



Francisca Alves Teixeira

**O Papel do Medo da Dor, Autoeficácia, Perceção da Resposta do Parceiro e do
Funcionamento Sexual na Dor Sexual em Mulheres Portuguesas**

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Cátia Oliveira

maio, 2021



Francisca Alves Teixeira

**O Papel do Medo da Dor, Autoeficácia, Perceção da Resposta do Parceiro e do
Funcionamento Sexual na Dor Sexual em Mulheres Portuguesas**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob orientação da

Professora Doutora Cátia Oliveira

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia
06/05/2021 perante o júri seguinte:

Presidente: Prof. Doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva
(Professor Auxiliar, da Universidade Lusófona do Porto)

Arguente: Prof^a Doutora Dulce Patrícia Vale de Vasconcelos Pinto
(Professora Auxiliar, da Universidade Lusófona do Porto)

Orientadora: Prof^a Doutora Cátia Margarida dos Santos Pereira de Oliveira
(Professora Auxiliar, da Universidade Lusófona do Porto)

maio, 2021

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

Agradecimentos

À Professora Dr^a. Cátia Oliveira, por me apresentar este tema e por me mostrar o tanto que ainda há para saber e aprender. Pela dedicação e empenho. Pela paciência, especialmente durante todo este período atípico. Por cada aprendizagem, principalmente sobre como ser uma boa profissional. Foi um gosto aprender consigo.

A todas as mulheres que participaram no estudo. O meu sincero obrigada pela partilha da vossa experiência, o vosso contributo foi indiscutivelmente fundamental para compreender um pouco mais a temática.

Aos meus pais, os meus maiores admiradores e apoiantes, pelo amor incondicional, pelos sacrifícios e dedicação, por serem a minha maior força, e principalmente por serem sempre o meu colo preferido.

Aos meus padrinhos, companheiros desta viagem e da vida, fontes inesgotáveis de carinho por estarem ao meu lado em todos os momentos, e por me inspirarem todos os dias.

À Madalena e à Matilde, por serem um dos capítulos mais bonitos da minha vida.

A toda a minha família, por serem tudo aquilo que eu preciso e admiro.

Aos meus amigos, por serem sempre a minha “lufada de ar fresco”, e principalmente a ti Joana, que foste a melhor companheira, desta que foi uma das nossas maiores e mais desafiantes aventuras.

A cada colega de turma, todo o percurso só foi possível pela amizade e união de todos.

O Papel do Medo da Dor, Autoeficácia, Percepção da Resposta do Parceiro e do Funcionamento Sexual na Dor Sexual em Mulheres Portuguesas

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar de que forma o medo da dor, autoeficácia, a percepção das respostas do/a parceiro/a face à dor e o funcionamento sexual, encontram-se correlacionadas e eventualmente predizem a intensidade da dor. **Método:** A amostra incluiu 116 mulheres com a presença de dor sexual há pelo menos 6 meses, e com idades compreendidas entre os 18 e os 58 anos ($M = 29,97$). As participantes responderem a um conjunto de questionários online, que avaliaram o medo da dor, a autoeficácia face à dor sexual, a percepção das respostas do/a parceiro/a face à dor e o funcionamento sexual, nomeadamente: Questionário Introdutório Geral (Oliveira et al., 2011), Questionário Medo da Dor (McNeil & Rainwater, 1998; tradução e adaptação por Cardoso et al., 2016), Escala de Autoeficácia para a Dor Sexual (Desrochers et al., 2009), Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor- versão feminina (Rosen et al., 2010; tradução e adaptação por Ferreira et al., 2013), Índice de Funcionamento Sexual (Rosen, et al., 2000; tradução e adaptação de Nobre, 2002), e o Questionário McGill sobre a Dor (Melzack, 1987). **Resultados:** Das análises de regressão efetuadas, verificou-se que as respostas punitivas do companheiro, percecionadas pela mulher ($\beta = .36, p = .00$) mostraram-se preditores positivos da intensidade da dor, enquanto a autoeficácia para controlar outros sintomas ($\beta = -.66, p = .01$) apresentou-se como um preditor negativo. As variáveis medo da dor e funcionamento sexual não se mostraram preditores da intensidade da dor. **Conclusões:** Os resultados sugerem que crenças mais adaptativas de autoeficácia pressupõem maior autoconfiança e conseqüente menor percepção de dor, enquanto mais respostas punitivas reforçam sentimentos de inadequação e frustração, levando a adoção de estratégias de coping desadaptativas e maior percepção de intensidade de dor.

Palavras-chave: dor sexual feminina, medo da dor, autoeficácia, percepção da resposta do outro significativo, funcionamento sexual.

The Role of Fear of Pain, Self-Efficacy, Perception of Partner Response and Sexual Function in Sexual Pain, in Portuguese Women

Abstract

The present study aimed to evaluate in what way the fear of pain, self-efficacy, the perception of the partner's responses to pain and sexual function, are correlated and eventually predict the intensity of pain. **Method:** The sample included 116 women with the presence of sexual pain for at least 6 months and aged between 18 and 58 years old ($M=29,97$). Participants answered a set of online questionnaires, which assessed fear of pain, self-efficacy in relation of sexual pain, the perception of the partner's responses to pain and sexual function, namely: Questionário Introdutório Geral (Oliveira et al., 2011), Fear of Pain Questionnaire (McNeil & Rainwater, 1998; translation and adaptation by Cardoso et al., 2016), Self-Efficacy Scale for Sexual Pain (Desrochers et al., 2009), Questionnaire for the response of the other significant facing pain- female version (Rosen et al., 2010; translation and adaptation by Ferreira et al., 2013), Sexual Function Index (Rosen et al., 2000; translation and adaptation by Nobre, 2002), and McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1987). **Results:** Regression analyzes showed that the partner's punitive responses, perceived by the women ($\beta = .36$, $p = .00$) were positive predictors of pain intensity, while self-efficacy to control other symptoms ($\beta = -.66$, $p = .01$) was a negative predictor. The variables fear of pain and sexual function were not significant predictors of pain intensity. **Conclusion:** The results suggest that more adaptive beliefs of self-efficacy imply greater self-confidence and consequent less perception of pain, while more punitive responses reinforce feelings of inadequacy and frustration, leading to the adoption of maladaptive coping strategies and greater perception of pain intensity.

Keyword: female sexual pain, fear of pain, self-efficacy, perception of the responses of the significant other, sexual function

Índice

Agradecimentos	iii
Enquadramento teórico	1
Dor, Dor crónica e Dor Sexual.....	1
Prevalência e etiologia	3
Etiologia.....	4
Fatores Biológicos na Dor Sexual.....	4
Fatores Psicossociais na Dor Sexual	5
O papel do medo da dor na Dor Sexual.....	6
O papel da autoeficácia na Dor Sexual.....	7
Influência da perceção da resposta do parceiro na dor sexual	8
O papel do Funcionamento Sexual na Dor sexual	9
Métodos.....	10
Participantes	10
Procedimentos	13
Instrumentos.....	14
Questionário Introdutório Geral.....	14
Questionário McGill sobre a Dor (SF-MPQ)	14
Questionário Medo da Dor (FPQ-III).....	14
Escala de Autoeficácia para a Dor Sexual.....	15
Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor - Versão Feminina ..	15
Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)	16
Análise de dados.....	16
Resultados	17
Medo da dor e intensidade da dor	17
Autoeficácia e intensidade da dor	17
Perceção da resposta do companheiro face à dor e intensidade da dor	18
Funcionamento sexual e intensidade da dor	19
Autoeficácia para controlar outros sintomas e respostas punitivas na intensidade da dor.....	19
Discussão.....	20
Conclusão	23
Referências	24
ANEXOS.....	1

ANEXO A: Protocolo..... 2

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Características Sociodemográficas da amostra</i>	11
Tabela 2. <i>Análise de regressão múltipla (método enter) para dor leve, intensa, médica e de injeção como preditores da intensidade da dor (n=75)</i>	17
Tabela 3. <i>Análise de regressão múltipla (método enter) para autoeficácia para controlar a dor durante a atividade sexual, autoeficácia para função sexual e autoeficácia para controlar outros sintomas, como preditores da intensidade da dor (n=73)</i>	18
Tabela 4. <i>Análise de regressão múltipla (método enter) para respostas solícitas, respostas punitivas, respostas distratoras, respostas facilitadoras, respostas negativas, como preditores da intensidade da dor (n=79)</i>	18
Tabela 5. <i>Análise de regressão múltipla (método enter) para funcionamento sexual ao nível do desejo, lubrificação, excitação, orgasmo e satisfação, como preditores da intensidade da dor (n= 81)</i>	19
Tabela 6. <i>Análise de regressão múltipla (método enter) para autoeficácia para controlar outros sintomas e respostas punitivas, como preditores da intensidade da dor (n =74)</i>	19

Enquadramento teórico

Dor, Dor crónica e Dor Sexual

Apesar da conceptualização da dor, como estando associada a algum tipo de lesão ser ainda referência para muitos estudos, outras características como os fatores biológicos, psicológicos e sociais são atualmente consideradas, sendo por isso uma condição complexa e multidimensional (Meints & Edwards, 2018).

Melzack (1999) destaca-se como um dos pioneiros no estudo e integração de diferentes dimensões biopsicossociais na perceção de dor (Dones & Levi, 2018). No sentido de ampliar a conceptualização da dor como uma resposta a uma lesão física ou a um estímulo doloroso, Melzack (1999) investigou e desenvolveu modelos que contrariam a perspetiva da dualidade “corpo mente”, e que salientam a dinamização e interação entre diferentes sistemas (Iannetti & Mouraux, 2010). É assim sugerido que os impulsos direcionados à espinal-medula, mais concretamente ao corno dorsal, são provenientes de diferentes redes neuronais (motivacional-afetiva, cognitivo-avaliativa e sensorial-discriminativa), de onde a informação é enviada para o cérebro, onde é processada a perceção da dor (Graziottin & Gambini, 2017; Lannetti & Mouraux, 2010).

Os modelos cognitivo-comportamentais são outro exemplo da incorporação de diferentes dimensões na conceptualização da dor. Neste sentido, estes modelos apresentam a premissa de que o significado que os indivíduos atribuem a determinados acontecimentos e/ou sintomatologia, aliado a uma eventual dificuldade psicopatológica, pode aumentar a sensação de dor (Turk, 2003).

A dor crónica tem apresentado nos estudos de base etiológica a combinação de todos os fatores supramencionados, onde são notórios episódios regulares e persistentes de dor, vivenciados há mais de seis meses, não sendo esta dor atribuída a outra condição (Graziottin, Gambini & Bertolasi, 2015). Atualmente é considerada um problema de saúde pública que interfere significativamente na vida dos que sofrem com esta condição, bem como dos seus familiares (Salvetti & Pimenta, 2005). Segundo Rosenbaum e colaboradores (2008), a dor crónica afeta cerca de 10 a 20% da população geral.

A dor sexual feminina pode ser percebida como uma variante da dor crónica, quando se comprova a sua persistência e recorrência, manifestadas há mais de seis meses (Fall et al., 2004). Contrariamente a outros tipos de dor crónica, a dor sexual e

outras disfunções sexuais femininas, apenas começaram a ter enfoque científico e social a partir do século XX. Desta forma, é ainda necessário o desenvolvimento de mais investigação que permita uma melhor compreensão desta temática (West, Vinikoor & Zolnoun, 2004).

A versão anterior do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) distinguiu duas categorias relativas à dor sexual: a dispareunia e o vaginismo. A dispareunia categoriza-se por dor genital recorrente ou persistente associada à penetração sexual (APA, 2000). Esta perturbação associa-se frequentemente a outras condições como a atrofia vulvar, hipertonia dos músculos pélvicos, cistite intersticial, endometriose e falta de excitação (Graziottin & Gambini 2017). Por outro lado, o vaginismo é uma perturbação que impede a penetração, parcial ou completamente, na vagina, quer seja do pénis, dedo ou qualquer objeto (APA, 2000). Neste tipo de perturbação ocorrem espasmos musculares involuntários recorrentes e/ou persistentes dos músculos perianais, e muitas vezes encontra-se associada ao evitamento da atividade sexual, medo e sensações recorrentes de dor (Cherner & Reissing, 2013). Apesar de não conseguirem alcançar a penetração, as mulheres podem apresentar, normalmente, desejo, excitação e são até mesmo capazes de alcançar o orgasmo (Spoelstra, Weijmar, Reissing, Borg & Broens, 2018). Mulheres diagnosticadas com vaginismo podem apresentar uma força muscular diminuta e, ao mesmo tempo, um maior tónus muscular vaginal/pélvico, comparativamente a mulheres assintomáticas (Svedhem, Eckert & Wijma, 2013).

Ao longo do tempo, esta categorização de ambos os quadros clínicos suscitaram críticas da parte de investigadores e clínicos (Binik, Brotto, Graham, Seigraves, 2010), tendo os mesmos convergido numa só categoria diagnóstica denominada Perturbação de Dor Génito-Pélvica/Penetração (PDGPP) (APA, 2013). A PDGPP é descrita tendo em conta quatro dimensões de sintomas frequentemente comórbidos e com uma base etiológica biopsicossocial: dificuldade em ter relações sexuais, dor genitopélvica, medo da dor ou da penetração vaginal e tensão dos músculos do pavimento pélvico (APA, 2013).

A PDGPP encontra-se associada a fatores de risco como baixa satisfação sexual, sintomatologia depressiva ansiosa, a uma forte aversão a olhar ou tocar nos órgãos genitais, baixo desejo e satisfação sexual, sentimentos de frustração e inadequação, além de assumirem constantemente uma perspetiva pessimista (Alizadeh, Farnam, Raisi & Parsaeian, 2019; Rosen & Bergeron, 2019). Por outro lado, altos níveis de satisfação na

relação amorosa e um estatuto socioeconómico seguro são reportados como fatores protetores (Alizadeh et al., 2019).

Na sua globalidade, questões relacionadas ao ciclo de resposta sexual, como baixos níveis de excitação, desejo e satisfação sexual, além de baixa frequência orgástica e de relações sexuais, parecem ser dificuldades comuns em mulheres com queixas de dor sexual, apesar de não serem condições prévias para a sua ocorrência (Jodoin, Bergeron, Khalifé, Dupuis, Desrochers & Leclerc, 2010).

Muitas mulheres tendem a não procurar ajuda por vergonha, frustração, ou em muitos casos, devido a julgamentos dos profissionais de saúde (Bergeron et al., 2015). Um estudo de Bergeron e colaboradores (2015) evidenciou que apenas 60 % das mulheres com queixas regulares de dor sexual procuraram tratamento, sendo que destas, 52% revelaram não lhes ter sido diagnosticada nenhuma perturbação ou condição.

Prevalência e etiologia

Um dos estudos mais recentes sobre a prevalência da perturbação genito-pélvica/penetração reportou que 10,5% das mulheres iranianas sofrem desta perturbação (Alizadeh et al., 2019). Já Rosen e Bergeron (2019) destacaram que a PDGPP afeta 14% a 34 % das mulheres mais novas e 6.5% a 45% das mulheres mais velhas.

Relativamente à prevalência da dor sexual em Portugal, Peixoto e Nobre (2015) indicaram no seu estudo que 37,9% das mulheres apresentam sintomatologia associada a problemas sexuais, enquanto 12,9% relataram um diagnóstico de dispareunia e 6,6% de vaginismo.

Apesar de poder variar de acordo com cada país, a Organização Mundial de Saúde indicou que globalmente, 8% a 21% das mulheres sentem dor persistente associada à relação sexual (Soren, Bautista, Lamvu & Feranec, 2018), e Bergeron e colaboradores (2015) referiram que esta é a segunda causa de dor em mulheres em idade reprodutiva. Também um estudo Lemieux e colaboradores (2013) indicaram que 21 % das mulheres da população geral relatam queixas de sintomatologia característica da dispareunia.

Outras condições associadas à dor sexual apresentam prevalência significativa: enquanto a vulvodínia, definida como uma condição que causa desconforto ou dor persistente na zona da vulva, parece afetar 8% das mulheres (Soren et al., 2018), a vestibulodínia provocada, caracterizada por dor aguda recorrente despoletada na maioria das vezes durante a relação sexual e detetada no vestíbulo vulvar, (Boerner & Rosen, 2015) é destacada em cerca de 12% das mulheres da população geral (Desrochers,

Bergeron, Khalifé, Dupuis & Jodoin, 2009; Lemieux, Bergeron, Steben & Lamber, 2013).

Etiologia

Fatores Biológicos na Dor Sexual

A dor sexual parece estar associada a várias condições, muitas vezes resultantes de patologias ao nível sistema nervoso central ou periférico, ou doenças que causam dor persistente sem causa anatômica definida, como síndrome do intestino irritável, endometriose, cistite intersticial, lesões medulares, disfunções no eixo hipotálamo-hipófise, ou somatização (Binik, Brotto, Graham & Segrades, 2010; Graziottin, Gambini & Bertolasi, 2015; Vandyken & Hilton, 2017).

Infeções e dificuldades, durante ou após a gravidez, assim como cirurgias ginecológicas, episiotomia, histerectomia vaginal, podem estar, igualmente, na base do desenvolvimento de dor vulvar (West, Vinikoor & Zolnoun, 2004). Também a vulvodínia encontra-se frequentemente associada a infeções vulvaginais (Bergeron et al., 2015). Já a dispareunia pode apresentar na sua etiologia a vulvovaginite, herpes genital, uretrite, atrofia vulvovaginal, doenças inflamatórias pélvicas, cirurgias abdominais e/ou endometriose (Bergeron et al., 2015). De realçar que malformações genitais, é uma das condições que maior dor pode provocar nas mulheres, durante a relação sexual, bem como a pobre higiene da região vulvar (Sorensen et al., 2018).

O uso recorrente de medicamentos, principalmente quando estes estão associados à sintomatologia depressiva, é apontado como um dos maiores indicadores de disfunção sexual e baixos níveis de prazer sexual, sendo estes percebidos como efeitos colaterais da sua utilização, bem como a hipertensão parece estar à diminuição de lubrificação e disfunção orgástica (Basson, 2005; Lewis, Fugl-Meyer, Bosch, Meyer, Laumann, Lizza & Morales, 2004). Destaca-se que ainda é desconhecido o papel da contração hormonal na vulvodínia e em outras condições associadas à dor sexual, uma vez que se verifica ambivalência nos resultados dos estudos (Basson, 2005; Graziottin, Gamini & Bertolasi, 2015).

De igual forma, alterações vasculares, que originam fluxo sanguíneo na vagina e do clitóris, alterações endocrinológicas e no tónus dos músculos que formam o pavimento pélvico, manifestam frequentemente a diminuição da lubrificação vaginal e consequente aumento da secura vaginal (Lewis, Kerstin, Meyer, Corona, Hayes, Laumann, Moreira, Rellini & Segraves, 2010).

Fatores Psicossociais na Dor Sexual

Apesar das alterações ou disfunções fisiológicas serem consideradas fatores elementares na dor sexual, percebida através de mecanismos nociceptivos, a experiência de dor parece ser despoletada igualmente por aspetos cognitivos, emocionais, comportamentais e interpessoais (Rancourt et al., 2016). Neste sentido, a ativação de crenças ou medos associados a pessoas, situações ou objetos que são percebidos como ameaças, pode ativar o modo de hipervigilância, aumentando a sensibilidade e modelando significativamente a perceção da dor sexual (Vandyken & Hilton, 2017).

Perturbações como o vaginismo e dispareunia parecem estar correlacionadas a experiências traumáticas, como o abuso físico ou sexual, comportamentos coercivos, dor na primeira experiência sexual, medo da intimidade e ou/ agressão bem como problemas de orientação sexual (Baillargeon et al., 2017; Dove & Wiederman, 2000).

Ao nível individual, a falta de conhecimento sobre a própria fisionomia, desconhecimento relativo à sexualidade, desinformação, presença de crenças e tabus, normalmente associados a questões religiosas, vinculação insegura e educação conservadora e rigorosa podem perpetuar, modelar e controlar o aumento da intensidade da dor sexual (Baillargeon et al., 2017; Chisari, Monajemi, Scott, Moss-Moris & McCracken, 2021; West, Vinikoor, Zolnoun, 2004).

Mais ainda, estados emocionais negativos como a raiva e frustração estão muitas vezes associados a um menor funcionamento sexual, stress, medo ou ansiedade perante o seu desempenho durante as atividades sexuais (Laumann, Paik & Rosen, 1999; Payne, Binik, Amsel & Khalifé, 2004).

Em termos cognitivos, um estudo de Dove e Wiederman (2000) reportou que mulheres que apresentam níveis significativos de distração cognitiva em detrimento da inspeção sistemática da sua imagem corporal e desempenho durante a relação sexual, e consequentemente dificuldade em descodificar pistas eróticas, manifestam uma diminuição da satisfação sexual e até mesmo evitamento de atividades que induzam o contacto sexual (Bergeron & Rosen, 2020; Dove & Wiederman, 2000).

Em termos relacionais e familiares, autores mencionam que a dor sexual feminina se encontra frequentemente correlacionada com problemas conjugais, nomeadamente ao nível de dificuldades na comunicação com o parceiro, ou infidelidade, hostilidade e indiferença (Pazmany et al., 2017). Da mesma forma, o contexto e ambiente familiar, parecem atuar como fatores coadjuvantes na dor sexual (Basson, 2005). Distrações do quotidiano, como o trabalho, os filhos, rotinas caóticas

que privem a mulher de disponibilizar tempo para o seu relacionamento íntimo, levam a uma maior insegurança perante o seu corpo, o parceiro e, até mesmo, a menores níveis de autoconfiança no seu desempenho, provocando maiores níveis de medo e percepção de dor (Basson, 2005).

Ainda assim, apesar do crescente conhecimento em torno da dor sexual, existem ainda muitas dúvidas acerca da influência que determinadas variáveis biopsicossociais exercem na sua manutenção, comparativamente com o seu papel em outras condições, nomeadamente na dor crónica, onde o seu estudo tem sido mais consistente ao longo do tempo.

O papel do medo da dor na Dor Sexual

Outra variável que tem vindo a ser estudada no contexto da dor crónica corresponde ao medo da dor (Crombez, Eccleston, Damme, Vlaeyen & Karoly, 2012). Junto com níveis altos de catastrofização, o medo da dor surge na literatura como um preditor importante da intensidade da dor (Peters, Vlaeyen & Weber, 2005).

Estudos têm demonstrado que o modo como os indivíduos interpretam e gerem a dor sentida pode ter uma interferência nos níveis de incapacidade de determinadas atividades (Vambheim & Oien, 2017). O medo da dor pode ampliar a percepção de dor em condições de dor persistente, como a fibromialgia, ou síndrome do intestino irritável (Pazmany, 2017).

No contexto da dor sexual, o papel do medo da dor é ainda pouco estudado, tendo ganho algum destaque com o modelo Medo-Evitamento (Slade, Troup, Lethem, & Bentley, 1983), que enfatiza o facto de na maioria das vezes as mulheres evitarem qualquer tipo de atividade sexual pela ansiedade ou medo de sentir dor (Bergeron, Rosen & Morin, 2011; Lemieux et al., 2013). Estas tendem a catastrofizar a sua experiência interna como os seus pensamentos, emoções ou situações, levando ao aumento da hipervigilância, ansiedade e medo da dor (Desrochers et al., 2009).

Estes resultados são igualmente reportados em outros estudos onde o medo da dor está significativamente correlacionados com o aumento da percepção da dor, e sintomatologia depressiva, além de apresentarem prevalência significativa em diagnósticos de vestibulodínia (Lahaie, Amsel, Khalifé, Boyer, Andersen & Binik, 2014). O medo da dor está ainda correlacionado com menor ajustamento a dificuldades sexuais e relacionais (Bergeron & Rosen, 2020).

Brauer e colaboradores (2007) demonstraram que o medo da dor afeta significativamente a excitação genital, enquanto um estudo de Pazmany e colaboradores

(2017) reportou que o diagnóstico de PDGPP se encontrava significativamente correlacionado com o medo antecipatório, face à dor durante a atividade sexual. Da mesma forma, mulheres diagnosticadas com vaginismo apresentam maior medo de exames médicos que envolvam a examinação da zona genital, maior medo da penetração vaginal, e maior medo da dor em geral, comparativamente a mulheres com dispareunia (Lahaie et al., 2014). De referir que, o medo da dor ocorre quando as mulheres assumem que determinadas situações ou atividades podem exacerbar a dor (Turk, 2003).

O papel da autoeficácia na Dor Sexual

Segundo Bandura (2010), a autoeficácia diz respeito às crenças que cada indivíduo mantém e a forma como as mesmas influenciam os eventos que ocorrem na sua vida (Asghari & Nicholas, 200; Bandura 2010). Deste modo, a expectativa de que se consegue executar um determinado comportamento pode modelar os resultados esperados, assim como ajudar a influenciar a reação dos indivíduos, perante uma adversidade (Anderson, Dowds, Pelletz, Edwards & Peeters-Asdourian, 1995).

Este é um construto que se tem mostrado na literatura como fundamental no ajustamento psicológico à dor crónica sendo que este fator psicossocial tem sido evidenciado como preponderante na redução da incapacidade de indivíduos com dor musculoesquelética, bem como melhorias na autoconfiança dos familiares e/ou cuidadores, no aumento da tolerância perante a dor, nos comportamentos de autocuidado, e na funcionalidade, física e emocional, geral (Anderson et al., 1995; Beck & Lund, 1981; Lemieux et al., 2013).

No que concerne à influência da autoeficácia no ajustamento da dor sexual, um estudo de Desrochers e colaboradores (2008), demonstrou que menores níveis de autoeficácia explicaram a interferência no funcionamento sexual das mulheres e evitamento de atividades que estimulem a relação sexual. Outros resultados apontaram que, a autoeficácia para além de mostrar correlação com a intensidade da dor, também se verifica como um dos fatores preponderantes do desenvolvimento de vulvodínia (Bergeron et al., 2009).

De igual forma, um estudo de Bergeron e colaboradores (2015) enfatizou que menores níveis de autoeficácia, associados a um maior medo da dor perpetuam uma maior perceção de intensidade da dor, enquanto sintomatologia como a ansiedade e evitamento da relação sexual correspondem a menores níveis de autoeficácia, podendo estar na base do desenvolvimento de uma disfunção sexual. Estas pressuposições vão,

igualmente, de encontro ao estudo de Lemieux e colaboradores (2013), onde se enfatiza que menores níveis de autoeficácia parecem modelar a percepção de intensidade de dor, o que pode levar ao evitamento de qualquer atividade sexual. Menores níveis autoeficácia parecem estar ainda correlacionadas ao desenvolvimento de disfunções sexuais (Lemieux et al., 2013).

Por outro lado, estudos apontam que indivíduos que apresentam maiores níveis de autoeficácia, demonstram menos sintomas depressivos e utilizam estratégias mais adaptativas para lidar com a dor (Desrochers et al., 2009). Maiores níveis de autoeficácia e aceitação dor estão ainda significativamente correlacionados com melhor ajustamento às adversidades, causadas pela dor sexual, e menores níveis de intensidade da dor (Bergeron & Rosen, 2020; Bryant et al., 2016).

Mais se indica que, maiores níveis de autoeficácia, evidenciados pelas mulheres, podem modelar o efeito das respostas solícitas dirigidas pelo companheiro (Lemieux et al., 2013), além de estarem ainda relacionados a melhorias significativas no tratamento da dor sexual, bem como no funcionamento e satisfação sexual (Rossi, Maxwell & Rosen, 2020).

Influência da percepção da resposta do parceiro na dor sexual

A figura e envolvimento do parceiro na relação tem surgido como um fator preponderante na dor sentida pela mulher (Piau, Bergeron, Brassard, Dumoulin & Khalifé, 2018). A interação entre o casal, antes e durante a relação sexual, pode despoletar uma maior ou menor intensidade de dor, dependendo do comportamento e resposta do companheiro, bem como a percepção da mulher face a este, e à situação (Muise, Bergeron, Impett, Delisle & Rosen, 2018).

Estudos apontam que uma maior proximidade emocional com o companheiro, maior confiança e comunicação, aliado a um bem-estar geral, pressupõe menos stress perante o relacionamento, bem como maiores sensações de segurança durante a relação íntima (Glowacka, Bergeron, Dubé & Rosen, 2018; Rancourt, Rosen, Bergeron & Nealis, 2016). Este princípio, enfatiza que, a manifestação de respostas mais facilitadoras do parceiro, como valorizar e confortar a mulher, leva a que esta manifeste mais autoconfiança durante a relação sexual, e assinale uma menor sensação de dor (Basson, 2005; Rosen, Bergeron, Sadikaj & Delisle, 2015). Mais ainda, a confiança emitida pelo companheiro pode promover a adoção de estratégias adaptativas para lidar com as situações que provocam dor e maior satisfação sexual (Rosen, Bergeron, Sadikaj, Glowacka, Baxter & Deslile, 2014).

Congruentemente, um estudo de Desrosiers e colaboradores (2008) demonstrou existir uma associação entre respostas punitivas por parte dos companheiros, como por exemplo ignorar a mulher quando esta enfatiza a sua dor, irritar-se e/ou demonstrar a sua frustração constante face às dificuldades desta, e maiores níveis de intensidade de dor sexual. Adicionalmente, companheiros que apresentam respostas mais solícitas, como por exemplo disponibilizar gel lubrificante ou que demonstram simpatia excessiva face aos sintomas apresentados pela parceira, relataram menor sofrimento pessoal (Lousberg, Schmidt & Groenman, 1992). Sob outra perspetiva, as mulheres podem perceber este tipo de respostas como um reforço para evitar enfrentar os seus medos, realistas ou não, face à dor sexual (Bergeron et al., 2015; Lousberg, Schmidt & Groenman, 1992).

O próprio companheiro também relata dificuldades associadas à dor da mulher, sendo que parceiros de mulheres com queixas de dor apresentam mais dificuldades sexuais, como a disfunção erétil, mais sintomas depressivos e menor satisfação sexual, comparativamente a homens em que as suas companheiras não sofrem desta condição (Rosen et al., 2014; Rosen, Santos-Iglesias & Byers, 2017). Além disto, companheiros que assumem uma perspetiva mais catastrofizante, tendem a validar as crenças pessimistas das mulheres e a subestimar as suas queixas, aumentando a intensidade da dor (Pâquet, Rosen, Steben, Mayrand, Santerre-Baillargeon & Bergeron, 2018).

A tensão provocada nas mulheres sob consequência da dor sexual, em conjunto com o agravamento da sua relação com o companheiro face a esta condição pode perpetuar ainda mais a perceção de dor (Rosen & Bergeron, 2019).

O papel do Funcionamento Sexual na Dor sexual

O funcionamento sexual é um dos fatores que mais se tem demonstrado correlacionado com a perceção da intensidade da dor, nos últimos anos (Benoit-Piau et al., 2018). Mulheres com dor sexual parecem apresentar algumas dificuldades ao nível do funcionamento sexual, além de menores níveis de excitação e satisfação sexual. Surge igualmente a dificuldade acrescida em envolverem-se em atividades sexuais, havendo frequentemente dificuldades em atingir o orgasmo (Alizadeh et al., 2019). Estas tendem ainda a encarar negativamente a relação sexual, apresentando constante Hipervigilância e evitamento da mesma (Pâquet, et al., 2018).

Mulheres diagnosticadas com vulvodínia apresentam menores níveis de funcionamento sexual, sintomas depressivos e ansiosos, stress relacionado à atividade sexual e maiores níveis de dor. Um estudo (Benoit-Piau et al., 2018) apontou que,

mulheres que evidenciam maior catastrofização, sintomatologia depressiva e ansiosa face à relação sexual, denotam igualmente maior dor e menor funcionamento sexual. Este fator, como antes mencionado, parece influenciar as interações entre o casal. Companheiros que relatam mais sintomas depressivos e ansiosos parecem estar relacionados com mulheres que apresentam mais sofrimento perante a dor e menor funcionamento sexual (Rosen et al., 2014). Neste seguimento, as mulheres apresentam grandes níveis de culpa e inadequação face à sua condição de dor, relatando um decrescido funcionamento sexual, sendo que muitas vezes mantêm a relação sexual para agradar ao companheiro (Benoit-Piau et al., 2018).

Objetivos e Hipóteses

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar de que forma o papel das variáveis medo da dor, autoeficácia, percepção da resposta do/a companheiro face à dor e o funcionamento sexual, predizem a intensidade da dor sexual feminina. Tendo em conta a revisão da literatura foram consideradas as seguintes hipóteses:

H1- Uma maior percepção, por parte das mulheres, de respostas solícitas, punitivas e negativas do/a companheiro/a face à dor irá predizer maiores níveis de intensidade da dor na mulher;

H2- Uma maior percepção, por parte das mulheres, de respostas facilitadoras e distractoras do/a companheiro/a irá predizer menores níveis de intensidade da dor;

H3- Maiores níveis de autoeficácia e funcionamento sexual irão predizer menores níveis de intensidade da dor na mulher;

H4- Maiores níveis de medo da dor irão predizer maiores níveis de intensidade da dor na mulher.

Métodos

Participantes

No presente estudo participaram, inicialmente, 353 mulheres, tendo sido excluídas 237 por preencherem os critérios de exclusão ou outros, nomeadamente não apresentarem níveis de dor sexual e mal-estar significativos, há pelo menos 6 meses; descreverem respostas inválidas ou inconsistentes, e/ou não responderem a qualquer pergunta do protocolo.

A amostra final é assim composta por 116 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 58 anos ($M = 29,97$; $DP = 9,12$), que cumpriram todos os critérios de

inclusão estabelecidos: 1) apresentar dor sexual significativa; 2) apresentar mal-estar ou desconforto sexual significativo; 3) apresentar estes sintomas há pelo menos 6 meses.

No que concerne às características sociodemográficas, 38,8% (N =45) das mulheres apresentaram o grau de licenciatura (Mdn = 5; IQQ = 2). Das 116 participantes, 75 (64,7%) residiam no Norte do país (Mo = 0) e 80 (69%) habitavam no meio urbano (Mo = 1). 69 (59,5%) mulheres encontravam-se empregadas (Mo = 3). Quanto ao estado civil, 64 (55,2%) participantes encontravam-se solteiras (Mo = 1), sendo o namoro (N = 56) (48,3%) o tipo de relacionamento mais presente (Mo = 2). “Exclusivamente heterossexual” (N = 32) (79,3%) seguido de “Exclusivamente homossexual” (N =8) (6,9%), foram as orientações sexuais mais mencionadas (Mo = 1) e 67 (57,8%) mulheres manifestaram crenças religiosas (Mo = 0), sendo a religião católica a mais predominante (N =115) (99,1%).

Tabela 1.

Características Sociodemográficas da amostra

	N	Md	Min-Max	Dp
Idade	116	29,97	18-58	9,12
Habilitações literárias	N	%		
Sem Estudos	-	-		
1º ciclo	-	-		
2º ciclo	-	-		
3º ciclo	4	3,4		
Ensino secundário	24	20,7		
Licenciatura	45	38,8		
Pós-Licenciatura	28	24,1		
Profissão	N	%		
Desempregada	17	14,7		
Estudante	28	24,1		
Ativa	69	59,5		
Zona de Residência	N	%		
Norte	75	64,7		
Centro	14	12,1		
Lisboa	22	19		
Alentejo	2	0,9		
Açores	2	0,9		
Meio	N	%		
Rural	36	31		

Urbano	80	69
Estado Civil	N	%
Casada ou União de Facto	52	44,8
Solteira	64	55,2
Viúva	-	-
Separada ou Divorciada	-	-
Tipo de Relacionamento	N	%
Marital	26	22,4
União de facto	17	14,7
Namoro	56	48,3
Coabitação	9	7,8
Orientação Sexual	N	%
Exclusivamente heterossexual	92	79,3
Predominantemente heterossexual	6	5,2
Bissexual	6	5,2
Predominantemente homossexual	2	1,7
Exclusivamente homossexual	8	6,9
Religião	N	%
Sim	67	57,8
Não	49	42,2
Tipo de Religião	N	%
Católica	115	99,1
Pagã	1	0,9

M = média. *Min* = mínimo. *Máx* = máximo. DP = desvio padrão.

Relativamente à presença de dor na zona genital, 17,2% (N=20) mulheres referiram que sentem dor em quase todas as relações sexuais, sendo que 20,7% (N=24) sentem frequentemente, enquanto 31,1% (N=37) algumas vezes (*Md* = 2; *IQQ* = 3). Das 114 mulheres que responderam, 23,2% (N=27) mencionaram que sentem bastante desconforto e 31% (N=36) sentem algum desconforto, pelo menos nos últimos 6 meses (*Md* = 2; *IQQ* = 3). Além disso, 71,6% (N=83) referiram que a problemática nunca desapareceu completamente desde que começaram a sentir dor (*Mo* =1).

Para além disto, 64,6% (N=75) mulheres atribuíram um valor entre 5 e 10, numa escala de 0 a 10, aos piores sintomas de dor provocada (dor com toque direto) em que 0 corresponde a ausência total de dor e 10 o grau de dor máximo que consegue suportar (Md = 6; IQQ = 4). Assim, 81,9% (N=95) mulheres afirmaram que os seus sintomas ocorrem com atividade sexual com penetração (Mo = 0).

Ademais, 65,5% (N=76) mulheres referiram que nenhum profissional de saúde lhes explicou a causa desta dor (Mo = 1) e 69,8% (N=81) não obtiveram diagnóstico clínico (Mo = 1). Das 94 (81%) mulheres que responderam, 27,6% (N=32) (Md = 2; IQQ = 3) consideram a ajuda prestada pelos profissionais de saúde como “inexistente”. De igual forma, das 93 (80,2%) mulheres que responderam a esta questão, 30,2% (N=35) (Md = 2; IQQ =3) consideram o suporte proporcionado pelos profissionais de saúde “inexistente”.

Procedimentos

O presente estudo foi desenvolvido e aplicado através da plataforma online “ESurvey”. Este foi partilhado nas redes sociais, blogs e outros sites, direta e indiretamente relacionados com a temática, utilizando-se assim o método de recolha de dados “bola de neve”.

Antes de aceder aos questionários, as participantes acederam a um documento informativo, onde se apresentaram descritos os principais objetivos e finalidades do estudo, os termos de confidencialidade, contendo informações relativas à possibilidade de desistência a qualquer momento sem qualquer tipo de risco, assim como questões referentes ao anonimato e participação voluntária. Por último, destacaram-se os endereços de email dos investigadores principais, caso as participantes necessitassem de qualquer esclarecimento, além de se enfatizar que o presente estudo se destinou a mulheres com mais de 18 anos que apresentassem dor sexual.

Após o documento informativo, as participantes tiveram acesso a um consentimento informado, onde, novamente, foram explicitadas questões relacionadas com a confidencialidade, assim como foi enfatizado o facto de o estudo ser aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica, da Universidade Lusófona do Porto. Para iniciarem o preenchimento dos questionários, impôs-se a condição de aceitarem os termos dispostos no consentimento, bem como o tratamento dos seus dados pessoais. De seguida foi apresentado o protocolo, tendo uma média de preenchimento de cerca de 30 minutos. As participantes não foram recompensadas monetariamente pela sua participação.

Relativamente ao controlo da privacidade, não foram recolhidos os registos do IP, assim como apenas tiveram acesso à base de dados bem como à plataforma, a autora de dissertação e a orientadora. Todos os dados foram armazenados num suporte físico de armazenamento. O estudo centrou-se nas normas da APA, respeitantes à investigação efetuada via online. Para controlar a qualidade das respostas estas foram analisadas e os dados sociodemográficos confrontados.

Instrumentos

Questionário Introdutório Geral

O questionário introdutório geral (Oliveira, Nobre, & Vilarinho, 2011) caracteriza-se por um questionário de autorresposta, que permite avaliar variáveis de natureza sociodemográfica, variáveis de natureza médica e biológica, além de permitir avaliar variáveis relacionadas às características da dor sexual. Mais ainda, o questionário inclui perguntas relativas à história sexual das participantes.

Questionário McGill sobre a Dor (SF-MPQ)

O SF-MPQ (Melzack, 1987) avalia a natureza sensorial e afetiva, assim como a intensidade da dor. Este instrumento é composto por três subescalas, sendo que na primeira são apresentados 15 itens que descrevem a dor em termos da sua dimensão sensorial e afetiva, podendo ser preenchida tendo em conta uma escala de Likert de 4 pontos, que varia entre 0 (nenhuma) e 3 (forte). Na segunda parte, é avaliada a intensidade da dor, através de uma escala visual analógica que varia de 0 (sem dor) a 10 (a pior dor possível) e, por último, através de uma questão que corresponde ao Índice de Dor Atual (PPI), que pode ser preenchido através de uma escala tipo Likert de 5 pontos que varia de 0 (sem dor) a 5 (insuportável). O SF-MPQ “apresentou uma boa consistência interna, com um α de Cronbach de .78, para a dimensão afetiva, e de .76 para a dimensão sensorial” (Melzack, 1987, citado por Ferreira, 2015, p. 19). No presente estudo o SF-MPQ apresentou um α de Cronbach de .89 para a escala total, .87 para a subescala sensorial e .67 na escala afetiva.

Questionário Medo da Dor (FPQ-III)

O FPQ-III (McNeil & Rainwater, 1998; tradução e adaptação por Cardoso, Esculpi, Carvalho, Pereira, Torres, Mercado & Barbosa, 2016) é normalmente utilizado com o intuito de avaliar o medo da dor numa área específica ou generalizada, sendo composto por 27 itens respondidos numa escala tipo Likert de 5 pontos, podendo variar de “não de todo” (1) “até extremo” (5), sendo que cada um destes itens representam situações particularmente dolorosas. Inclui ainda cinco subescalas: dor leve (“Morder a

língua enquanto come”), intensa (“Partir um braço”), médica (“Ser queimado na face com um cigarro”), injeção (“Receber injeções na anca/nádegas”) e dor aflita (“Tirar um dente”).

Num estudo direcionado a mulheres portuguesas, o instrumento apresentou boa consistência interna, com α de Cronbach .92 na escala total, .87 na dor ligeira, .88 da dor intensa e de .92 na dor médica (Cardoso, Esculpi, Carvalho, Pereira, Torres, Mercado & Barbosa, 2016). No presente estudo o FPQ-III apresentou um α de Cronbach de .92 para a escala total, .82 na subescala dor leve, .77 na subescala dor intensa, .85 na subescala dor de injeção, .86 na subescala dor médica e .83 na subescala dor aflita.

Escala de Autoeficácia para a Dor Sexual

A escala de autoeficácia para a Dor Sexual (Desrochers, Bergeron, Khalifé, Dupuis & Jodoin, 2009) tem como objetivo avaliar a autoeficácia dos indivíduos que sentem dor durante a atividade sexual. Este é um instrumento composto por 20 itens divididos pelas subescalas autoeficácia para controlar a dor durante a atividade sexual, autoeficácia para função sexual e autoeficácia para controlar outros sintomas, cotados numa escala de 10 pontos que variam entre 10 (muito incerta) e 100 (muito certa).

Num estudo de Desrochers e colaboradores (2009) este questionário apresentou um α de Cronbach de .89 para a escala total e as subescalas variaram entre .76 e .88, revelando uma boa consistência interna. No presente estudo, a escala de autoeficácia para a dor sexual apresenta um α de Cronbach de .97 para a escala total, .88 para a subescala autoeficácia para controlar a dor durante a atividade sexual, .96 para a subescala autoeficácia para função sexual, e .94 para a subescala autoeficácia para controlar outros sintomas.

Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor - Versão Feminina

O Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor (Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert, & Steben, 2010; tradução e adaptação por Ferreira, Oliveira e Nobre, 2013) tem como objetivo avaliar a percepção que a indivíduo com dor tem, sobre as respostas do parceiro face à sua dor. Este questionário inclui 5 subescalas correspondentes a respostas solícitas, punitivas, distrativas, facilitadoras e negativas, e é ainda composto por 24 itens cotados numa escala de Likert de cinco pontos, que varia entre 1 (*nunca*), e 5 (*muito frequentemente*).

Quanto às características psicométricas, um estudo de Ferreira (2015) apresentou um α de Cronbach de .73 para a escala total, .54 para a subescala de respostas solícitas,

.96 para a subescala de respostas punitivas, .67 para a subescala de respostas distrativas, .94 para a subescala de respostas facilitadoras e .61 para a subescala de respostas negativas.

No presente estudo o instrumento apresentou um α de Cronbach de .86 para a escala total, .73 na escala solícita, .45 na escala negativa, .68 na escala distrativa, .92 na escala facilitadora e .83 na escala punitiva.

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

O FSFI (Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, Ferguson & D'Agostino, 2000; tradução e adaptação de Nobre, 2002) é um instrumento composto por 20 itens, dispostos numa escala tipo Likert de seis pontos, onde tem como objetivo avaliar o funcionamento sexual feminino. Este avalia diferentes dimensões como o interesse sexual/ desejo, a excitação sexual, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação sexual, e a dor sexual, assim como aborda o funcionamento sexual geral.

Num estudo direcionado à população portuguesa, o instrumento apresentou boas características psicométricas com um valor de α de Cronbach de .93 para a escala total e de .88 a .90 para as restantes dimensões (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009). No presente estudo o FSFI apresentou um α de Cronbach de .76 para a escala total, .85 na escala desejo, .91 na escala excitação, .55 na escala lubrificação, .04 na escala orgasmo, .73 na escala satisfação e .91 na escala dor.

Análise de dados

O processamento e análise dos dados recolhidos foram efetuados através do software IBM SPSS (*Statistics Package for Social Sciences*).

Com o intuito de avaliar a capacidade preditiva de variáveis como o medo da dor, a autoeficácia, a perceção da mulher à resposta do(a) parceiro(a) face à dor e o funcionamento sexual na intensidade da dor, realizaram-se cinco análises de regressão múltipla (método ENTER). Em cada análise de regressão as variáveis psicossociais foram medidas pelas dimensões específicas dos respetivos questionários. Em todas as análises foi considerada como variável critério, a intensidade da dor, medida pelo Questionário McGill sobre a Dor (Melzack, 1987).

Em todas as análises de regressão os preditores foram compostos por uma amostra de no mínimo 10 a 15 participantes. Verificou-se 1 caso de outlier em cada análise, contudo o valor máximo da Cook's Distance foi inferior a 1, pelo que não exerceu influência que tenha comprometido a validade dos modelos. Não existiram valores de correlação que ultrapassem -80 e +80, o que revelou a ausência de

multicolinearidade. Adicionalmente, esta ausência também foi também confirmada pelos valores de VIF estando abaixo de 4 para cada preditor, e de tolerância superiores a -1. Observando o gráfico que permite testar o pressuposto da homoscedasticidade e da linearidade concluiu-se que o pressuposto foi cumprido, uma vez que, para cada análise, os pontos se mostraram distribuídos de forma homogênea e proporcional. O pressuposto da independência dos erros foi igualmente cumprido, uma vez que o valor de Durbin-Watson se situou entre 1 e 3.

Resultados

Medo da dor e intensidade da dor

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar a capacidade preditiva das dimensões dor leve, intensa, médica e de injeção na intensidade da dor.

Os resultados da análise de regressão indicaram que o modelo não é estatisticamente significativo. Das quatro dimensões, nenhuma se mostrou preditor da intensidade da dor.

Tabela 2.

Análise de regressão múltipla (método enter) para dor leve, intensa, médica e de injeção como preditores da intensidade da dor (n=75)

Preditores	B	Erro Padrão	β	t	p
Dor leve	-.020	.040	-.080	-.488	.63
Dor intensa	.032	.018	.279	1.729	.09
Dor de injeção	-.046	.037	-.203	-1.242	.82
Dor médica	-.062	.043	-.304	-1.464	.21
Dor aflita	.048	.040	.203	1.190	.24

Autoeficácia e intensidade da dor

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar a capacidade preditiva da autoeficácia para controlar a dor durante a atividade sexual, autoeficácia para função sexual e autoeficácia para controlar outros sintomas na intensidade da dor.

Os resultados da análise de regressão indicaram que o modelo é estatisticamente significativo e explica 21% da variância, $R^2 = .21$, $F(3,72) = 6,190$, $p = .00$.

A autoeficácia para controlar outros sintomas $\beta = .21$, $t(72) = -3.21$, $p = .00$, 95% CI [-0.01, -.00] é o único preditor da intensidade da dor, indicando que níveis superiores de autoeficácia para controlar outros sintomas prediz níveis inferiores de intensidade da dor.

Tabela 3.

Análise de regressão múltipla (método enter) para autoeficácia para controlar a dor durante a atividade sexual, autoeficácia para função sexual e autoeficácia para controlar outros sintomas, como preditores da intensidade da dor (n=73)

Preditores	B	Erro Padrão	β	t	p
Dor	.001	.002	.133	.815	.418
Função	.001	.001	.145	.778	.439
Outros sintomas	-.005	.002	-.657	-3.208	.002

Percepção da resposta do companheiro face à dor e intensidade da dor

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar a capacidade preditiva das respostas solícitas, respostas punitivas, respostas distratoras, respostas facilitadoras e as respostas negativas na intensidade da dor.

Os resultados da análise de regressão indicaram que o modelo é estatisticamente significativo e explica 16% da variância, $R^2 = .16$, $F(5,78) = 2,840$, $p = .02$.

As respostas punitivas $\beta = .16$, $t(78) = 3.04$, $p = .00$, 95% CI [.06, .31] são os únicos preditores da intensidade da dor, indicando que níveis superiores de percepção de respostas punitivas do parceiro são preditores de níveis superiores de intensidade da dor.

Tabela 4.

Análise de regressão múltipla (método enter) para respostas solícitas, respostas punitivas, respostas distratoras, respostas facilitadoras, respostas negativas, como preditores da intensidade da dor (n=79)

Preditores	B	Erro Padrão	β	t	p
Respostas Solícitas	.002	.031	.010	.069	.95
Respostas Punitivas	.187	.062	.364	3.036	.00
Respostas Distratoras	-.032	.042	-.096	-.764	.45
Respostas facilitadoras	.016	.028	.088	.561	.56
Respostas negativas	.047	.046	.122	1.034	.31

Funcionamento sexual e intensidade da dor

Foi realizada uma análise de regressão múltipla para testar a capacidade preditiva das dimensões desejo, lubrificação, excitação, orgasmo e satisfação na intensidade da dor.

Os resultados da análise de regressão indicaram que o modelo é estatisticamente significativo e explica 15% da variância, $R^2 = .15$, $F(5,80) = 2,660$, $p = .03$. Contudo, das cinco dimensões analisadas, nenhuma se mostrou preditor significativo da intensidade da dor.

Tabela 5.

Análise de regressão múltipla (método enter) para funcionamento sexual ao nível do desejo, lubrificação, excitação, orgasmo e satisfação, como preditores da intensidade da dor (n= 81)

Preditores	B	Erro Padrão	β	t	p
Desejo	.043	.080	.075	.541	.59
Excitação	.083	.052	.278	1.606	.12
Lubrificação	-.015	.066	-.037	-.227	.82
Orgasmo	-.099	.095	-.173	-1.039	.31
Satisfação	.062	.081	.116	.09	.45

Autoeficácia para controlar outros sintomas e respostas punitivas na intensidade da dor

Das análises de regressão anteriormente efetuadas, a autoeficácia para controlar outros sintomas e as respostas punitivas mostraram-se preditores significativos da intensidade da dor. Foi realizada uma última análise de regressão múltipla para avaliar a sua capacidade preditiva na intensidade da dor. Os resultados da análise de regressão indicaram que o modelo é estatisticamente significativo e explica 21% da variância, $R^2 = .21$, $F(2,73) = 9,512$, $p = .00$.

A autoeficácia para controlar outros sintomas $\beta = .21$, $t(73) = -2.72$, $p = .01$, 95% CI [-.00, -.00] é o único preditor da intensidade da dor, indicando que níveis superiores de autoeficácia para controlar outros sintomas são preditores de níveis inferiores de intensidade da dor.

Tabela 6.

Análise de regressão múltipla (método enter) para autoeficácia para controlar outros sintomas e respostas punitivas, como preditores da intensidade da dor (n =74)

Preditores	B	Erro Padrão	β	t	p
------------	---	-------------	---------	---	---

Respostas	.115	.001	.224	1.921	.06
Punitivas					
Outros Sintomas	-.002	.001	-.317	-2.717	.01

Discussão

O principal objetivo do presente estudo consistiu em explorar a capacidade preditiva de um conjunto de variáveis psicossociais, como o medo da dor, a autoeficácia, a percepção que a mulher tem sobre a resposta do/a companheiro/a face à sua dor e o funcionamento sexual, na intensidade da dor sexual de mulheres portuguesas.

No que concerne aos resultados obtidos, destaca-se a influência da variável autoeficácia para controlar outros sintomas e a correspondente à percepção das respostas punitivas da parte do parceiro na intensidade da dor sexual nas mulheres, confirmando parcialmente as hipóteses formuladas e, conseqüentemente, os dados evidenciados nos estudos sobre a temática (Bergeron et al., 2015; Desrosiers et al., 2008; Desrochers et al., 2009).

Nas análises efetuadas, os resultados indicaram que a autoeficácia para controlar outros sintomas (“Quão certa está de que pode fazer algo para se sentir melhor perante o desânimo relativo à dor presente durante a atividade sexual?”) se apresentou sempre como preditor positivo da intensidade da dor, contribuindo para menores níveis de intensidade da dor. Este resultado vai de encontro à hipótese inicialmente formulada. Assim, pode ser equacionado que as mulheres que apresentam crenças mais realistas e otimistas sobre a dor sexual, que exibem maior confiança em si mesmas, nas suas capacidades e no/a seu/sua companheiro/a, sentem-se mais confiantes para lidar com a dor presente durante a relação sexual, utilizam estratégias de coping adaptativas e, como resultado, percebem uma menor intensidade dor (Bandura, 2010; Lemieux et al., 2013). Tal é corroborado nos estudos evidenciados na literatura, onde maiores níveis de catastrofização e hipervigilância associados a menores níveis de autoeficácia podem modelar a experiência e tolerância à dor (Desrochers et al., 2009). Autores indicam que a autoeficácia se impõe como um fator determinante na dor, sendo um dos melhores preditores da sua intensidade em indivíduos com dor crónica (Keefe & Porter, 2007).

De igual forma, a percepção de respostas punitivas da parte do companheiro (“Mostra-me a sua fúria”) mostraram ser preditores negativos da intensidade, associando-se a maiores níveis de intensidade da dor. Este resultado permite-nos inferir

que a percepção de respostas desta natureza pode provocar maiores níveis de insegurança perante a dor, validar a presença de crenças pessimistas e reforçar pensamentos negativos e de autorresponsabilização (Pâque et al., 2018). Logo, as mulheres podem ter sentimentos de frustração, além de níveis significativos de medo por não corresponderem às expectativas do/a companheiro/ ou até mesmo às suas (Desrochers et al., 2009). Tal pode resultar num maior evitamento da relação sexual, na adoção de estratégias de coping desadaptativas, menor satisfação no relacionamento com o companheiro e conseqüentemente maior percepção de dor sexual (Bois et al., 2013). Segundo Cano e colaboradores (2000), as percepções de respostas punitivas pelas mulheres, encontram-se significativamente correlacionas com uma menor satisfação na relação com o companheiro, além de maior percepção de intensidade de dor.

Contrariamente às hipóteses inicialmente formuladas, as variáveis medo da dor e funcionamento sexual não se mostraram preditores da intensidade da dor. Neste sentido, é importante referir que estudos apontam que as mulheres que apresentam queixas de dor sexual, sentem-se frequentemente inadequadas, incapazes, frustradas, ou até com medo de perder o/a companheiro/a (Rosen & Bergeron, 2019). Como tal, os resultados podem ser explicados pelo facto destas poderem manter a atividade sexual regular para agradar o/a companheiro/a, por se sentirem obrigadas, por vergonha, ou até mesmo para sentirem proximidade emocional e íntima com o/a outro/a significativo/a. (Bois et al., 2013). A adoção de estratégias de enfrentamento perante a dor, principalmente com o suporte do companheiro, pode levar a que as mulheres percecionem uma menor intensidade de dor e conseqüentemente apresentem diminuído ou ausência total de medo da dor, bem como aumento do funcionamento sexual (Rosen et al., 2014). Os resultados podem ainda ser explicados pelo facto de o instrumento utilizado para avaliar o medo da dor não ser exclusivamente direcionado à dor sexual.

Note-se que no presente estudo, constatou -se que não foi explicada a causa da dor a 65,5% das mulheres além de 81% não terem recebido qualquer tipo de ajuda por parte dos profissionais de saúde. Assim, este fator combinado com os anteriormente mencionados podem modelar a percepção que as mulheres têm sobre a sua dor, a sua desvalorização ou subestimam a sua natureza, intensidade e efeitos emocionais e sociais (Bergeron et al., 2015; Rosen & Bergeron, 2019).

Estes resultados podem ainda ser justificados pela natureza da amostra do presente estudo e respetiva ausência de uma amostra clínica. Pelo facto de se tratar de um estudo exploratório, com o objetivo de perceber de que forma a dor sexual se

manifesta nas mulheres em geral, a amostra apresenta níveis de intensidade e frequência da dor muito variáveis, podendo provocar uma discrepância dos resultados em comparação com os dados presentes na literatura.

O presente estudo tem um conjunto de limitações, o que implica que deve ser interpretado com especial cautela, devendo as mesmas ser consideradas em investigações futuras. Destaca-se, em primeiro, que pode existir um enviesamento de respostas tendo em conta fatores como desajustabilidade social. Neste seguimento, os instrumentos utilizados nas análises representam medidas de autorrelato e como tal, as respostas fornecidas pelas participantes podem não corresponder fielmente aos critérios estabelecidos para a dor sexual.

De igual forma, devido ao carácter não obrigatório das perguntas presentes no protocolo, a amostra final não contemplou o número de participantes para as respetivas análises estatísticas. Também o facto do presente estudo ter sido desenvolvido e aplicado via online limitou, igualmente, a participação de uma parte da população, nomeadamente aquelas sem possibilidades socioeconómicas, ou pertencentes a uma faixa etária mais velha, bem como a mulheres sem acesso a recursos informáticos, sendo estas informações confirmadas pelos dados sociodemográficos onde a maioria das participantes apresentaram graus académicos (licenciatura) e apresentaram idades compreendidas entre os 20 e 30 anos.

Também a subescala “orgasmo”, pertencente ao FSFI (Rosen et al., 2000; tradução e adaptação de Nobre, 2002), apresentou um baixo valor de consistência interna, apesar de o total da escala apresentar bons níveis de fiabilidade. Os resultados devem assim ser interpretados com cautela.

Apesar das limitações evidenciadas, o presente estudo pode contribuir significativamente para uma melhor compreensão da atuação de fatores no desenvolvimento e manutenção da dor sexual. A autoeficácia e a perceção das respostas do parceiro parecem ser determinantes no sucesso da gestão da dor (Bergeron & Rosen, 2020; Piau et al., 2018). Segundo Rossi e colaboradores (2020), mulheres que apresentam crenças adaptativas de autoeficácia têm maior probabilidade de melhorar o funcionamento sexual e a sua satisfação perante a atividade sexual, além de demonstrarem resultados mais positivos nos tratamentos face à dor. De igual forma, a interação com o companheiro parece estar associada a um melhor prognóstico e adaptação à condição de dor sexual, além de uma maior ausência de stress ao lidar com as dificuldades perante a dor, sendo que por outro lado respostas punitivas podem

modelar negativamente a percepção de dor, além de reforçarem o seu evitamento (Basson, 2005; Bois et al., 2013).

Estudos futuros devem explorar estes e outros fatores psicossociais, a sua interação com a intensidade da dor e a relação entre si. Este pressuposto poderá implicar a presença de diagnóstico mais consistentes e a criação de instrumentos mais específicos, e conseqüentemente contribuir para o desenvolvimento da avaliação e tratamentos mais apropriados das mulheres que sofrem desta condição, de forma a atenuar as vicissitudes provocadas pela mesma. Da mesma forma, a inclusão de uma amostra mais robusta e representativa da população portuguesa permitirá a generalização dos resultados.

Conclusão

A dor sexual feminina, parece estar fortemente associada a múltiplas vertentes psicossociais, que aliadas ao desconhecimento e falta de respostas clínicas perante a sua sintomatologia, pode agravar-se.

Compreender a complexidade que norteia os fatores que estão na base da dor sexual destacou-se como o ponto de partida para o desenvolvimento do presente estudo. Desta forma, foram avaliadas as variáveis medo da dor, autoeficácia, percepção das respostas do parceiro e funcionamento sexual na intensidade na dor. As respostas punitivas e a autoeficácia para lidar com outros sintomas apresentaram-se preditores da intensidade da dor, sendo a primeira um preditor positivo e a segunda um preditor negativo.

A evidência de que a dor sexual advém de um conjunto de fatores, em detrimento do conceito de que a sua etiologia se centra exclusivamente num estímulo nociceptivo, é o pressuposto base para a investigação centrada nos vários contextos da vida, bem como no perfil psicossocial das mulheres. Como tal, recomenda-se que investigações futuras apostem no seu estudo intensivo, de modo a aumentar o conhecimento da sua etiologia, a forma como todos os fatores envolvidos se influenciam mutuamente e com o objetivo de aprimorar o diagnóstico aproximando-o, cada vez mais, à realidade das mulheres. O aumento do conhecimento acerca da dor sexual permitirá tratamentos mais adequados e a diminuição significativa do sofrimento das mulheres.

Referências

- 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 (2000), Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV-TR (4ª Ed.) Texto Revisto. Lisboa: Climepsi Editora.
- American Psychiatric Association (2013) – Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DMS-V (5th ed). Arlington: American Psychiatric Publishing
- Anderson, K. O., Dowds, B. N., Pelletz, R. E., Edwards, W. T., & Peeters-Asdourian, C. (1995). Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*, 63(1), 77-83. Doi: 10.1016/0304-3959(95)00021-J
- Asghari, A., & Nicholas, M. K. (2001). Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*, 94(1), 85-100. Doi: 10.1016/S0304-3959(01)00344-X
- Bandura, A. (2010). Self-efficacy. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-3. Doi: 10.1002/9780470479216.corpsy0836
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Cmaj*, 172(10), 1327-1333. doi: 10.1503/cmaj.1020174
- Beck, K. H., & Lund, A. K. (1981). The Effects of Health Threat Seriousness and Personal Efficacy upon Intentions and Behavior 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 11(5), 401-415. doi: 10.1111/j.1559-1816.1981.tb00832.x
- 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
- Bergeron, S., Corsini-Munt, S., Aerts, L., Rancourt, K., & Rosen, N. O. (2015). Female sexual pain disorders: a review of the literature on etiology and treatment. *Current Sexual Health Reports*, 7(3), 159-169. Doi: 10.1007/s11930-015-0053-y
- Bergeron, S., Rosen, N. O., & Morin, M. (2011). Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. *Pain*, 152(6), 1223-1225. doi: 10.1016/j.pain.2011.01.035

- Bergeron, S., & Rosen, N. O. (2020). Psychosocial Factors in Vulvodynia. *Female Sexual Pain Disorders: Evaluation and Management*, 87-95. Doi: 10.1002/9781119482598.ch11
- Binik, Y. M., Brotto, L. A., Graham, C. A., & Segraves, R. T. (2010). Response of the DSM-V sexual dysfunctions subworkgroup to commentaries published in JSM. *The journal of sexual medicine*, 7(7), 2382-2387. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01899.x
- Blair, K. L., Pukall, C. F., Smith, K. B., & Cappell, J. (2015). Differential associations of communication and love in heterosexual, lesbian, and bisexual women's perceptions and experiences of chronic vulvar and pelvic pain. *Journal of sex & marital therapy*, 41(5), 498-524. doi:10.1080/0092623X.2014.931315
- Boerner, K. E., & Rosen, N. O. (2015). Acceptance of vulvovaginal pain in women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with pain, psychological, and sexual adjustment. *The journal of sexual medicine*, 12(6), 1450-1462. doi:10.1111/jsm.12889
- Bois, K., Bergeron, S., Rosen, N. O., McDuff, P., & Grégoire, C. (2013). Sexual and relationship intimacy among women with provoked vestibulodynia and their partners: Associations with sexual satisfaction, sexual function, and pain self-efficacy. *The journal of sexual medicine*, 10(8), 2024-2035. doi:10.1111/jsm.12210
- Brauer, M., Le Kuile, M. M., Janssen, S. A., & Laan, E. (2007). The effect of pain-related fear on sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *European Journal of Pain*, 11(7), 788-798. doi:10.1016/j.ejpain.2006.12.006
- Bryant, C., Cockburn, R., Plante, A. F., & Chia, A. (2016). The psychological profile of women presenting to a multidisciplinary clinic for chronic pelvic pain: high levels of psychological dysfunction and implications for practice. *Journal of pain research*, 9, 1049. doi:10.2147/JPR.S115065
- Burri, A., Hilpert, P., & Williams, F. (2020). Pain catastrophizing, fear of pain, and depression and their association with female sexual pain. *The journal of sexual medicine*, 17(2), 279-288. Doi:10.1016/j.jsxm.2019.10.017
- Cano, A., Weisberg, J. N., & Gallagher, R. M. (2000). Marital satisfaction and pain severity mediate the association between negative spouse responses to pain and depressive symptoms in a chronic pain patient sample. *Pain Medicine*, 1(1), 35-43. Doi: 10.1046/j.1526-4637.2000.99100.x

- Cherner, R. A., & Reissing, E. D. (2013). A comparative study of sexual function, behavior, and cognitions of women with lifelong vaginismus. *Archives of sexual behavior*, 42(8), 1605-1614. Doi:10.1007/s10508-013-0111-3
- Chisari, C., Monajemi, M. B., Scott, W., Moss-Morris, R., & McCracken, L. M. (2021). Psychosocial factors associated with pain and sexual function in women with Vulvodynia: A systematic review. *European Journal of Pain*, 25(1), 39-50. doi:10.1002/ejp.1668
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. *The Clinical journal of pain*, 28(6), 475-483. doi:10.1097/AJP.0b013e3182385392
- Desrosiers, M., Bergeron, S., Meana, M., Leclerc, B., Binik, Y. M., & Khalifé, S. (2008). PAIN: Psychosexual Characteristics of Vestibulodynia Couples: Partner Solicitousness and Hostility are Associated with Pain. *The journal of sexual medicine*, 5(2), 418-427. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00705.x
- Desrochers, G., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M. J., & Jodoin, M. (2009). Fear avoidance and self-efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked vestibulodynia. *The Clinical journal of pain*, 25(6), 520-527. doi:10.1097/AJP.0b013e31819976e3
- Dones, I., & Levi, V. (2018). Spinal cord stimulation for neuropathic pain: current trends and future applications. *Brain sciences*, 8(8), 138. doi:10.3390/brainsci8080138
- Fall, M., Baranowski, A. P., Fowler, C. J., Lepinard, V., Malone-Lee, J. G., Messelink, E. J., ... & Schumacher, S. (2004). EAU guidelines on chronic pelvic pain. *European urology*, 46(6), 681-689. Doi: 10.1016/j.eururo.2004.07.030
- Glowacka, M., Bergeron, S., Dubé, J., & Rosen, N. O. (2018). When self-worth is tied to one's sexual and romantic relationship: Associations with well-being in couples coping with genito-pelvic pain. *Archives of sexual behavior*, 47(6), 1649-1661. Doi:10.1007/s10508-017-1126-y
- Graziottin, A., & Gambini, D. (2017). Evaluation of genito-pelvic pain/penetration disorder. In *The textbook of clinical sexual medicine* (pp. 289-304). Springer, Cham. Doi: 10.1007/978-3-319-52539-6_20
- Graziottin, A., Gambini, D., & Bertolasi, L. (2015). Genital and sexual pain in women. *Handbook of clinical neurology*, 130, 395-412. doi: 10.1016/B978-0-444-63247-0.00023-7

- Iannetti, G. D., & Mouraux, A. (2010). From the neuromatrix to the pain matrix (and back). *Experimental brain research*, 205(1), 1-12. Doi:10.1007/s00221-010-2340-1.
- Jodoin, M., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M. J., Desrochers, G., & Leclerc, B. (2011). Attributions about pain as predictors of psychological symptomatology, sexual function, and dyadic adjustment in women with vestibulodynia. *Archives of Sexual Behavior*, 40(1), 87-97. Doi:10.1007/s10508-010-9647-7
- Keefe, F. J., & Porter, L. (2007). Pain catastrophizing in the context of satisfaction with spousal responses: New perspectives and new opportunities. doi:10.1016/j.pain.2007.05.016
- L. Dove, Michael W. Wiederman, N. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 67-78. Doi:10.1080/009262300278650
- Lahaie, M. A., Amsel, R., Khalifé, S., Boyer, S., Faaborg-Andersen, M., & Binik, Y. M. (2015). Can fear, pain, and muscle tension discriminate vaginismus from dyspareunia/provoked vestibulodynia? Implications for the new DSM-5 diagnosis of genito-pelvic pain/penetration disorder. *Archives of sexual behavior*, 44(6), 1537-1550. doi:10.1007/s10508-014-0430-z
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*, 281(6), 537-544. doi:10.1001/jama.281.6.537
- 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
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 35-39. Doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira Jr, E. D., ... & Seigraves, T. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 7(4), 1598-1607. Doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x

- Lousberg, R., Schmidt, A. J., & Groenman, N. H. (1992). The relationship between spouse solicitousness and pain behavior: searching for more experimental evidence. *Pain, 51*(1), 75-79. Doi:10.1016/0304-3959(92)90011-Y
- Meana, M., Benuto, L., & Donaldson, R. L. (2009). The relevance of dyspareunia. *Female sexual pain disorders, 9*.
- Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 87*, 168-182. Doi:10.1016/j.pnpbp.2018.01.017
- Muise, A., Bergeron, S., Impett, E. A., Delisle, I., & Rosen, N. O. (2018). Communal motivation in couples coping with vulvodynia: Sexual distress mediates associations with pain, depression, and anxiety. *Journal of Psychosomatic Research, 106*, 34-40. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.01.006
- O. Rosen, N., Santos-Iglesias, P., & Byers, E. S. (2017). Understanding the sexual satisfaction of women with provoked vestibulodynia and their partners: comparison with matched controls. *Journal of sex & marital therapy, 43*(8), 747-759. doi:10.1080/0092623X.2016.1263705
- Pâquet, M., Rosen, N. O., Steben, M., Mayrand, M. H., Santerre-Baillargeon, M., & Bergeron, S. (2018). Daily anxiety and depressive symptoms in couples coping with vulvodynia: Associations with women's pain, women's sexual function, and both partners' sexual distress. *The Journal of Pain, 19*(5), 552-561. doi:10.1016/j.jpain.2017.12.264
- Pazmany, E., Ly, H. G., Aerts, L., Kano, M., Bergeron, S., Verhaeghe, J., ... & Van Oudenhove, L. (2017). Brain responses to vestibular pain and its anticipation in women with Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *NeuroImage: Clinical, 16*, 477-490. Doi: 10.1016/j.nicl.2017.07.017
- Payne, K., Binik, Y., Amsel, R., & Khalifé, S. (2004). Pain in women: An information processing approach to the study of vulvar vestibulitis syndrome. *The Journal of Pain, 5*(3), S3. doi:10.1016/j.jpain.2004.02.549
- 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

- Peters, M. L., Vlaeyen, J. W., & Weber, W. E. (2005). The joint contribution of physical pathology, pain-related fear and catastrophizing to chronic back pain disability. *Pain, 113*(1-2), 45-50. Doi:10.1016/j.pain.2004.09.033
- Rancourt, K. M., Rosen, N. O., Bergeron, S., & Nealis, L. J. (2016). Talking about sex when sex is painful: Dyadic sexual communication is associated with women's pain, and couples' sexual and psychological outcomes in provoked vestibulodynia. *Archives of Sexual Behavior, 45*(8), 1933-1944. Doi:10.1007/s10508-015-0670-6
- 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
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Sadikaj, G., & Delisle, I. (2015). Daily associations among male partner responses, pain during intercourse, and anxiety in women with vulvodynia and their partners. *The Journal of Pain, 16*(12), 1312-1320. doi:10.1016/j.jpain.2015.09.003
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Sadikaj, G., Glowacka, M., Baxter, M. L., & Delisle, I. (2014). Relationship satisfaction moderates the associations between male partner responses and depression in women with vulvodynia: a dyadic daily experience study. *PAIN®, 155*(7), 1374-1383. Doi:10.1016/j.pain.2014.04.017
- 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.pain.2020.01.006
- Rosenblum, A., Marsch, L. A., Joseph, H., & Portenoy, R. K. (2008). Opioids and the treatment of chronic pain: controversies, current status, and future directions. *Experimental and clinical psychopharmacology, 16*(5), 405.
- Santerre-Baillargeon, M., Vézina-Gagnon, P., Daigneault, I., Landry, T., & Bergeron, S. (2017). Anxiety mediates the relation between childhood sexual abuse and genito-pelvic pain in adolescent girls. *Journal of sex & marital therapy, 43*(8), 774-785. Doi:10.1080/0092623X.2016.1266539
- Salvetti, M. D. G., & Pimenta, C. A. (2005). Chronic pain self-efficacy scale portuguese validation. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), 32*(4), 202-210. Doi:10.1590/S0101-60832005000400002

- Sorensen, J., Bautista, K. E., Lamvu, G., & Feranec, J. (2018). Evaluation and treatment of female sexual pain: a clinical review. *Cureus, 10*(3).doi:10.7759/cureus.2379
- Spoelstra, S. K., Weijmar Schultz, W. C., Reissing, E. D., Borg, C., & Broens, P. M. (2019). The distinct impact of voluntary and autonomic pelvic floor muscles on genito-pelvic pain/penetration disorder. *Sexual and Relationship Therapy, 34*(4), 462-472. Doi: 10.1080/14681994.2018.1442568
- Svedhem, C., Eckert, G., & Wijma, B. (2013). Living with genito-pelvic pain/penetration disorder in a heterosexual relationship: An interpretative phenomenological analysis of interviews with eight women. *Sexual and Relationship Therapy, 28*(4), 336-349. Doi:10.1080/14681994.2013.844785
- Turk, D. C. (2003). Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients. *Regional Anesthesia & Pain Medicine, 28*(6), 573-579. Doi: 10.1016/S1098-7339(03)00392-4
- Vambheim, S. M., & Øien, R. A. (2017). Sex differences in fear of pain: Item-level analysis of the Fear of Pain Questionnaire III. *Journal of pain research, 10*, 825. doi:10.2147/JPR.S128850
- Vandyken, C., & Hilton, S. (2017). Physical therapy in the treatment of central pain mechanisms for female sexual pain. *Sexual medicine reviews, 5*(1), 20-30. Doi:10.1016/j.sxmr.2016.06.004
- West, S. L., Vinikoor, L. C., & Zolnoun, D. (2004). A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. *Annual Review of Sex Research, 15*(1), 40-172.
- Yong, P. J. (2017). Deep dyspareunia in endometriosis: a proposed framework based on pain mechanisms and genito-pelvic pain penetration disorder. *Sexual medicine reviews, 5*(4), 495-507. doi:10.1016/j.sxmr.2017.06.005

ANEXO A: Protocolo



Dor Sexual Feminina: o papel do medo da dor, autoeficácia e percepção da resposta do parceiro face à dor

Documento informativo

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar o papel do medo da dor, da autoeficácia e da percepção da resposta do companheiro face à dor, em mulheres que experienciem ou já tenham sentido dor sexual. Assim pretende-se compreender de que forma é que estas variáveis influenciam a dor sexual feminina de modo a contribuir para uma melhor definição e conceptualização da dor sexual, e consequentemente, contribuir para o aperfeiçoamento do seu diagnóstico clínico e tratamentos especializados para a problemática.

Tendo em conta o conteúdo e a natureza pessoal do presente estudo, não são pedidas qualquer tipo de informações que permitam identificar a participante. Do mesmo modo, a participação é totalmente voluntária, para além de lhe ser garantida a possibilidade de DESISTÊNCIA, em qualquer momento do preenchimento do questionário, se assim o entender.

Para que o estudo seja o mais fiel à realidade atual, pedimos-lhe que responda com genuinidade e veracidade.

Para o efeito, solicitamos a colaboração de mulheres com mais de 18 anos que experienciem, ou eventualmente já tenham sentido dor sexual. Ao longo do preenchimento do questionário poderá sentir dificuldade em algumas questões. Contudo, seria importante que respondesse às mesmas, dando sempre a resposta que lhe pareça ser mais adequada. Agradecemos que tente responder a todas as questões, assegurando-se que não deixa nenhuma questão em branco.

O questionário é individual, devendo ser respondido de forma autónoma.

De salientar que o presente estudo foi APROVADO pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica.

Para qualquer tipo de esclarecimento, dúvidas ou pedido de informações adicionais, pode entrar em contacto através do email a21805887@mso365.ulp.pt e/ou p901895@ulp.pt.

*Nota: No caso de sentir desconforto emocional significativo ou necessitar acompanhamento psicológico, por favor contacte o(s) investigador(es) para o devido encaminhamento clínico

Consentimento Informado

Concordo em participar no estudo acerca da “Dor Sexual Feminina: o papel do medo da dor, autoeficácia e percepção da resposta do parceiro face à dor”, integrado na dissertação de mestrado, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pela aluna Francisca Teixeira, 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 primordiais do estudo, além de me ter sido garantida a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem nenhum tipo de risco.

A minha identidade nunca será revelada e os dados fornecidos se manterão confidenciais. Concordo que os mesmos sejam analisados pelos investigadores responsáveis pelo estudo.

Foi-me ainda informado que este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica. Concordo e autorizo que os dados do questionário preenchido sejam utilizados para fins de investigação pelos dois investigadores principais. *

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

Questionário Introdutório Geral (Oliveira, Vilarinho & Nobre, 2011)**Data****Idade** anos**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:

- Desempregada
- Reformada
- Estudante
- Ativa (especifique, por favor)

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, selecione o número correspondente à sua escolha):

- Exclusivamente heterossexual
- 1 2 3 4 5
-
- Exclusivamente homossexual

Religião: Não Sim Se respondeu sim, por favor especifique qual: **Qual o grau em que considera ser praticante? (selecione o número correspondente à sua escolha):**

	1	2	3	4	5	
Muito pouco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muitíssimo

Origem ou etnia: Caucasiana/ branca Negra Asiática Latino-americana Outra: **Saúde****Assinale a opção correspondente à sua resposta**

	Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito mau
De um modo geral, como avalia o seu estado de saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De um modo geral, como avalia o estado de saúde do/a seu/sua companheiro/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Problemas de Saúde

De entre os problemas médicos seguintes, assinale, por favor, a(s) que tem ou já teve no passado. Se apresentar outros problemas médicos, indique-os, por favor, no espaço correspondente. Caso não tenha nenhum problema médico, assir com uma cruz em "nunca".

Condição médica

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

Problemas de Saúde

De entre os problemas médicos seguintes, escreva, por favor, do(s) que tem ou já teve no passado, a partir de quando se iniciou(aram).

Condição médica

	Data de início (aproximadamente há...)
Acidente vascular cerebral	<input type="text"/>
Alergias	<input type="text"/>
Arteriosclerose	<input type="text"/>
Ansiedade	<input type="text"/>
Depressão	<input type="text"/>
Diabetes	<input type="text"/>
Doença cardiovascular	<input type="text"/>
Doença neurológica	<input type="text"/>
Doença oncológica (cancro)	<input type="text"/>
Doenças dos ossos/ articulações	<input type="text"/>
Infeções sexualmente transmissíveis (link 1)	<input type="text"/>
Dores de cabeça crónicas/enxaquecas	<input type="text"/>
Endometriose	<input type="text"/>
Epilepsia	<input type="text"/>
Excesso de colesterol	<input type="text"/>
Fibromialgia	<input type="text"/>
Hipertensão arterial	<input type="text"/>
Hipotensão arterial	<input type="text"/>
Problemas de tiróide	<input type="text"/>
Síndrome de fadiga crónica	<input type="text"/>
Síndrome do cólon irritável	<input type="text"/>
Abuso de álcool/drogas	<input type="text"/>
Asma	<input type="text"/>
Anemia	<input type="text"/>
Doenças de pele	<input type="text"/>
Dor Crónica	<input type="text"/>

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

- 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.

- Anorexiantes
- Antidepressivos
- Antihipertensores
- Antipsicóticos/ Neurolépticos
- Benzodiazepinas
- Cardiotônicos
- Diuréticos
- Sedativos
- Terapêutica de substituição hormonal (TSH)
- Vasodilatadores
- Não tomo nenhum medicamento
- 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.

--

História Familiar

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

	Tipo de Doença	Grau de Parentesco	Idade do Diagnóstico
Cancro (indique o tipo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hipertensão	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doenças Cardíacas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diabetes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Acidente Vascular Cerebral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doença Mental (indique o tipo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Abuso de álcool/drogas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glaucoma	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Doença sanguínea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dor Crónica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Outra (por favor, especifique)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

História da Dor

1. Sente dor na zona genital quando tem relações sexuais?

- Raramente
 Poucas vezes
 Algumas vezes
 Frequentemente
 Quase sempre

2. Desde quando apresenta estes sintomas? (Indique em anos e meses)

3. Algum profissional de saúde explicou-lhe 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? (Indique em anos e meses)

6. Desde que começou a sentir dor, sentiu que os seus sintomas:

- diminuíram 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?

Page 10

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

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:

Clitoris	<input type="text"/>
Grandes Lábios	<input type="text"/>
Pequenos lábios	<input type="text"/>
Uretra	<input type="text"/>
Entrada vaginal	<input type="text"/>
Outro (por favor, especifique)	<input type="text"/>

13. É frequente a dor irradiar-se para outras áreas?

- sim
- não

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

- Sem tensão
- Pouca tensão
- Alguma tensão
- Tensão moderada
- Tensão elevada

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 aquando a tentativa de manter relações sexuais ou penetração vaginal com o/a seu/sua parceiro/a?

- Nenhum
- Pouco
- Algum
- Moderada
- Elevado

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?
- b. Que valor atribui aos habituais sintomas de dor provocada?
- c. Que valor atribui aos seus piores sintomas de dor não-provocada?
- d. Que valor atribui aos habituais sintomas de dor não-provocada?

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

- Constantes/sempre 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 0	1	2	3	Completamente Satisfeita 4
Em relação à ajuda prestada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em relação ao suporte prestado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

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

	Nada Limitado	Limitado	Extremamente Limitado
Exercício aeróbico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidar dos filhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolha de roupa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar de bicicleta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emprego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarefas domésticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atividade sexual sem penetração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atividade sexual com penetração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estar sentada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar tampões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exame ginecológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar a pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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?

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 impedem 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 condiçã

0 = Inexistente

10 = completo

Por favor, escolha ... ▼

16. Considera que tem mais algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual?

sim

não

Se respondeu sim, 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 sim, a que nível considera que existe esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções de resposta)

- Desejo
- Disfunção erétil
- Ejaculação prematura
- Ejaculação retardada ou diminuída
- Dor
- Aversão
- Excitação
- Lubrificação
- Orgasmo
- Vaginismo

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.

- 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?

- sim
- não

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?

- sim
- não

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. Experiencia 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

16. Quando é que realizou o último exame de Papanicolau? (mês/ano)

17. 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	<input type="text"/>
Cesarianas planeadas	<input type="text"/>
Cesarianas de emergência	<input type="text"/>
Partos vaginais	<input type="text"/>
Número de nados vivos	<input type="text"/>
Abortos espontâneos	<input type="text"/>
Interrupções Voluntárias da Gravidez	<input type="text"/>

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	Nunca usei
Pílula Contraceptiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preservativo Masculino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preservativo Feminino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DIU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anel vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implante subdérmico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espemicidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Métodos naturais (calendário, temperatura)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pílula Contraceptiva

Idade da primeira toma

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

A. DESCREVA O TIPO DE DORES QUE SENTIU AO LONGO DA ÚLTIMA SEMANA.

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

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”. Coloque o traço vertical (|), na posição que melhor descreve a sua dor ao longo da última semana.

Sem dor A pior dor possível

C. INTENSIDADE ACTUAL DA DOR

- Sem dor
- Ligeira
- Moderada
- Forte
- Muito forte
- Insuportável

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

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/sempr
- 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

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante qualquer atividade ou relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre/sempr
- 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

4. Como classifica o seu nível (grau) de excitação sexual durante qualquer atividade ou relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

5. Qual a sua confiança em conseguir excitar-se durante qualquer atividade ou relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Confiança muito elevada
- Confiança elevada
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa/nenhuma

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante qualquer atividade ou relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre/sempr
- 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

7. Com que frequência ficou lubrificada durante qualquer atividade ou relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre/sempr
- 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 durante qualquer atividade ou relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação até ao fim da atividade ou relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Quase sempre/sempr
- 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

10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim de qualquer atividade ou relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

11. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- Não tive atividade 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

12. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, qual a dificuldade que teve em atingir o orgasmo (clímax)?

- Não tive atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante qualquer atividade ou relação sexual?

- Não tive atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Iguamente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Qual o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a atividade sexual?

- Não tive atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

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

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

17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempr
- 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/hunca

18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempr
- 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/hunca

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

20. Com que frequência a contração dos músculos da sua vagina dificultou ou impediu a penetração do pênis 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

Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor - Versão Feminina

**Em geral, como é que o seu parceiro/a responde à sua dor durante ou depois da relação sexual?
Ele.../Ela...**

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Coloca à minha disposição lubrificante, um gel anestésico ou outra forma de alívio da dor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pergunta-me como pode ajudar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sugere que paremos a atividade sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Conforta-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sugere que deixemos de ter relações sexuais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sugere ligar a televisão ou dormir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Mostra-me a sua irritação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mostra-me a sua frustração.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mostra-me a sua fúria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ignora-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tenta envolver-me na atividade sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Fala comigo sobre qualquer outra coisa para me distrair da dor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Incentiva o meu envolvimento em práticas sexuais não dolorosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Faz alguma coisa para me ajudar a focar nas sensações de prazer em vez da dor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Demonstra felicidade por eu me envolver em atividade sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Abraça-me ou beija-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Diz que me ama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Diz-me coisas simpáticas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sorri.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Diz-me que lhe estou a dar prazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Questiona a minha capacidade para me envolver em atividade sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Diz-me para abrandar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Avisa que me posso realmente magoar-me por me envolver em atividade sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Demonstra preocupação comigo por eu ter atividade sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fear of Pain Questionnaire

As frases listadas abaixo descrevem experiências dolorosas. Por favor, leia cada frase e pense quanto MEDO tem ao experienciar a DOR associada a cada frase. Se nunca experienciou a DOR descrita numa frase particular, por favor, responda com base no que esperaria sentir se tivesse tal experiência. Indique uma pontuação para cada frase, de forma a assinalar o MEDO A DOR em relação a cada um dos eventos.

	Não de todo	Um pouco	Uma quantidade razoável	Muito	Extremo
	1	2	3	4	5
1. Ter um acidente de automóvel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Morder a língua enquanto come.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Partir um braço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Cortar a sua língua ao lamber um envelope.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ser atingido/a por um objeto pesado na cabeça.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 6. Partir uma perna. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Bater com um osso sensível do cotovelo "choque no cotovelo". | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Tirar sangue com uma agulha endovenosa. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Alguém a bater com uma porta de carro pesada na sua mão. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Cair de um lance de escadas de cimento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Receber uma injeção no braço. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Partir o pescoço. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Receber uma injeção na anca/nádegas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Ter uma lasca profunda na planta do pé examinada e removida com uma pinça. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Ter um oftalmologista a remover uma partícula estranha presa no seu olho. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Receber uma injeção na sua boca.. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Ser queimado/a na face com um cigarro aceso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Cortar o dedo com papel. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Receber pontos no lábio. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Ter um podologista a remover uma verruga do seu pé com um instrumento afiado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Beber um gole de uma bebida quente antes de ter arrefecido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Ter uma doença terminal que lhe causa dor diária. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Tirar um dente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Vomitar repentinamente por causa de uma intoxicação alimentar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Ter areia ou pó dentro dos olhos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Ter um dente broqueado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Ter uma cáibra muscular. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Escala de Autoeficácia para a Dor Sexual

Subescala de autoeficácia: dor

Gostaríamos de saber o impacto que a presença de dor, durante a relação sexual, tem em si. Para cada uma das seguintes questões indique, por favor, o número que melhor corresponde à sua certeza de que consegue realizar as seguintes atividades, no momento presente:

1. Quão certa está de que consegue diminuir, pelo menos, um pouco a sua dor?

10 - Muito incerta 20 30 40 50 - Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

2. Quão certa está de que consegue continuar com a sua atividade sexual?

10 - muito incerta 20 30 40 50 - Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

3. Quão certa está de que consegue impedir que a dor, sentida durante a atividade sexual, interfira na sua relação amorosa?

10 - Muito incerta 20 30 40 50 - Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

4. Quão certa está de que consegue reduzir a sua dor para uma intensidade leve a moderada, durante a atividade sexual, usando métodos não cirúrgicos?

10 - muito incerta 20 30 40 50 - Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

5. Quão certa está de que consegue reduzir de forma bastante significativa a sua dor, durante a atividade sexual, usando métodos não cirúrgicos?

10 - Muito incerta 20 30 40 50 - Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

Subescala de autoeficácia: função

Gostaríamos de saber o seu grau de confiança na realização de determinadas atividades. Para cada uma das seguintes questões indique, por favor, o número que melhor corresponde à sua certeza de que consegue executar essas atividades, no presente momento. Por favor, considere o que consegue incluir na sua rotina habitual e não o que exigiria um esforço extraordinário da sua parte.

NESTE MOMENTO, QUÃO CERTA ESTÁ DE QUE CONSEGUE:

1. Ter relações sexuais com penetração vaginal parcial.

10 - Muito incerta 20 30 40 50 - Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

2. Ter relações sexuais com penetração vaginal total, sem movimento.

10 - Muito incerta 20 30 40 50- Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

3. Ter relações sexuais com penetração vaginal total, com movimento.

10 - Muito incerta 20 30 40 50- Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

4. Inserir/remover um tampão.

10 - Muito incerta 20 30 40 50- Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

5. Realizar um exame ginecológico completo.

10 - Muito incerta 20 30 40 50- Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

6. Introduzir um dedo na vagina.

10 - Muito incerta 20 30 40 50- Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

7. O seu parceiro/a introduzir um dedo na sua vagina.

10 - Muito incerta 20 30 40 50- Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

8. O seu parceiro/a estimular manualmente os seus órgãos genitais.

10 - Muito incerta 20 30 40 50- Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

9. O seu parceiro/a estimular oralmente seus órgãos genitais.

10 - Muito incerta 20 30 40 50- Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

Subescala de autoeficácia: outros sintomas

Nas questões seguintes, gostaríamos de saber como se sente em relação à sua capacidade para controlar a sua dor durante a actividade sexual. Para cada uma das questões, indique o número que corresponde à certeza de que consegue executar as atividades, no momento presente.

1. Quão certa está de que consegue controlar o seu desejo e excitação sexuais?

10 - Muito incerta 20 30 40 50- Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

2. Quão certa está de que consegue regular a sua atividade sexual, mantendo-se activa e sem agravar a sua dor?

10 - Muito incerta 20 30 40 50 - Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

3. Quão certa está de que pode fazer algo para se sentir melhor perante o desânimo relativo à dor presente durante a atividade sexual?

10 - Muito incerta 20 30 40 50 - Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

4. Em comparação com outras mulheres que sofrem de dor sexual, quão certa está de que pode controlar a sua dor genital durante a sua atividade sexual?

10 - Muito incerta 20 30 40 50 - Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

5. Quão certa está de que consegue lidar com a dor presente durante a actividade sexual, e outros sintomas associados, e realizar as actividades que habitualmente gosta de fazer, bem como vestir o que gosta?

10 - Muito incerta 20 30 40 50 - Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa

6. Quão certa está de que consegue lidar com os níveis de frustração associadas à presença de dor durante a atividade sexual?

10 - Muito incerta 20 30 40 50 - Moderadamente Incerta 60 - Moderadamente Incerta 70 80 90 100 - Muito Certa