versão reduzida do Questionário de autorresposta de Dor de McGill (MPQ; Melzack, 1975). O instrumento é dividido em duas partes: a primeira, com 15 itens, que avalia as dimensões sensitivas e afetivas da dor, sendo utilizado uma escala de *Likert* de quatro pontos, entre zero (*nenhum*) e três (*forte*). A segunda parte, avalia a intensidade da dor através de uma escala analógica (VAS) que varia entre zero (*sem dor*) e 10 (*a pior dor possível*), e a partir de uma questão do Índice de Dor Atual (PPI) através de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos que varia entre zero (*sem dor*) e cinco (*insuportável*).

Quanto às características psicométricas este questionário apresenta boa validade discriminante (Melzack, 1987; Melzack & Katz, 2001) e consistência interna razoável, com um alfa de *Cronbach* de .76 para a dimensão sensorial e .78 para a dimensão afetiva (Melzack, 1987). No presente estudo o SF-MPQ também demonstrou fraca e boa consistência interna com um alfa de *Cronbach* de .86 para a escala total, .85 para a dimensão sensorial e .63 para a dimensão afetiva.

Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F)

A Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F; Bailes et al., 2019) é uma escala que avalia a percepção da competência sexual das mulheres. É composta por 37 itens que correspondem às atividades das quatro fases da resposta sexual: interesse, desejo, excitação e orgasmo sexual. Estes estão divididos em subescalas: orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeto, comunicação, aceitação corporal e recusa. Para avaliar cada item as participantes respondem se são capazes de fazer a atividade descrita, assim como o seu grau de confiança, que pode variar entre 10 e 100.

Quanto às características psicométricas esta escala tem um elevado grau de consistência interna em que o alfa de *Cronbach* é de .93, e boa estabilidade temporal (correlações entre $r = .50$ e $r = 0.93$) (Bailes et al., 2019). O presente estudo confirmou igualmente uma consistência interna boa e elevada, com um alfa de *Cronbach* é de .97 para a escala total, e um alfa de *Cronbach* de .92 na subescala orgasmo interpessoal, .90 no interesse/desejo interpessoal, .96 na sensualidade, .86 na excitação individual, .76 no afeto, .82 na comunicação, .86 na aceitação corporal e .72 na recusa.

Assessing Multiple Facets of Attraction to Woman and Men (AMFA-WM)

O Assessing Multiple Facets of Attraction to Woman and Men (AMFA-WM; Diamond, 2010) é um instrumento que avalia a frequência e intensidade da atração e fantasias por homens e mulheres. É constituído por 23 itens e pode ser dividido em quatro dimensões: frequência relativa de atração e fantasias, frequência geral da atração e fantasias, amplitude da atração e intensidade da atração, em que a sua avaliação difere de item para item.

Não está disponível informação sobre a validade e fiabilidade deste instrumento (Diamond, 2010). No presente estudo o instrumento foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa. Este revelou uma consistência interna fraca e razoável com um alfa de *Cronbach* de .62 para a escala total, .65 para a frequência geral da atração e fantasias e .73 para a intensidade da atração, que foram as duas subescalas utilizadas para este estudo.

Estratégia de análise de dados

Dada a natureza quantitativa do estudo, para a análise e tratamento dos dados foi utilizado o software IBM SPSS (Statistics Package for Social Sciences).

Para caracterizar ambos os grupos, de mulheres da população geral e mulheres com dor sexual, foram realizadas análises de frequências.

No sentido de avaliar a existência de diferenças entre os grupos ao nível de algumas variáveis sociodemográficas, dor sexual (medida pelo SF-MPQ), autoeficácia (medida pelo SSES-F), e atração (medida pelo AMFA-WM) foi realizado o *Teste t Student*, uma vez que o pressuposto da homogeneidade das matrizes de variância foi verificado. Em cada análise a variável autoeficácia foi medida pelas dimensões orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeto, comunicação, aceitação corporal e recusa, e a atração pelas dimensões frequência geral da atração e intensidade da atração.

Por último, foram realizadas três análises de regressão múltipla (método Enter), para medir a capacidade preditiva das autoeficácia e atração na intensidade da dor sexual, funcionamento sexual e satisfação sexual (medidos pelo FSFI e SF-MPQ) nas mulheres com dor sexual. Em cada análise de regressão as variáveis autoeficácia e atração foram medidas pelas dimensões dos respectivos instrumentos, mais especificamente pelas dimensões orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeto, comunicação, aceitação corporal e recusa (medidas pelo SSES-F), e pelas dimensões frequência geral da atração e intensidade da atração (medidas pelo AMFA-WM).

Todas as análises de regressão contiveram uma amostra com o mínimo de 10 a 15 participantes para cada preditor. Após testar a ausência de multicolinearidade, este pressuposto está cumprido porque não há correlações acima de .80 e -.80 entre os preditores, os valores de VIF estão abaixo de quatro e os valores de tolerância acima de menos um, para cada preditor.

Resultados

Diferenças ao nível do funcionamento sexual entre mulheres da população geral e mulheres com dor sexual

Para avaliar se existem diferenças entre os dois grupos ao nível do funcionamento sexual, e nas dimensões desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual e vaginismo, procedeu-se à realização de duas análises através do *Teste t Student*.

Na dimensão orgasmo ($t(298) = .82, p = .206$) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo, nas dimensões desejo sexual ($t(298) = 6.49, p < .001$), excitação sexual ($t(298) = 9.44, p < .001$), lubrificação ($t(298) = -4.31, p < .001$), satisfação sexual ($t(298) = 6.92, p < .001$), dor sexual ($t(298) = -18.02, p < .001$) e vaginismo ($t(297) = -11.98, p < .001$), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Mulheres da população geral revelam níveis superiores desejo ($M = 4.56, DP = 1.04$), excitação ($M = 5.15, DP = 1.05$) e satisfação ($M = 4.92, DP = 1.35$) comparativamente com mulheres com dor sexual. Em contrapartida, mulheres com dor sexual revelam níveis superiores de lubrificação ($M = 3.15, DP = .38$), dor ($M = 3.82$,

$DP = 1.13$) e vaginismo ($M = 3.23$, $DP = 1.67$) comparativamente com mulheres da população geral.

No total do funcionamento sexual ($t(100) = 1.18$, $p = .121$) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, conforme se consta na tabela 3.

Tabela 3.

Funcionamento sexual e respetivas dimensões em função do grupo de mulheres da população geral e mulheres com dor sexual (N = 300)

Dimensão FSFI	Grupo População		Grupo Dor Sexual			
	Geral		(n = 78)			
	(n = 222)					
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i> (298)	<i>p</i>
Desejo	4.56	1.04	3.60	1.35	6.49***	.001
Excitação	5.15	1.05	3.70	1.48	9.44***	.001
Lubrificação	2.95	.35	3.15	.38	-4.31***	.001
Orgasmo	3.67	.65	3.62	.69	.82	.206
Satisfação sexual	4.92	1.35	3.65	1.53	6.92***	.001
Dor Sexual	.82	1.31	3.82	1.13	-18.02***	.001
Vaginismo	.76	1.53	3.23	1.67	-11.98***	.001
Funcionamento sexual geral	22.10	2.53	21.54	3.92	1.44	.121

Nota. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Diferenças ao nível da autoeficácia entre mulheres da população geral e mulheres com dor sexual

Para avaliar se existem diferenças entre os dois grupos ao nível da autoeficácia, e nas dimensões orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeto, comunicação, aceitação corporal e recusa, procedeu-se à realização de duas análises através do *Teste t Student*.

Não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos nas dimensões excitação individual ($t(298) = 1.34$, $p = .091$) e recusa ($t(157) = .94$, $p = .175$). Ao nível das dimensões orgasmo interpessoal ($t(298) = 7.73$, $p < .001$), interesse-desejo interpessoal

($t(298) = 6.91, p < .001$), sensualidade ($t(298) = 2.34, p = .010$), afeto ($t(298) = 2.30, p = .011$), comunicação ($t(298) = 1.88, p = .031$) e aceitação corporal ($t(298) = 2.91, p = .004$) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Mulheres da população geral revelam níveis superiores de orgasmo interpessoal ($M = 679.06, DP = 231.81$), interesse-desejo interpessoal ($M = 484.36, DP = 141.31$), sensualidade ($M = 504.77, DP = 166.88$), afeto ($M = 237.60, DP = 79.26$), comunicação ($M = 362.46, DP = 129.11$) e aceitação corporal ($M = 147.14, DP = 56.87$) comparativamente com mulheres com dor sexual.

No total da autoeficácia verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($t(298) = 4.81, p < .001$). Mulheres da população geral revelam níveis superiores de autoeficácia ($M = 2819.08, DP = 839.54$) comparativamente com mulheres com dor sexual ($M = 2299.54, DP = 764.97$), conforme se consta na tabela 4.

Tabela 4.

Autoeficácia e respectivas dimensões em função do grupo de mulheres da população geral e mulheres com dor sexual (N = 300)

Autoeficácia	Grupo População		Grupo Dor Sexual			
	Geral		(n = 78)			
	(n = 222)					
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i> (298)	<i>p</i>
Orgasmo interpessoal	679.06	231.81	449.56	206.88	7.73***	.001
Interesse/desejo interpessoal	484.36	141.31	352.68	154.38	6.91***	.001
Sensualidade	504.77	166.88	453.56	164.31	2.34**	.010
Excitação individual	290.34	118.88	269.74	111.70	1.34	.091
Afeto	237.60	79.26	212.88	88.08	2.30**	.011
Comunicação	362.46	129.11	330.85	124.67	1.88*	.031
Aceitação corporal	147.14	56.87	124.62	64.35	2.91***	.004
Recusa	113.34	69.79	105.64	59.39	.87	.175
Total autoeficácia	2819.08	839.54	2299.54	764.97	4.81***	.001

Nota. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Diferenças ao nível da atração entre mulheres da população geral e mulheres com dor sexual

Para avaliar se existem diferenças entre os dois grupos ao nível das dimensões frequência de atração geral e fantasias, e intensidade da atração, relativas à atração, procedeu-se à realização do *Teste t Student*.

Nas dimensões frequência da atração geral e fantasias ($t(298) = 1.87, p = .031$), e intensidade da atração ($t(298) = 2.31, p = .011$) verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Mulheres da população geral revelam níveis superiores de frequência da atração geral e fantasias ($M = 2.87, DP = .80$), e intensidade da atração ($M = 2.83, DP = .70$) comparativamente com mulheres com dor sexual, conforme se consta na tabela 5.

Tabela 5.

Dimensões da atração em função do grupo de mulheres da população geral e mulheres com dor sexual (N = 300)

Atração	Grupo População		Grupo Dor Sexual			
	Geral		(n = 78)			
	(n = 222)					
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t(298)</i>	<i>p</i>
Frequência geral da atração e fantasias	2.87	.80	2.67	.81	1.87*	.031
Intensidade da atração	2.83	.70	2.63	.62	2.31**	.011

Nota. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Autoeficácia como preditor da intensidade da dor em mulheres com dor sexual

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar se as dimensões orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeto, comunicação, aceitação corporal e recusa, relativas à autoeficácia, são preditores da intensidade da dor sexual.

Os resultados da análise de regressão múltipla não foram estatisticamente significativos R^2 Ajustado = -.02, $F(8, 128) = .64, p = .745$. Das oito dimensões exploradas, nenhuma se mostrou preditor significativo da intensidade da dor sexual. Confrontar tabela número 1 em anexo.

Autoeficácia como preditor do funcionamento sexual em mulheres com dor sexual

Foi utilizada uma análise de regressão múltipla para testar se as dimensões orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeto, comunicação, aceitação corporal e recusa, relativas à autoeficácia, são preditores do funcionamento sexual.

A análise de regressão múltipla foi estatisticamente significativa e explicou um total de 31% de variância, R^2 Ajustado = .31, $F(8, 128) = 8.73$, $p < .001$. O único preditor do funcionamento sexual estatisticamente significativo foi o interesse/desejo interpessoal $\beta = .65$, $t = 4.70$, $p < .001$, 95% CI [0.01, 0.02]. O funcionamento sexual é explicado pelo interesse/desejo interpessoal em 19,34%. O interesse/desejo interpessoal é um preditor positivo, ou seja, níveis mais elevados de desejo/interesse interpessoal prediz níveis mais elevados de funcionamento sexual, conforme se consta na tabela 6. O tamanho do efeito da variância explicada é grande, $f^2 = 0,54$.

Tabela 6.

Análise de regressão múltipla (método Enter) para orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeto, comunicação, aceitação corporal e recusa como preditores do funcionamento sexual (N = 137)

Preditores	B	Erro padrão	β	t	p
Orgasmo Interpessoal	.00	.00	.21	1.73	.087
Interesse/desejo interpessoal	.02	.00	.65***	4.70	.001
Sensualidade	.00	.00	.05	.25	.800
Excitação individual	.00	.00	.02	.22	.827
Afeto	-.01	.01	-.17	-1.21	.229
Comunicação	-.00	.00	-.16	-1.10	.273
Aceitação do corpo	-.00	.01	-.05	-.58	.560
Recusa	-.01	.01	-.10	-1.24	.216

Nota. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Autoeficácia como preditor da satisfação sexual em mulheres com dor sexual

Foi utilizada uma análise de regressão múltipla para testar se as dimensões orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeto,

comunicação, aceitação corporal e recusa, relativas à autoeficácia, são preditores da satisfação sexual.

A análise de regressão múltipla foi estatisticamente significativa e explicou um total de 26% de variância, R^2 Ajustado = .26, $F(8, 128) = 6.96$, $p < .001$. O orgasmo interpessoal $\beta = .60$, $t = 4.64$, $p < .001$, 95% CI [0.00, 0.01] e o interesse/desejo interpessoal $\beta = .36$, $t = 2.49$, $p = .014$, 95% CI [0.00, 0.01] foram preditores estatisticamente significativos da satisfação sexual. O preditor que mais contribuiu para variância explicada foi o orgasmo interpessoal (3,66%), seguido pelo interesse/desejo interpessoal (3,56%). O orgasmo interpessoal e o interesse/desejo interpessoal são preditores positivos, ou seja, níveis mais elevados de orgasmo interpessoal e o interesse/desejo interpessoal, são preditores de níveis mais elevados de satisfação sexual, conforme se consta na tabela 7. O tamanho do efeito da variância explicada é grande, $f^2 = 0,43$.

Tabela 7.

Análise de regressão múltipla (método Enter) para orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeto, comunicação, aceitação corporal e recusa como preditores da satisfação sexual (N = 137)

Preditores	B	Erro padrão	β	t	p
Orgasmo Interpessoal	.00	.00	.60***	4.64	.001
Interesse/desejo interpessoal	.00	.00	.36**	2.49	.014
Sensualidade	-.00	.00	-.26	-1.38	.171
Excitação individual	.00	.00	.05	.41	.684
Afeto	-.00	.00	-.18	-1.25	.213
Comunicação	-.00	.00	-.20	-1.35	.179
Aceitação corporal	.00	.00	.02	.24	.814
Recusa	-.00	.00	-.08	-.99	.326

Nota. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Atração como preditor da intensidade da dor em mulheres com dor sexual

Foi utilizada uma análise de regressão múltipla para testar se as dimensões frequência geral da atração e fantasias e intensidade da atração, relativas à atração, são preditores da intensidade da dor sexual.

A análise de regressão múltipla foi estatisticamente significativa e explicou um total de 4% de variância, R^2 Ajustado = .04, $F(2, 134) = 3.55$, $p = .032$. No entanto, das duas dimensões, nenhuma se mostrou preditor da intensidade da dor sexual. Confrontar tabela número 2 em anexo.

Atração como preditor do funcionamento sexual em mulheres com dor sexual

Foi utilizada uma análise de regressão múltipla para testar se as dimensões frequência geral da atração e fantasias e intensidade da atração, relativas à atração, são preditores do funcionamento sexual.

A análise de regressão múltipla foi estatisticamente significativa e explicou um total de 11% de variância, R^2 Ajustado = .11, $F(2, 134) = 9.34$, $p < .001$. O único preditor do funcionamento sexual estatisticamente significativo foi a frequência geral da atração e fantasias, $\beta = .34$, $t = 3.17$, $p = .002$, 95% CI [0.61, 2.62]. O funcionamento sexual é explicado pela frequência geral da atração e fantasias em 178,35%. A frequência geral de atração e fantasias é um preditor positivo, ou seja, níveis mais elevados de frequência geral de atração e fantasias prediz níveis mais elevados de funcionamento sexual, conforme se consta na tabela 8. O tamanho do efeito da variância explicada é pequeno, $f^2 = 0,14$.

Tabela 8.

Análise de regressão múltipla (método Enter) para frequência geral da atração e fantasias, e intensidade da atração como preditores do funcionamento sexual (N = 137)

Preditores	B	Erro padrão	β	t	p
Frequência geral da atração e fantasias	1.61	.51	.34***	3.17	.002
Intensidade da atração	.05	.64	.01	.08	.939

Nota. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Atração como preditor da satisfação sexual em mulheres com dor sexual

Foi utilizada uma análise de regressão múltipla para testar se as dimensões frequência geral da atração e fantasias e intensidade da atração, relativas à atração, são preditores da satisfação sexual.

A análise de regressão múltipla foi estatisticamente significativa e explicou um total de 3% de variância, R^2 Ajustado = .03, $F(2, 134) = 3.13$, $p = .047$. O único preditor da

satisfação sexual estatisticamente significativo foi a frequência geral da atração e fantasias $\beta = .24$, $t = 2.14$, $p = .034$, 95% CI [0.04, 0.90]. A satisfação sexual é explicada pela frequência geral da atração e fantasias em 49,9%. A frequência geral da atração e fantasias é um preditor positivo, ou seja, níveis mais elevados de frequência geral da atração e fantasias prediz níveis mais elevados de satisfação sexual, conforme se consta na tabela 9. O tamanho do efeito da variância explicada é pequeno, $f^2 = 0,05$.

Tabela 9.

Análise de regressão múltipla (método Enter) para frequência geral da atração e fantasias, e intensidade da atração como preditores da satisfação sexual (N = 137)

Preditores	B	Erro padrão	β	t	p
Frequência geral da atração e fantasias	.47	.22	.24*	2.14	.034
Intensidade da atração	-.13	.27	-.05	-.47	.639

Nota. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo explorar as diferenças entre mulheres da população geral e mulheres com dor sexual, ao nível das variáveis autoeficácia e atração sexual, bem como o respetivo funcionamento sexual. Como objetivo mais específico, o presente estudo testou a capacidade preditiva das variáveis atração e autoeficácia sexual, na intensidade da dor, e respetivo funcionamento e satisfação sexual das participantes.

Tendo em conta as hipóteses iniciais, os resultados obtidos no presente estudo confirmam que, de um modo geral, existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de mulheres e as respetivas variáveis.

Quanto ao funcionamento sexual, as mulheres com dor sexual apresentam níveis elevados nas dimensões lubrificação, dor e vaginismo, e níveis inferiores nas dimensões desejo, excitação e satisfação sexual. Os resultados indicaram que há diferenças entre as mulheres da população geral e as mulheres com dor na maioria das dimensões do questionário, não se verificando diferenças entre os grupos na dimensão orgasmo e no

funcionamento sexual geral. Logo, a hipótese inicial do presente estudo é parcialmente confirmada.

De modo geral, estes resultados são corroborados pela literatura, na medida em que os valores mais baixos de desejo, excitação e satisfação sexual podem estar a contribuir para a presença da dor e vaginismo (Rosen & Bergeron, 2019). De acordo com estudos anteriores, a origem ou cronicidade da dor sexual pode estar associada a múltiplos fatores, incluído dificuldades de lubrificação (Alizadeh et al., 2019). Contudo, os níveis superiores de lubrificação deste estudo, podem explicar que a presença de dor nas participantes não está associada a esta dificuldade, mas sim há existência de outros fatores na origem da dor. Nomeadamente a presença de conflitos conjugais e distrações não sexuais, que podem levar a um maior sofrimento sexual, e insatisfação relacional (Sprecher & Felmlee, 2008) e consequentemente diminuição da atração pelo/a parceiro/a.

Ao nível da autoeficácia, os resultados indicaram que as mulheres da população geral revelam níveis superiores de autoeficácia total e suas dimensões, comparativamente com as mulheres que apresentam dor sexual. Assim, valores mais elevados nas dimensões orgasmo interpessoal, interesse-desejo interpessoal, sensualidade, afeto, comunicação e aceitação corporal estão presentes nas mulheres sem dor.

Estes resultados vão ao encontro da literatura, na medida em que mulheres com alta autoeficácia revelam menos dificuldades sexuais, e melhor funcionamento sexual (Dashtestannejad et al., 2020). Tendo em conta a ausência de diferenças ao nível da excitação, podemos pressupor que mulheres com dor sentem níveis significativos de excitação, ainda que as dificuldades permaneçam. Com isto, fatores como o contexto relacional, problemas interpessoais, ausência de comunicação sexual e mudanças no interesse e excitação, podem ter impacto na perceção da autoeficácia pela própria e pelo/a companheiro/a como sexualmente incapaz e contribuir para o baixo envolvimento e insatisfação sexual (Lemieux et al., 2013). Com efeito, estes poderão desencadear na mulher desconforto durante a penetração e prejudicar ou manter o ciclo da dor (Gregory, 2021).

No que concerne à segunda hipótese, foram observados resultados divergentes. Assim, ao contrário da informação encontrada na literatura, os resultados do presente estudo revelaram que a variável autoeficácia sexual e suas dimensões não predizem a intensidade da dor. Relativamente ao funcionamento e satisfação sexual, os resultados apontam que níveis mais elevados de autoeficácia, especialmente interesse-desejo e orgasmo

interpessoal, são preditores de melhor funcionamento e maior satisfação sexual nas mulheres com dor.

Estudos realizados por Lemieux e colaboradores (2013), demonstram que mulheres com elevada autoeficácia revelam melhor funcionamento sexual e menores níveis de dor. Com efeito, mulheres com baixa autoeficácia podem perceber o seu funcionamento e satisfação sexual afetado pela presença de outras dificuldades sexuais (Dashtestannejad et al., 2020), como o orgasmo, desejo e interesse. Por outro lado, de acordo com os resultados obtidos, podemos pressupor que o funcionamento e autoeficácia sexual estão associados ao suporte, intimidade, companheirismo, compromisso com a relação, e satisfação relacional e sexual. Ou seja, quando ambos os parceiros comunicam e focam nos aspetos positivos e do que cada um é sexualmente capaz, há maior abertura e empatia para a explorar e ultrapassar as dificuldades sexuais de forma conjunta (Rossi et al., 2020; Hendrick & Hendrick, 2013).

Relativamente à atração, foram utilizadas apenas duas dimensões do questionário total para avaliar as diferenças entre grupos. Os resultados indicaram diferenças significativas, sendo que as mulheres com dor sexual sentem atração com menor frequência e intensidade, comparativamente com as mulheres da população geral.

Em referência à terceira hipótese, também foram observados resultados divergentes. Ao nível da frequência e intensidade da atração e fantasias, esta não prediz a intensidade da dor. Contudo, mulheres com dor que sentem atração com maior frequência, evidenciam melhor funcionamento e satisfação sexual. Por outro lado, a intensidade dessa atração não está associada a maior ou menor funcionamento e satisfação sexual. Devido aos limites da consistência interna do questionário AMFA-WM, a força dos resultados deste estudo é limitada. Por outro lado, tendo em conta que este é ainda um construto instável, subjetivo e pouco estudado, na sua relação com a dor, estes resultados não podem ser confirmados.

Ainda assim, um estudo realizado por Nobre & Pinto-Gouveia (2008) aponta que mulheres com dor vêm a sua motivação e interesse sexual afetados pela presença de esquemas cognitivos de fracasso e pensamentos negativos que promovem emoções negativas, como a culpa e tristeza. Consequentemente, estes impedem a atenção nos estímulos eróticos e prejudicam a resposta sexual, levando a desistir da interação sexual (Nobre & Pinto Gouveia, 2008). Assim, podemos pressupor que a presença deste tipo de pensamentos negativos em relação a si e à atividade sexual, poderão estar a influenciar a atração sentida e provocar baixo interesse sexual. Com efeito, verifica-se um melhor

funcionamento e satisfação conjugal em mulheres que se focam mais nos aspetos positivos da intimidade sexual, do que nos aspetos negativos da dor (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018).

Por outro lado, as mulheres em comparação com os homens, atribuem uma maior importância à dimensão relacional e, por isso, valorizam e sentem-se mais atraídas por características como respeito, compreensão, proximidade e compromisso (Aron et al., 2008). Logo, quanto maior a proximidade emocional e compromisso na relação, e maior a compreensão de ambos os parceiros na presença de uma dificuldade sexual, maior será a motivação da mulher para explorar pistas comportamentais e estímulos atraentes. Por consequência, estes fatores motivam a excitação subjetiva e desejo responsivo para atividade sexual (Basson, 2000). Por sua vez, a fusão entre estímulos, nomeadamente o interesse pelas características atrativas num/a parceiro/a e o desejo de proximidade com o outro (Brotto & Yule, 2011), poderá aumentar a excitação-prazer sexual, maior satisfação sexual e relacional, e possível ausência de dor (Rosen & Bergeron, 2019), como se observa na população geral.

Conclusão

Dada a escassez de estudos na área da dor sexual feminina, este estudo mostrou-se relevante para compreender a relação entre as variáveis atração e autoeficácia sexual, bem como de outros fatores biopsicossociais, como o funcionamento e satisfação sexual na intensidade da dor sexual feminina. Também permitiu explorar as diferenças ao nível destas variáveis, entre mulheres portuguesas com e sem dor.

No entanto, os resultados deste estudo devem ser interpretados com precaução devido à presença de algumas limitações. Desde logo, o facto de a recolha de dados ter sido em formato *online*. Uma vez que nem toda a população tem acesso às plataformas *online* ou facilidade no seu uso, pode existir uma discrepância nas idades e outras variáveis sociodemográficas da nossa amostra e da população geral. Logo, os dados resultantes do preenchimento do questionário não são representativos da população portuguesa. Também não foi possível assegurar que a amostra com dor fosse clínica, devido à ausência de um diagnóstico formal. Por outro lado, a extensão do protocolo e o tempo de preenchimento necessário também poderão ter influenciado a qualidade das respostas. Além disso, acresce que os relatos das participantes poderão ter seguido a desejabilidade social, devido à falta

de controlo do *setting* onde responderam e ao tabu associado ao tema, podendo isto influenciar os resultados finais. Por último, a ausência de adaptação da escala SSES-F para a população portuguesa, e a falta de validação e fraca consistência interna da escala AMFA-WM, também são limitações deste estudo.

Apesar das limitações, espera-se contribuir para a desmistificação do tabu em torno da sexualidade e sensibilizar para a procura de apoio face à problemática. Espera-se igualmente contribuir para o desenvolvimento de mais programas e recursos preventivos e informativos sobre a sexualidade, com o objetivo de facilitar a expressão dos receios e necessidades sexuais de cada pessoa, e diminuir o impacto das disfunções sexuais na qualidade de vida. Deste modo, os resultados do presente estudo poderão contribuir para o avanço de futuras investigações em torno da origem e possíveis efeitos na presença de dor sexual. Assim como, promover práticas profissionais mais sustentadas, e favorecer uma compreensão ativa para o desenvolvimento de avaliações e intervenções clínicas mais individualizadas e adequadas para mulheres ou casais com dificuldades sexuais e relacionais. Alguns exemplos de intervenção nesta área podem ser, literacia sexual, psicoeducação sobre o mecanismo da dor, terapia cognitivo-comportamental com base na reestruturação cognitiva, exposição ou dessensibilização e treino de comunicação. Também são recomendadas algumas técnicas, como o relaxamento, distração cognitiva e *mindfulness*. No entanto, é fundamental uma avaliação médica inicial para o despiste de outros problemas relacionados com a dor sexual (Gregory, 2021).

Por fim, para futuras investigações são necessários mais estudos qualitativos e quantitativos que permitam criar instrumentos mais fiáveis na avaliação do fator atração. Com isto, seria possível avaliar este construto em laboratório, mais a um nível neurofisiológico para observar de modo mais preciso as respostas dos participantes do sexo feminino e masculino na presença de um estímulo (Leclerc et al., 2014).

Referências Bibliográficas

- Al-Abbadey, M., Liossi, C., Curran, N., Schoth, D. E., & Graham, C. A. (2016). Treatment of female sexual pain disorders: a systematic review. *Journal of sex & marital therapy*, 42(2), 99-142. doi: 10.1080/0092623X.2015.1053023
- Alizadeh, A., Farnam, F., Raisi, F., & Parsaeian, M. (2019). Prevalence of and risk factors for genito-pelvic pain/penetration disorder: a Population-Based Study of Iranian Women. *The journal of sexual medicine*, 16(7), 1068-1077. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.04.019
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores
- Aron, A., Fisher, H. E., Strong, G., Acevedo, B., Riela, S., & Tsapelas, I. (2008). Falling in love. In S. Sprecher, A. Wenzel, & J. Harvey (Eds.), *Handbook of relationship initiation* (pp. 315–336). Psychology Press. doi: 10.4324/9780429020513
- Bailes, S., Creti, L., Fichten, C. S., Libman, E., Brender, W., & Amsel, R. (2019). Sexual Self-Efficacy Scale for Female Functioning (SSES-F). In R. Milhausen J. Sakauluk, C. M. Davis, W. L. Yarber, & T Fisher (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures (4th edition*, pp. 582-584). New York: Routledge. doi: 10.4324/9781315183169
- Bandura, A. (2010). Self-efficacy. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-3. Doi: 10.1002/9780470479216.corpsy0836
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51-65. doi: 10.1080/009262300278641
- Benoit-Piau, J., Bergeron, S., Brassard, A., Dumoulin, C., Khalifé, S., Waddell, G., & Morin, M. (2018). Fear-avoidance and pelvic floor muscle function are associated with pain intensity in women with vulvodynia. *The Clinical journal of pain*, 34(9), 804-810. doi: 10.1097/AJP.0000000000000604
- Boa, R. (2013). Female sexual pain disorders: review. *Obstetrics and Gynaecology Forum* 23(4), 27-31.
- Bogaert, A. F. (2006). Toward a conceptual understanding of asexuality. *Review of General Psychology*, 10(3), 241-250. doi: 10.1037/1089-2680.10.3.241

- Brotto, L. A., Knudson, G., Inskip, J., Rhodes, K., & Erskine, Y. (2010). Asexuality: A mixed-methods approach. *Archives of sexual behavior*, 39(3), 599-618. doi: 10.1007/s10508-008-9434-x
- Brotto, L. A., & Yule, M. A. (2011). Physiological and subjective sexual arousal in self-identified asexual women. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 699-712. doi: 10.1007/s10508-010-9671-7
- Dashtestannejad, A., Dehghani, A., Salehi, A., & Diarian M. M. (2020). Predicting Women's Sexual Function through Sexual Self-Efficacy according to the Mediator Variable of Conflict Resolution Techniques. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal Zanzan University of Medical Science*, 30-23. doi: 10.52547/pcnm.9.4.23
- Diamond, L. M. (2010). Assessing Multiple Facets of Attraction to Women and Men. In T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber & S. L. Davis (Eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (pp. 81-84). Nova Iorque: Routledge. doi: 10.4324/9781315881089
- Dias-Amaral, A., & Marques-Pinto, A. (2018). Female genito-pelvic pain/penetration disorder: review of the related factors and overall approach. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 787-793. doi: 10.1055/s-0038-1675805
- Graziano, W. G., & Bruce, J. W. (2008). Attraction and the initiation of relationships: A review of the empirical literature. In S. Sprecher, A. Wenzel, & J. Harvey (Eds.), *Handbook of relationship initiation* (pp. 269–295). Psychology Press.
- Gregory, A. (2021). Understanding female sexual dysfunction, its causes and treatments. *British Journal of Nursing*, 30(18), 18-29. doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.18.S18>
- Halle-Ekane, G. E., Timti, L. F., Tanue, E. A., Ekukole, C. M., & Yenshu, E. V. (2021). Prevalence and Associated Factors of Female Sexual Dysfunction Among Sexually Active Students of the University of Buea. *Sexual Medicine*, 9(5), 100402. doi: 10.1016/j.esxm.2021.100402
- Hendrick, S. S., & Hendrick, C. (2013). Satisfaction, love, and respect in the initiation of romantic relationships. In S. Sprecher, A. Wenzel, & J. Harvey (Eds.), *Handbook of relationship initiation*, 337-71. Psychology Press.
- Lara, L. A. D. S., Silva, A. C. J. D. S. R., Romão, A. P. M. S., & Junqueira, F. R. R. (2008). Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de*

- Ginecologia e Obstetrícia*, 30(6), 312-321. doi: 10.1590/s0100-72032008000600008
- Leclerc, B., Bergeron, S., Brassard, A., Bélanger, C., Steben, M., & Lambert, B. (2014). Attachment, sexual assertiveness, and sexual outcomes in women with provoked vestibulodynia and their partners: A mediation model. *Archives of sexual behavior*, 44(6), 1561-1572. doi: 10.1007/s10508-014-0295-1
- Lemieux, A. J., Bergeron, S., Steben, M., & Lambert, B. (2013). Do romantic partners' responses to entry dyspareunia affect women's experience of pain? The roles of catastrophizing and self-efficacy. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(9), 2274-2284. doi: 10.1111/jsm.12252
- LoFrisco, B. M. (2011). Female sexual pain disorders and cognitive behavioral therapy. *Journal of sex research*, 48(6), 573-579. doi: 10.1080/00224499.2010.540682
- Madbouly, K., Al-Anazi, M., Al-Anazi, H., Aljarbou, A., Almannie, R., Habous, M., & Binsaleh, S. (2021). Prevalence and predictive factors of female sexual dysfunction in a sample of Saudi women. *Sexual Medicine*, 9(1), 100277. doi: 10.1016/j.esxm.2020.10.005
- Melzack, R. (1987). The short form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30(2), 191-197. doi: 10.1016/0304-3959(87)91074-8.
- Melzack, R., & Katz, J. (2001). The McGill Pain Questionnaire: Appraisal and current status. In D. C. Turk & R. Melzack (Eds.), *Handbook of pain assessment* (pp. 35–52). The Guilford Press.
- Mirzaee, F., Ahmadi, A., Zangiabadi, Z., & Mirzaee, M. (2020). The effectiveness of psycho-educational and cognitive-behavioral counseling on female sexual dysfunction. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42, 333-339. doi: 10.1055/s-0040-1712483
- Nezamnia, M., Iravani, M., Bargard, M. S., & Latify, M. (2020). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: An RCT. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 18(8), 625. doi: 10.18502/ijrm.v13i8.7504
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cognitive Therapy and Research*, 32(1), 37-49. doi: 10.1007/s10608-007-9165-7

- Organização Mundial da Saúde (2006). Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 33-44. doi: 10.14417/lp.684
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: a population-based study with women aged 18 to 79 years. *Journal of sex & marital therapy*, 41(2), 169-180. doi: 10.1080/0092623X.2013.842195
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Prevalence of sexual problems and associated distress among gay and heterosexual men. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 211-225. doi: 10.1080/14681994.2014.986084
- Rosen, N. O., & Bergeron, S. (2019). Genito-pelvic pain through a dyadic lens: Moving toward an interpersonal emotion regulation model of women's sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 56(4-5), 440-461. doi: 10.1080/00224499.2018.1513987
- Rossi, M. A., Maxwell, J. A., & Rosen, N. O. (2020). Biased Partner Perceptions of Women's Pain Self-Efficacy in Postpartum Pain During Intercourse: A Dyadic Longitudinal Examination. *The Journal of Pain*, 21(9), 1047-1059. doi: 10.1016/j.jpain.2020.01.006
- Simons, J. S., & Carey, M. P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Archives of sexual behavior*, 30(2), 177-219. doi: 10.1023/a:1002729318254
- Sprecher, S., & Felmlee, D. (2008). Insider Perspectives on Attraction. In S. Sprecher, A. Wenzel, & J. Harvey (Eds.), *Handbook of relationship initiation* (pp. 302-318). Psychology Press. doi: 10.4324/9780429020513
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135. doi: 10.1037/0033-295X.93.2.119

Anexos

Tabela 1.

Análise de regressão múltipla (método Enter) para orgasmo interpessoal, interesse/desejo interpessoal, sensualidade, excitação individual, afeto, comunicação, aceitação corporal e recusa como preditores da dor sexual (n = 137)

Preditores	B	Erro padrão	β	t	p
Orgasmo Interpessoal	-.00	.00	-.05	-.35	.727
Interesse/desejo interpessoal	.00	.01	-.01	-.05	.962
Sensualidade	.01	.01	.25	1.14	.255
Excitação individual	-.01	.01	-.14	-1.05	.298
Afeto	.00	.01	-.00	-.01	.994
Comunicação	.00	.01	.08	.47	.641
Aceitação corporal	.00	.01	.00	.02	.983
Recusa	-.01	.01	-.05	-.49	.627

Tabela 2.

Análise de regressão múltipla (método Enter) para frequência geral da atração e fantasias, e intensidade da atração como preditores da dor sexual (n = 137)

Preditores	B	Erro padrão	β	t	p
Frequência geral da atração e fantasias	1.07	.96	.13	1.11	.269
Intensidade da atração	1.28	1.21	.12	1.06	.291

ANEXO 4. Documento Informativo

O presente estudo tem como principal objetivo explorar a relação e influência das variáveis de atração sexual e autoeficácia sexual, em mulheres que experienciem ou não dor sexual, assim como o respetivo funcionamento e satisfação sexual. Deste modo pretende-se compreender como é que estas variáveis influenciam a intensidade da dor sexual feminina de forma a contribuir para mais estudos na área, especialmente uma melhor definição e conceptualização da dor sexual, e consequentemente, a origem e possíveis efeitos da dor. A par, espera-se contribuir para o progresso de avaliações e intervenções clínicas mais individualizadas e especializadas a mulheres e casais com estas dificuldades sexuais e relacionais.

A resposta ao questionário demora cerca de 20 minutos. Para a concretização do estudo e preenchimento de um questionário *online*, solicitamos a colaboração de mulheres, maiores de 18 anos, que estejam (ou não) numa relação amorosa e que **experienciem ou não** dor sexual.

Tendo em conta a temática e a natureza pessoal do presente estudo, **os questionários são inteiramente ANÓNIMOS**, não sendo recolhidos qualquer tipo de dados pessoais que identifiquem e comprometam a identidade da participante. Do mesmo modo, a participação é **totalmente voluntária** e é-lhe garantida a **possibilidade de DESISTÊNCIA** sem qualquer risco, em qualquer momento de preenchimento do questionário, se assim o entender.

Ao longo do questionário poderá sentir maior dificuldade em algumas questões, porém o questionário é individual e seria pertinente para o estudo que **tente responder a todas as questões** de forma autónoma. Se não tiver a certeza na resposta mais precisa, agradecemos que assinale a que considerar mais apropriada, **assegurando que não deixou nenhuma questão em branco**. Para que o estudo seja o mais fiel à realidade atual, pedimos-lhe que responda com **genuinidade e veracidade**.

Salienta-se que nenhuma questão é de carácter obrigatório. Sendo uma temática delicada, em caso de necessidade, pode aceder aos serviços de ajuda psicológica da Universidade Lusófona do Porto.

Para participar no estudo deverá selecionar o link que melhor se enquadra à sua situação atual, isto é, às suas dificuldades atuais ou ausência das mesmas.

Mulheres que apresentam dor sexual

Mulheres que não apresentam dor sexual

De salientar que o presente estudo foi aprovado pela *Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica* da Universidade Lusófona do Porto.

É de realçar que apenas a equipa de investigação responsável terá acesso à base de dados, de modo a proteger os dados dos participantes. Para qualquer tipo de esclarecimento, dúvidas ou pedido de informações adicionais, pode entrar em contacto através do email a22001208@mso365.ulp.pt e/ou p5520@ulp.pt.

ANEXO 5. *Consentimento Informado*

Concordo em participar no estudo acerca da “Atração Sexual e Autoeficácia Sexual em Mulheres com Dor Sexual”, integrado na dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pela aluna Joana Portela, da Universidade Lusófona do Porto. O presente estudo encontra-se sob a orientação da Prof. Dra. Cátia Oliveira.

Foram-me explicados a natureza e objetivos do estudo, e foi-me garantido anonimato, sendo que a minha identidade jamais será revelada e os dados fornecidos permanecerão confidenciais. A par, além da participação no estudo ser voluntária foi-me garantida a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer tipo de risco.

Foi-me ainda informado que este estudo foi aprovado pela *Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica* da Universidade Lusófona do Porto.

Concordo e autorizo que os dados do questionário preenchido sejam analisados e utilizados para fins de investigação pelos dois investigadores responsáveis pelo estudo.

Declaro que sou maior de idade e que aceito os termos dispostos no documento informativo e no consentimento informado, pretendendo prosseguir e participar no presente estudo.

- ☐ Sim, concordo em participar.
- ☐ Sim, concordo com o tratamento dos meus dados pessoais.

ANEXO 6. *Questionário Introdutório Geral*

(Oliveira, Vilarinho & Nobre, 2011)

Questionário Introdutório Geral

Data ____/____/_____ Idade: _____ (Data de nascimento: ____/____/_____)	
Habilitações literárias (nível mais alto atingido): ☐ Sem estudos ☐ 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano) ☐ 2º Ciclo (5º e 6º ano) ☐ 3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano) ☐ Ensino Secundário (10º, 11º, 12º) ☐ Licenciatura ☐ Pós Licenciatura ☐ Outros estudos (por favor, especifique _____)	Profissão/ ocupação: ☐ Ativa (especifique, por favor _____) ☐ Desempregada ☐ Reformada ☐ Estudante
Rendimento médio anual ilíquido (por pessoa): ☐ Menos de 5.000€ ☐ Entre 5.000€ e 12.000€ ☐ Entre 12.000€ e 18.000€ ☐ Entre 18.000€ e 24.000€ ☐ Mais de 24.000€	
Zona de residência atual: ☐ Norte ☐ Centro ☐ Lisboa ☐ Alentejo ☐ Algarve ☐ Açores ☐ Madeira	
Meio: ☐ Rural ☐ Urbano	
Estado civil: ☐ Casada ou em união de facto ☐ Solteira ☐ Viúva ☐ Separada ou divorciada	
Há quanto tempo dura a relação com o/a seu/sua companheiro/a atual (por favor, especifique duração em anos e/ou meses)? _____	
Especifique, por favor, o tipo de relação com o/a seu/sua companheiro/a atual (assinale uma ou mais opções): ☐ Marital ☐ União de facto ☐ Namoro ☐ Coabitação ☐ Outra (por favor, especifique? _____)	
Orientação sexual (por favor, coloque um círculo no número correspondente à sua escolha): Exclusivamente heterossexual 1 2 3 4 5 Exclusivamente homossexual	
Religião: Professa alguma religião? ☐ Não ☐ Sim <u>Se respondeu sim, por favor especifique</u> qual: _____ Qual o grau em que considera ser praticante? (coloque um círculo no número correspondente à sua escolha): Muito pouco 1 2 3 4 Muitíssimo	

Origem ou etnia:

☐ Caucasiana/ branca ☐ Negra ☐ Asiática ☐ Latino-americana ☐ Outra

Saúde

Assinale com um círculo ou uma cruz o número correspondente à sua resposta

De um modo geral, como avalia o seu estado de saúde?

De um modo geral, como avalia o estado de saúde do/a seu/sua companheiro/a?

Muito bom

Bom

Razoável

Mau

Muito mau

1

2

3

4

5

1

2

3

4

5

Problemas de Saúde

De entre os problemas médicos seguintes, assinale com uma cruz, por favor, a(s) que tem ou já teve no passado e a partir de quando se iniciou(aram). Se apresentar outros problemas médicos, indique-os, por favor, no espaço correspondente. Caso não tenha nenhum problema médico, assinale com uma cruz em “nunca”.

Condição médica	Nunca	Actualmente	No passado	Data de início (aproximadamente há...)
Acidente vascular cerebral				
Alergias				
Arteriosclerose				
Ansiedade				
Depressão				
Diabetes				
Doença cardiovascular				
Doença neurológica				
Doença oncológica (cancro)				
Doenças dos ossos/ articulações				
Infeções sexualmente transmissíveis (link 1)				
Dores de cabeça crónicas/enxaquecas				
Endometriose				
Epilepsia				
Excesso de colesterol				
Fibromialgia				
Hipertensão arterial				
Hipotensão arterial				
Problemas de tiróide				
Síndrome de fadiga crónica				
Síndrome do cólon irritável				
Abuso de álcool/drogas				
Asma				
Anemia				
Doenças de pele				
Dor Crónica				
Outros problemas de saúde (por favor, especifique): _____ _____				

Link 1- Por favor indique se alguma vez contraiu alguma das seguintes infeções:

- ☐ Vaginose bacteriana (corrimento e odor anormal)
- ☐ Clamídia
- ☐ Verrugas Genitais
- ☐ Herpes Genital
- ☐ HIV
- ☐ HPV
- ☐ Doença Inflamatória Pélvica
- ☐ Sífilis
- ☐ Candidíase
- ☐ Tricomoníase

☐ Nenhuma

Medicação

De entre os medicamentos seguintes, assinale, por favor qual ou quais deles toma atualmente e quando se iniciou a sua toma. Caso não tome nenhum medicamento, não assinale nada.

Medicação	Sim	Data de início (aproximadamente há...)
Anorexiantes	☐	
Antidepressivos	☐	
Antihipertensores	☐	
Antipsicóticos/ Neurolépticos	☐	
Benzodiazepinas	☐	
Cardiotónicos	☐	
Diuréticos	☐	
Sedativos	☐	
Terapêutica de substituição hormonal (TSH)	☐	
Vasodilatadores	☐	
Outra medicação (por favor, especifique): _____		

Cirurgias

Alguma vez foi alvo de intervenções cirúrgicas ou procedimentos ginecológicos? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual dos seguintes:

- ☐ Remoção do útero
- ☐ Remoção de um ovário
- ☐ Remoção dos dois ovários
- ☐ Laqueação de uma trompa
- ☐ Laqueação das duas trompas
- ☐ Cirurgia uterina, do colo, vaginal ou outra intervenção ginecológica
- ☐ Outra intervenção. Descreva brevemente, por favor: _____

Indique (caso se aplique) outras cirurgias a que tenha sido sujeita e inclua as respetivas datas.

Tipo de Cirurgia	Data

História Familiar

Indique se alguém da sua família (avós, pais ou irmãos) alguma vez sofreu das seguintes doenças.

Doença	Grau de Parentesco	Idade do Diagnóstico
Cancro (indique o tipo): _____		

Hipertensão		
Doenças Cardíacas		
Diabetes		
Acidente Vascular Cerebral		
Doença Mental (indique o tipo):		
Abuso de álcool/drogas		
Glaucoma		
Doença sanguínea		
Dor Crónica		
Outra (por favor, especifique):		

História da Dor									
1. Sente dor na zona genital quando tem relações sexuais?									
Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	requentemente	Quase sempre					
0	1	2	3	4					
2. Desde quando apresenta estes sintomas? _____ anos e _____ meses									
3. Algum profissional de saúde lhe explicou a causa desta dor? ☐ Sim ☐ Não									
4. Algum profissional de saúde lhe fez um diagnóstico clínico? ☐ Sim ☐ Não Se sim, especifique o diagnóstico: _____									
5. Quanto tempo passou entre o início dos seus sintomas e a obtenção do diagnóstico? _____ anos e _____ meses									
6. Desde que começou a sentir dor, sentiu que os seus sintomas: ☐ diminuiram com o tempo ☐ aumentaram com o tempo ☐ não houve qualquer alteração									
7. Alguma vez esta problemática desapareceu completamente, desde que se deu o início dos sintomas? ☐ Não ☐ Sim Se sim, quando e porquê? _____									
8. Quantas vezes tentou ter relações sexuais ou penetração sexual nos últimos seis meses? _____									
9. Durante este tempo, quantas vezes ocorreu a penetração vaginal total? _____									
10. Por favor assinale a intensidade média de dor durante as tentativas de penetração vaginal nos últimos 4 a 6 meses?									
☐ Não houve tentativa de penetração vaginal									
Sem dor				Dor moderada			Pior		
Dor Possível									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

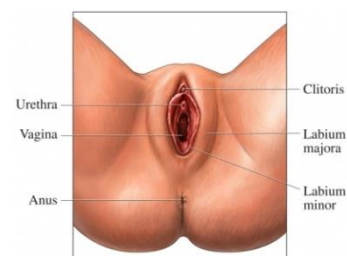
11. Por favor assinale a intensidade média de desconforto durante as tentativas de penetração nos últimos 4 a 6 meses.

☐ Não houve tentativa de penetração vaginal

Sem dor								Dor moderada		Pior
Dor Possível										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

12. Por favor identifique em que zona (s) da vulva sente um maior desconforto e assinale a intensidade da dor nessa(s) zona(s) numa escala de 0 a 10:

- ☐ Clítoris ___/10
☐ Grandes Lábios ___/10
☐ Pequenos lábios ___/10
☐ Uretra ___/10
☐ Entrada vaginal ___/10
☐ Outro (por favor, especifique _____) ___/10



13. E frequente a dor irradiar-se para outras áreas? ☐ Sim ☐ Não

14. Com que intensidade os músculos da parede vaginal ficam tensos ou contraem quando a tentativa de relações sexuais ou penetração com o(a)seu (sua) parceiro(a)?

Sem tensão	Pouca tensão	Algumas tensão	Tensão moderada	Tensão ele
0	1	2	3	4

15. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar?

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

16. Em que medida esse problema interfere na sua vida (ex: qualidade de vida em geral, relacionamento com parceiro, relacionamento com familiares e amigos, estado de humor, vida profissional, etc.)?

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

17. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao seu parceiro?

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

18. Por favor indique qual o grau de medo ou ansiedade que sente em relação à dor quando a tentativa de manter relações sexuais ou penetração vaginal com o/a seu/sua parceiro/a?

Nenhum	Pouco	Algum	Moderada	Elevad
0	1	2	3	4

19. Para as seguintes 4 questões, por favor considere a escala de 0 a 10, em que o 0 representa a ausência total de dor e o 10 o grau de dor máximo que consegue suportar. Provocada diz respeito a dor com toque directo e não-provocada diz respeito à presença de dor sem haver toque.

a. Que valor atribui aos seus piores sintomas de dor provocada? ___/10

b. Que valor atribui aos habituais sintomas de dor provocada? ___/10

c. Que valor atribui aos seus piores sintomas de dor não-provocada? ___/10

☐ não experiencio dor não-provocada

d. Que valor atribui aos habituais sintomas de dor não-provocada? ___/10

☐ não experiencio dor não-provocada

20. Os seus sintomas são (selecione os que se aplicam):

- ☐ Constantes/semprer presentes (ocorrem sem haver toque, por exemplo quando está deitada)
☐ Intermitentes (ocorrem sem toque)
☐ Cíclicos (ocorrem sem toque)
☐ Ocorrem com qualquer tipo de toque ou pressão na zona genital (por exemplo, andar de bicicleta, costura das calças)
☐ Ocorrem com atividade sexual sem penetração ou toque
☐ Ocorrem com atividade sexual com penetração

21. Tem consciência de algum(s) fator(es) que melhore(m) a dor? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, por favor
indique _____

22. Tem consciência de algum(s) fator(es) que piore (m) a dor? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, por favor
indique _____

23. Que causa atribui ao seu problema de dor?

—

24. Já foi sujeita a algum tipo de tratamento para a sua dor ? ☐ Sim ☐ Não

Considerando os profissionais de saúde que consultou, e de uma forma geral como os classificaria:

	Inexistente			Completamente Satisfeita	
	0	1	2	3	4
a. Em relação à ajudada prestada:					
b. Em relação ao suporte prestado:					

25. Por favor liste os tratamentos que tentou previamente e que gostaria que continuar a tentar:

1ª escolha _____
 2ª escolha _____
 3ª escolha _____

26. Por favor indique o grau de concordância com cada uma das seguintes questões acerca dos eu problema, usando a seguinte escala:

Totalmente falso	Provavelmente falso	Nem falso nem verdadeiro (ou não se aplica)	Provavelmente Verdadeiro	Totalmente verdadeiro
0	1	2	3	4
a. Se a minha dor continuar com a presente intensidade eu vou ser incapaz de trabalhar				
			0	1
b. A minha dor não tem que interferir com o meu nível de atividade				
			0	1
c. Eu considero-me uma pessoa com limitações				
			0	1
d. A minha dor não me impede de ter uma vida fisicamente ativa				
			0	1
e. A minha dor impediria qualquer pessoa de ter uma vida fisicamente ativa				
			0	1

27. Assinale com um X na tabela seguinte, de que forma as seguintes atividades estão limitadas pela sua dor sexual.

	Nada Limitado	Limitado	Extremamente Limitado
Exercício aeróbico			
Cuidar dos filhos			
Escolha de roupa			
Andar de bicicleta			
Emprego			
Tarefas domésticas			
Atividade sexual sem penetração			
Atividade sexual com penetração			
Estar sentada			
Dormir			
Usar tampões			
Exame ginecológico			
Andar a pé			

História Sexual

1. Alguma vez teve relações sexuais com penetração vaginal? ☐ Sim ☐ Não

2. Alguma vez experienciou penetração vaginal sem dor? ☐ Sim ☐ Não

3. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual com penetração vaginal? _____ anos.

4. Tem no momento um/a parceiro/a sexual? ☐ Sim ☐ Não

5. Teve relações sexuais com penetração vaginal nos últimos três meses? ☐ Sim ☐ Não

6. Se não, assinale a melhor razão para explicar este facto:

- ☐ não tentei porque a minha expectativa é que ia ser muito doloroso
- ☐ não tentei porque fui aconselhada a não fazê-lo
- ☐ Não tentei porque de momento não tenho parceiro
- ☐ Não tentei por outras razões (indique, por favor _____)

7. Se sim, quantas vezes por mês tem relações sexuais com penetração vaginal? _____ por mês.

8. Qual a percentagem de vezes experienciou dor na zona genital sempre que teve relações sexuais com penetração vaginal? (por exemplo, se sentiu dor nas 10 vezes que tentou a penetração, deverá escrever, 100% das vezes) _____%

9. No momento presente sofre de dor no decorrer da penetração vaginal? ☐ Sim ☐ Não

10. A dor surge com a penetração na vagina? ☐ Sim ☐ Não										
11. A dor ocorre em profundidade na zona pélvica? ☐ Sim ☐ Não										
12. Acontece, por vezes, a penetração vaginal não ser possível? ☐ Sim ☐ Não										
13. Quando os meus sintomas impendem a atividade sexual, você e o seu/sua companheiro/a: (assinale todas as que se apliquem): ☐ Ambos evitam intimidade sexual ☐ São fisicamente próximos, mas evitam o estado de excitação sexual ☐ São sexualmente próximos, mas evitam a penetração sexual ☐ Focam-se no prazer do seu/sua companheiro/a ☐ Têm relações sexuais como habitualmente ☐ Não tem um/a parceiro/a sexual.										
14. Se se encontra numa relação, o (a) seu (sua) parceiro (a) tem noção do seu problema?										
☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho companheiro										
15. Se se encontra numa relação, como classifica o suporte do seu companheiro(a) no que diz respeito à sua condição? 0=Inexistente 10 = completo										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Considera que tem mais algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual? ☐ Sim ☐ Não Se respondeu <u>sim</u> , a que nível sente mais esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções) ☐ Desejo ☐ Excitação ☐ Lubrificação ☐ Orgasmo ☐ Aversão										
17. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente										
18. Em que medida esse problema interfere na sua vida (ex: qualidade de vida em geral, relacionamento com parceiro, relacionamento com familiares e amigos, estado de humor, vida profissional, etc.)? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente										
19. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao seu parceiro? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente										
20. O que fez para tentar resolver o problema? (Escolha uma ou mais das alternativas seguintes) ☐ Procurou algum tipo de ajuda, médica ou outra ☐ Falou com o/a seu/sua parceiro/a ☐ Procurou informação ☐ Não fez nada ☐ Outra (especifique, por favor)										
21. Considera que o/a seu/sua parceiro/a tem algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual? ☐ Sim ☐ Não Se respondeu <u>sim</u> , a que nível considera que existe esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções de resposta)										

(opções no caso de um parceiro sexual)

☐ Desejo ☐ Disfunção erétil ☐ Ejaculação prematura ☐ Ejaculação retardada ou diminuída ☐ Dor
☐ Aversão

(opções no caso de uma parceira sexual)

Desejo ☐ Excitação ☐ Lubrificação ☐ Orgasmo ☐ Vaginismo ☐ Dor ☐ Aversão

22. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao/à seu/sua parceiro/a?

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

23. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar a si?

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

24. Caso se aplique, indique quais os tratamentos que já recebeu para dificuldades sexuais. Caso não tenha recebido nenhum tratamento medicamentoso, não assinale nada.

Tratamento	Sim
Injeções Vasodilatadoras (companheiro)	
Viagra (companheiro)	
Medicação oral (para além do Viagra – companheiro)	
Lubrificantes vaginais	
MUSE (medicação Intra-uterina - companheiro)	
Dispositivos de Vácuo (companheiro)	
Psicoterapia	
Terapia Sexual	
Implante Peniano (companheiro)	
Terapia de casal	

Outros:

25. Alguma vez foi alvo de abuso sexual?

☐ Não ☐ Sim

Se sim, em que fase(s) do seu desenvolvimento (assinale uma ou mais opções)?

☐ criança ☐ adolescente ☐ jovem adulto ☐ meia-idade ☐ terceira idade

26. Actualmente tem sido incomodada com situações tais como pensamentos ou sonhos acerca do acontecimento, ou sente mal-estar quando vê ou ouve algo que a faz lembrar o acontecimento?

☐ Não ☐ Sim

27. Alguma vez se envolveu em atividades que a pusessem em risco de contrair SIDA? ☐ Sim ☐ Não
Em caso afirmativo, por favor, explique:

História da Menstruação e Ginecológica

1. Idade da primeira menstruação: _____ anos

2. Indique, por favor, em que fase se encontra atualmente: ☐ Pré-menopausa (ainda tem menstruações regularmente) ☐ Peri-menopausa (tem menstruações irregulares e intercaladas; não menstrua há 2 meses ou mais, até 12 meses) ☐ Pós-menopausa (não menstrua há 12 meses ou mais)
3. O seu período menstrual é regular? ☐ Sim ☐ Não
4. Qual foi a data da sua última menstruação? _____
5. Habitualmente a hemorragia menstrual tem a duração de quantos dias? _____
6. Que tipo de produto sanitário usa para a sua higiene íntima? _____
7. Sofre de algum problema de pele, couro cabeludo e /ou unhas (p. ex. eczema)? ☐ Sim ☐ Não
8. A sua pele apresenta algum tipo de sensibilidade a perfumes, sabonete, etc? ☐ Sim ☐ Não
9. Ocorrem hemorragias entre os períodos menstruais? ☐ Sim ☐ Não
10. Experimenta dor com o seu ciclo menstrual? ☐ Sim ☐ Não
11. Ocorre algum tipo de hemorragia após a penetração vaginal? ☐ Sim ☐ Não
12. Apresenta atualmente algum corrimento vaginal fora do normal? ☐ Sim ☐ Não
13. Notou algum tipo de lesão física (cortes, prurido, bolhas, etc) na vulva (órgão genitais externos)? ☐ Sim ☐ Não
14. Quando é que realizou o último exame de Papanicolau? _____ / _____ (mês/ano)
15. Alguma vez teve resultados fora do normal neste exame? ☐ Sim ☐ Não

História da Gravidez		
1. Encontra-se atualmente grávida? ☐ Sim ☐ Não		
2. Já alguma vez esteve grávida? ☐ Sim ☐ Não		
3. Se já esteve grávida, por favor indique o número de:		
☐ Gravidezes ____ ☐ Cesarianas planeadas ____ ☐ cesarianas de emergência ____ ☐ Partos vaginais ____ ☐ Número de nados vivos ____ ☐ Abortos espontâneos ____ ☐ Interrupções Voluntárias da Gravidez ____		
4. Alguma vez teve dificuldades em engravidar (infertilidade) quando assim o desejou? ☐ Sim ☐ Não		
5. Especifique eventuais complicações que possam ter surgido na gravidez e parto:		
_____ _____ _____		
6. Os seus sintomas de dor já estavam presentes antes da sua primeira gravidez? ☐ Sim ☐ Não		
Anos desde a primeira gravidez: ____ anos		
7. Para as seguintes três questões, por favor classifique de 0 a 10 (0= sem dor e 10 = a pior dor que consigo suportar)		
a. Classifique em média o nível de dor na zona genital antes da gravidez: _____ b. Classifique em média o nível de dor na zona genital durante a gravidez: _____ c. Classifique em média o nível de dor na zona genital depois do parto: _____		
10. A sua condição de dor teve impacto na sua gravidez? ☐ Sim ☐ Não		
Se sim, explique como:		
_____ _____ _____		
11. Por favor, selecione qualquer uma das seguintes opções (se apropriado) que acredita que podem ter estado relacionadas com o surgimento da sua dor. Se achar que não esteve relacionado com nenhum destes fatores, por favor selecione a opção correspondente:		
☐ Gravidez ☐ Parto ☐ Amamentação ☐ Fadiga constante ☐ Não relacionado com nenhum destes fatores ☐ Outro _____		

História da Contraceção		
	Usei no passado	Uso no presente
Pílula Contracetiva	☐	☐ Idade da primeira toma _____
Preservativo Masculino	☐	☐
Preservativo Feminino	☐	☐
DIU	☐	☐
Anel vaginal	☐	☐
Implante subdérmico	☐	☐

Espermicidas	☐	☐
Métodos naturais (calendário, temperatura)	☐	☐
Outro: _____	☐	☐
Não uso nenhum método contraceptivo ☐		

Comportamento Sexual

Com que frequência se envolve em atividade sexual com o seu parceiro?

- | | |
|---|---|
| ☐ Menos de 1 vez por ano | ☐ Entre 3 a 5 vezes por semana |
| ☐ Menos de 1 vez por mês | ☐ Todos ou quase todos os dias |
| ☐ Entre 1 a 3 vezes por mês | ☐ Mais do que 1 vez por dia |
| ☐ Entre 1 a 2 vezes por semana | |

Está satisfeita com essa frequência?

- ☐ Sim
☐ Não

Se não, qual seria para si a frequência ideal de atividade sexual? _____

Qual o número de parceiros sexuais que teve ao longo da vida? _____

Além do/da atual parceiro/a, tem mais algum/a parceiro/a sexual?

- ☐ Sim
☐ Não

4.1. Se sim, quanto/as? _____

Como definiria a sua orientação ou preferência sexual?

Exclusivamente homossexual 1 2 3 4 5 6 7 Exclusivamente heterossexual

Alguma vez teve uma experiência sexual não desejada?

- ☐ Sim
☐ Não (Avance para a pergunta 7)

Se sim, em que fase(s) do seu desenvolvimento?

- ☐ Criança
☐ Adolescente
☐ Jovem Adulto
☐ Meia-Idade
☐ Terceira Idade

Atualmente tem sido incomodada com situações tais como pensamentos ou sonhos acerca do acontecimento, ou sente mal-estar quando vê ou ouve algo que a faz lembrara o acontecimento?

- ☐ Sim
☐ Não

Alguma vez se envolveu em atividade que o pusesse em risco de contrair SIDA?

- ☐ Sim
☐ Não

Se sim, por favor explique _____

Habitualmente, nas suas experiências sexuais com o seu parceiro, com que frequência estão incluídas as atividades sexuais seguintes:

a) masturbação

b) fantasias ou pensamentos sexuais

c) material erótico/ pornográfico

(revistas, vídeos, internet)

d) recurso a roupas exóticas

e) recurso a outros auxiliares de prazer

(ex. vibradores, cremes exóticos,

preservativos com sabor, etc.)

f) outra(s) atividade(s)

Qual/ais: _____

Seguidamente encontram-se listadas algumas afirmações relativas a fantasias sexuais ou pensamentos acerca de sexo:

a) Durante a actividade sexual
vêm-me à cabeça fantasias ou
pensamentos sexuais

b) Durante a masturbação vêm-me à cabeça fantasias ou
pensamentos sexuais

c) O meu envolvimento na
atividade sexual aumenta com as
minhas fantasias ou pensamentos
sexuais

d) O meu prazer aumenta com as
minhas fantasias ou pensamentos
sexuais

e) No meu dia a dia, fora do contexto sexual, vêm-me à cabeça fantasias ou pensamentos sexuais

Em que medida as seguintes circunstâncias caracterizam o contexto em que habitualmente tem relações sexuais com o/a seu/sua parceiro/a:

a) Contexto apropriado

b) Contexto com privacidade

c) Contexto erótico

d) Horário adequado

e) Falta de tempo

f) Cansaço

g) Stress

h) Preocupações

Normalmente, quando tem relações sexuais com o seu/sua parceiro/a, em que medida se preocupa com as seguintes situações:

a) risco de gravidez não desejada

b) risco de doenças sexualmente transmissíveis

c) receio de dor ou desconforto físico

d) medo de perder o controlo

e) medo de ser abandonada e/ou rejeitada

f) medo de ser abusada física e/ou emocionalmente

g) Outro(s)? Por favor descreva:

ANEXO 7. Questionário McGill sobre a Dor - Modelo Resumido (SF-MPQ)

(SF-MPQ; Melzack, 1987)

A. DESCREVA O TIPO DE DORES QUE SENTIU AO LONGO DA ÚLTIMA SEMANA. (assinale com uma cruz (X) um quadrado em cada linha.)

	Nenhuma	Ligeira	Moderada	Forte
1. Palpitante	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
2. Lancinante	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
3. Penetrante	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
4. Aguda	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
5. Cãibras	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
6. Moer	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
7. Ardente - escaldante	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
8. Dorida	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
9. Pesada	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
10. Sensível ao toque	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
11. De rachar	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
12. Cansativa-esgotante	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
13. Tipo náusea	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
14. Assustadora	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
15. Castigadora-cruel	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

B. CLASSIFIQUE AS SUAS DORES AO LONGO DA ÚLTIMA SEMANA

A linha seguinte representa a intensidade crescente da dor, desde “sem dor” até “a pior dor possível”. Marque um traço vertical (|) ao longo da linha representada, na posição na linha que melhor descreve a sua dor **ao longo da última semana**.

Sem dor	A pior dor possível	Score in mm <i>(investigator's use only)</i>

C. INTENSIDADE ACTUAL DA DOR

- 0 ☐ Sem dor
 1 ☐ Ligeira
 2 ☐ Moderada
 3 ☐ Forte
 4 ☐ Muito forte
 5 ☐ Insuportável

ANEXO 8. Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

(Rosen et al., 2000; tradução e adaptação de Nobre, 2002)

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as últimas quatro semanas

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual? ☐ Quase sempre/sempre ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes) ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes) ☐ Quase nunca/nunca	11. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (climax)? ☐ Não teve actividade sexual ☐ Quase sempre/sempre ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes) ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes) ☐ Quase nunca/nunca
2. Como classifica o seu nível de desejo ou interesse sexual? ☐ Muito elevado ☐ Elevado ☐ Moderado ☐ Baixo ☐ Muito baixo/nenhum	12. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (climax)? ☐ Não teve actividade sexual ☐ Extremamente difícil ou impossível ☐ Muito difícil ☐ Difícil ☐ Ligeiramente difícil ☐ Nenhuma dificuldade
3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante qualquer actividade ou relação sexual? ☐ Não teve actividade sexual ☐ Quase sempre/sempre ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes) ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes) ☐ Quase nunca/nunca	13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (climax) durante qualquer actividade sexual? ☐ Não teve actividade sexual ☐ Muito satisfeita ☐ Moderadamente satisfeita ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita ☐ Moderadamente insatisfeita ☐ Muito insatisfeita
4. Como classifica o seu nível (grau) de excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual? ☐ Não teve actividade sexual ☐ Muito elevado ☐ Elevado ☐ Moderado ☐ Baixo ☐ Muito baixo/nenhum	14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual? ☐ Não teve actividade sexual ☐ Muito satisfeita ☐ Moderadamente satisfeita ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita ☐ Moderadamente insatisfeita ☐ Muito insatisfeita
5. Qual a sua confiança em conseguir excitar-se durante qualquer actividade ou relação sexual? ☐ Não teve actividade sexual ☐ Confiança muito elevada ☐ Confiança elevada ☐ Confiança moderada ☐ Confiança baixa ☐ Confiança muito baixa/nenhuma	15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro? ☐ Muito satisfeita ☐ Moderadamente satisfeita ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita ☐ Moderadamente insatisfeita ☐ Muito insatisfeita
6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual? ☐ Não teve actividade sexual ☐ Quase sempre/sempre ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes) ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes) ☐ Quase nunca/nunca	16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral? ☐ Muito satisfeita ☐ Moderadamente satisfeita ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita ☐ Moderadamente insatisfeita ☐ Muito insatisfeita
7. Com que frequência ficou lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual? ☐ Não teve actividade sexual ☐ Quase sempre/sempre ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes) ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes) ☐ Quase nunca/nunca	17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal? ☐ Não tentei ter relações sexuais ☐ Quase sempre/sempre ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes) ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes) ☐ Quase nunca/nunca
8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual? ☐ Não teve actividade sexual ☐ Extremamente difícil ou impossível ☐ Muito difícil ☐ Difícil ☐ Ligeiramente difícil ☐ Nenhuma dificuldade	18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal? ☐ Não tentei ter relações sexuais ☐ Quase sempre/sempre ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes) ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes) ☐ Quase nunca/nunca
9. Com que frequência manteve a sua lubrificação até ao fim da actividade ou relação sexual? ☐ Não teve actividade sexual ☐ Quase sempre/sempre ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes) ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes) ☐ Quase nunca/nunca	19. Como classifica o seu nível de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal? ☐ Não tentei ter relações sexuais ☐ Muito elevado ☐ Elevado ☐ Moderado ☐ Baixo ☐ Muito baixo/nenhum
10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim de qualquer actividade ou relação sexual? ☐ Não teve actividade sexual ☐ Extremamente difícil ou impossível ☐ Muito difícil ☐ Difícil ☐ Ligeiramente difícil ☐ Nenhuma dificuldade	20. Com que frequência a contração dos músculos da sua vagina dificultou ou impediu a penetração do penis durante qualquer relação sexual? ☐ Não tentei ter relações sexuais ☐ Quase sempre/sempre ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes) ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes) ☐ Quase nunca/nunca

ANEXO 9. Escala de autoeficácia sexual para o funcionamento feminino

(Bailes et al., 2019)

O formulário anexado lista as atividades sexuais praticadas pelas mulheres.

Apenas para as mulheres questionadas:

Na coluna I (Posso Fazer), sinalize as atividades que acha que poderia realizar se fosse convidada a fazê-las hoje. Apenas para as atividades que marcou na coluna I, avalie o grau de confiança com que poderia realizá-las selecionando um número de 10 a 100, usando a escala fornecida abaixo. Escreva esse número na coluna II (Confiança).

Apenas para parceiros:

Na coluna I (Posso Fazer), sinalize as atividades que acha que a sua parceira poderia realizar se fosse convidada a fazê-las hoje. Apenas para as atividades que marcou na coluna I, avalie o seu grau de confiança de que a sua parceira poderia realizá-las, selecionando um número de 10 a 100, usando a escala fornecida abaixo. Escreva esse número na coluna II (Confiança).

Se achar que a sua parceira não é capaz de realizar uma determinada atividade, deixe as respectivas colunas I e II em branco.

	I.	II.
	Verifique se a mulher realizaria	Grau de confiança (10 = Bastante Incerto – 100 = Bastante Certo)
1. Antecipar (pensar em) ter relações sexuais sem medo ou ansiedade.	☐	_____
2. Sentir-se confortável com a sua nudez perante o seu parceiro.	☐	_____
3. Sentir-se confortável com o seu corpo.	☐	_____
4. Em geral, sentir-se bem com a sua capacidade de responder sexualmente.	☐	_____
5. Ser interessada em sexo.	☐	_____
6. Sentir desejo sexual pelo parceiro.	☐	_____
7. Sentir-se desejada sexualmente pelo parceiro.	☐	_____
8. Iniciar uma troca de afeto sem se sentir obrigada a ter relações sexuais.	☐	_____

- | | | |
|---|--------------------------|-------|
| 9. Iniciar atividades sexuais. | ☐ | _____ |
| 10. Recusar um avanço sexual do parceiro. | ☐ | _____ |
| 11. Lidar com a recusa do parceiro em relação ao seu avanço sexual. | ☐ | _____ |
| 12. Pedir ao parceiro para fornecer o tipo e a quantidade de estimulação sexual necessária. | ☐ | _____ |
| 13. Fornecer ao parceiro o tipo e a quantidade de estimulação sexual solicitada. | ☐ | _____ |
| 14. Lidar com as discrepâncias relativas às preferências sexuais entre si e o seu parceiro. | ☐ | _____ |
| 15. Desfrutar da troca de afeto sem ter relações sexuais. | ☐ | _____ |
| 16. Desfrutar de um encontro sexual com o parceiro, sem ter relações sexuais. | ☐ | _____ |
| 17. Desfrutar de carícias no seu corpo pelo parceiro (com exceção dos órgãos genitais e seios). | ☐ | _____ |
| 18. Desfrutar de carícias nos seus órgãos genitais pelo parceiro. | ☐ | _____ |
| 19. Desfrutar de carícias nos seus seios pelo parceiro. | ☐ | _____ |
| 20. Desfrutar de quando acaricia o corpo do parceiro (com exceção dos genitais). | ☐ | _____ |
| 21. Desfrutar de quando acaricia os órgãos genitais do parceiro. | ☐ | _____ |
| 22. Desfrutar da relação sexual. | ☐ | _____ |
| 23. Desfrutar de uma atividade sexual em que não alcança o orgasmo. | ☐ | _____ |
| 24. Sentir-se sexualmente excitada em resposta a estímulos eróticos (fotos, livros, filmes, etc.). | ☐ | _____ |
| 25. Ficar sexualmente excitada quando se masturba sozinha. | ☐ | _____ |
| 26. Ficar sexualmente excitada durante os preliminares, quando ambos os parceiros estão vestidos. | ☐ | _____ |
| 27. Ficar sexualmente excitada durante os preliminares, quando ambos os parceiros estão nus. | ☐ | _____ |
| 28. Manter a excitação sexual durante o encontro sexual. | ☐ | _____ |
| 29. Tornar-se suficientemente lubrificada para ter relações sexuais. | ☐ | _____ |
| 30. Praticar relações sexuais sem dor ou desconforto. | ☐ | _____ |
| 31. Ter um orgasmo enquanto se masturba quando está sozinha. | ☐ | _____ |
| 32. Ter um orgasmo enquanto o parceiro a estimula por outros meios que não a relação sexual com penetração. | ☐ | _____ |

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| 33. Ter um orgasmo durante a relação sexual com penetração e com estimulação simultânea do clitóris. | ☐ | _____ |
| 34. Ter um orgasmo durante a relação sexual com penetração e sem estimulação simultânea do clitóris. | ☐ | _____ |
| 35. Estimular o parceiro ao orgasmo por outros meios que não a relação sexual com penetração. | ☐ | _____ |
| 36. Estimular o parceiro ao orgasmo por meio da relação sexual com penetração. | ☐ | _____ |
| 37. Alcançar o orgasmo dentro de um período de tempo razoável. | ☐ | _____ |
-

ANEXO 10. *Avaliando as múltiplas facetas da atração para mulheres e homens*

(Diamond, 2010)

As primeiras questões abaixo, perguntam quantas vezes se sente atraída por mulheres versus por homens. Não importa se estas atrações são fortes ou fracas; O nosso objetivo é perceber quantas vezes elas ocorrem. O primeiro conjunto de questões irá focar-se nas atrações FÍSICAS e o segundo conjunto de questões irá focar-se nas atrações EMOCIONAIS. As atrações “físicas” estão associadas ao desejo de atividade sexual. As atrações “emocionais” estão associadas ao amor romântico incluindo fortes desejos de proximidade e intimidade emocional. As atrações físicas e emocionais costumam ocorrer juntas, mas nem sempre. Sendo assim, diferimos ambos os significados.

1. Por favor, indique um número entre 0 e 100 que represente a percentagem das suas atrações FÍSICAS no dia a dia, que foram direcionadas a mulheres versus homens, nos últimos 6 meses. Por exemplo, 0% significaria que NUNCA experienciou atração por mulheres durante os últimos 6 meses, 100% significaria que SOMENTE experienciou atração por mulheres durante os últimos 6 meses e 50% significaria que esteve igualmente atraída fisicamente por mulheres e homens os últimos 6 meses. Pode atribuir qualquer número entre 0 e 100 (por exemplo, 20%, 83%, 99%).

Percentagem de atrações físicas dirigidas a mulheres: _____

2. Agora indique um número de 0% a 100% para a percentagem de atração EMOCIONAL que são direcionadas a mulheres versus homens. Percentagem de atração emocional direcionada a mulheres: _____

3. Em geral, qual a percentagem das suas fantasias sexuais que foram sobre mulheres versus homens ao longo dos últimos 6 meses? Percentagem de fantasias sexuais sobre mulheres:

4. Com que frequência experienciou atração física por uma mulher nos últimos 6 meses?

_____ Quase nunca

_____ Menos de uma vez por mês

_____ Uma ou duas vezes por mês

- _____ Cerca de uma vez por semana
_____ Mais de uma vez por semana
_____ Quase todos os dias
5. Aproximadamente por quantas mulheres diferentes sentiu-se fisicamente atraída nos últimos 6 meses? _____
6. Se respondeu “1” na última pergunta, é alguém com quem está sexualmente ou romanticamente envolvido?
_____ sim _____ não
7. Com que frequência sentiu atração emocional por uma mulher nos últimos 6 meses?
_____ Quase nunca
_____ menos de uma vez por mês
_____ Uma ou duas vezes por mês
_____ Cerca de uma vez por semana
_____ Mais de uma vez por semana
_____ Quase todos os dias
8. Aproximadamente por quantas mulheres diferentes se sentiu emocionalmente atraída nos últimos 6 meses? _____
9. Se respondeu “1” na última pergunta, é alguém com quem está sexualmente ou romanticamente envolvido?
_____ sim _____ não
10. Com que frequência teve fantasias sexuais com uma mulher, ou com mulheres em geral, no último MÊS?
_____ Quase nunca
_____ Menos de uma vez por mês
_____ Uma ou duas vezes por mês
_____ Cerca de uma vez por semana
_____ Mais de uma vez por semana

_____ Quase todos os dias

11. A próxima pergunta diz respeito à intensidade das atrações físicas por mulheres. Esta é uma escala de 1 a 5, onde 1 é “nenhuma atração”, 3 é uma atração moderada (meio da escala) e 5 é a atração mais intensa que pode experimentar. Focando-se em TODAS as atrações por mulheres que experienciou nos últimos 6 meses, como avaliaria a intensidade MÉDIA dessas atrações? _____
12. Como classificaria a intensidade da atração MAIS FORTE por uma mulher que experienciou nos últimos 6 meses? _____
13. Quando tem pensamentos sexuais sobre uma mulher, ou mulheres em geral, quão forte é o seu desejo de se envolver de uma forma sexual? Use a mesma escala de 1 a 5, onde 1 é basicamente “nenhum desejo de atividade sexual”, 3 está no meio e 5 é o desejo máximo de atividade sexual. _____

O próximo conjunto de perguntas irá focar-se na atração por homens.

14. Com que frequência sentiu atração física por um homem nos últimos 6 meses?
- _____ Quase nunca
- _____ Menos de uma vez por mês
- _____ Uma ou duas vezes por mês
- _____ Cerca de uma vez por semana
- _____ Mais de uma vez por semana
- _____ Quase todos os dias
15. Por quantos homens diferentes se sentiu fisicamente atraída nos últimos 6 meses?
- _____
16. Se respondeu “1” na última pergunta, é alguém com quem está sexualmente ou romanticamente envolvido?
- _____sim _____não

17. Com que frequência sentiu atração emocional por um homem nos últimos 6 meses?
- _____ Quase nunca
- _____ Menos de uma vez por mês
- _____ Uma ou duas vezes por mês
- _____ Cerca de uma vez por semana
- _____ Mais de uma vez por semana
- _____ Quase todos os dias
18. Aproximadamente por quantos homens diferentes sentiu atração emocional nos últimos 6 meses? _____
19. Se respondeu “1” na última pergunta, é alguém com quem está sexualmente ou romanticamente envolvido?
- _____ sim _____ não
20. Com que frequência teve fantasias sexuais com um homem, ou homens em geral, no último MÊS?
- _____ Quase nunca
- _____ Menos de uma vez por mês
- _____ Uma ou duas vezes por mês
- _____ Cerca de uma vez por semana
- _____ Mais de uma vez por semana
- _____ Quase todos os dias
21. Focando-se em todas as atrações por HOMENS que experienciou nos últimos 6 meses, como avaliaria a intensidade MÉDIA dessas atrações? Como antes, esta é uma escala de 1 a 5, de modo que 1 é “nenhuma atração”, 3 é uma atração moderada (meio da escala) e 5 é a atração mais intensa que pode experienciar. _____
22. Como classificaria a intensidade da atração MAIS FORTE por um homem que experienciou nos últimos 6 meses? _____

23. Quando tem pensamentos sexuais sobre um homem, ou homens em geral, quão forte é o seu desejo de se envolver sexualmente? Use a mesma escala de 1 a 5, onde 1 é basicamente “nenhum desejo de atividade sexual”, 3 está no meio e 5 é o desejo máximo de atividade sexual. _____