



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
DO PORTO

Diana Alexandra Pinto Ferreira

**Dor Sexual Feminina: Variáveis Sociodemográficas e Biopsicossociais
Associadas**

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Cátia Oliveira

Novembro, 2019



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
DO PORTO

Diana Alexandra Pinto Ferreira

**Dor Sexual Feminina: Variáveis Sociodemográficas e Biopsicossociais
Associadas**

Dissertação de mestrado
Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia
26/11/2019, perante o júri seguinte:

Presidente: Prof. Doutor Diogo Lamela

Arguente: Prof. Doutor Ricardo Pinto

Orientadora: Prof^a. Doutora Cátia Oliveira

Novembro, 2019

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

Agradecimentos

À Prof. ^a Dr^a Cátia Oliveira, agradeço o seu constante interesse, disponibilidade e supervisão científica da presente dissertação. Agradeço, também, todas as suas palavras motivadoras que me deram força em momentos mais difíceis.

A todos os docentes da ULP que me acompanharam ao longo de todo o meu percurso académico, o meu muito obrigada! Obrigada especialmente por terem feito parte do meu crescimento profissional e pessoal.

Agradeço a todas as participantes pela forma paciente e interessada com que preencheram o longo protocolo, pelas sugestões dadas e pelo voto de confiança na partilha de experiências pessoais.

Agradeço, igualmente, a todas as outras pessoas que também colaboraram para o seguimento do presente estudo, especialmente com a divulgação e partilha do estudo *online*.

Gostaria de agradecer à minha família e amigos, por toda a energia transmitida, carinho, partilha e sentimento de pertença.

Aos meus pais, Fernanda e José, agradeço pelo apoio e amor incondicional, por nunca me deixarem desistirem e me apoiarem em todas as minhas decisões.

Ao meu namorado Vítor, pelo amor incondicional, por todos os sorrisos e abraços e pela paciência nos momentos mais desgastantes deste percurso. Agradeço, ainda, por me permitir ser “Eu”, com as minhas virtudes e defeitos e por me fazer feliz.

Às minhas amigas, Mariana e Vera, que me acompanharam desde o início do meu percurso académico, o meu muito obrigada pela partilha de experiências, pelo verdadeiro companheirismo, pelas conversas e desabafos.

Por fim, mas não menos importante, à Cláudia, companheira e melhor amiga nos últimos 12 anos da minha vida, agradeço por esta longa e desafiante jornada de 5 anos, pelas horas infinitas de conversa, pela mútua compreensão e apoio.

A todos os que direta ou indiretamente fizeram parte desde meu percurso, o meu sincero

Muito Obrigada !

Resumo

A dor sexual pode ser definida como uma dor persistente que afeta muitas mulheres na sua atividade sexual sendo, frequentemente, de natureza crónica. Apesar de a crescente investigação demonstrar que este é um fenómeno influenciado por fatores biológicos, mas também, por fatores psicossociais, muitos profissionais de saúde continuam a apresentar uma visão redutora e excessivamente medicalizada do mesmo. São assim cada vez mais os argumentos de que a dor sexual é melhor explicada através de uma perspetiva biopsicossocial.

O presente estudo teve como objetivo explorar diferentes variáveis biopsicossociais e sociodemográficas como variáveis médicas, variáveis relacionadas com o fenómeno da dor, atividade sexual, gravidez e contraceção em mulheres com dor sexual. Foi avaliada, ainda, a influência do *mindfulness*, dos pensamentos automáticos negativos e do funcionamento sexual em mulheres com dor sexual, comparando-as com mulheres da população geral.

A amostra foi recolhida através de questionários *online*, a nível nacional e internacional. Participaram no presente estudo um total de 254 mulheres: 82 mulheres com dor sexual e 172 mulheres da população geral.

Os resultados demonstraram que as mulheres com dor sexual apresentaram mais problemas de saúde física e psicológica, mais partos vaginais, e maior uso de contraceptivos orais. Este mesmo grupo demonstrou também uma menor capacidade para ser *mindful* em contexto sexual, mais pensamentos automáticos negativos de fracasso/desistência, uma maior escassez de pensamentos eróticos e um menor funcionamento sexual quando comparado com as mulheres da população geral. Mulheres de outras nacionalidades não apresentaram diferenças das mulheres portuguesas ao nível das variáveis psicossociais, nomeadamente na capacidade para ser *mindful*, na presença de pensamentos automáticos e no funcionamento sexual. Contudo, apresentaram mais problemas de saúde e limitações na vida diária, do que mulheres portuguesas.

Estes resultados confirmam, assim, a importância das diferentes variáveis sociodemográficas e biopsicossociais na experiência de dor sexual, reforçando a necessidade de uma compreensão e avaliação mais alargadas de problemas desta natureza e conduzindo, assim, à necessidade de mudança de atitudes de diferentes profissionais de saúde.

Palavras-chave: dor sexual, variáveis sociodemográficas, variáveis médicas/biológicas, gravidez e pós-parto, psicopatologia, pensamentos sexuais, funcionamento sexual, *mindfulness*.

Abstract

Sexual pain can be defined as persistent pain that affects many women in relation to sexual activity and is often chronic in nature. Although growing research shows that this phenomenon is influenced by biological and psychosocial factors, many health professionals continue to have a reductive and overly medicalized view of it. Although, it is increasingly argued, that sexual pain is best explained through a biopsychosocial perspective.

The present study aimed to explore different biopsychosocial and sociodemographic variables for women with sexual pain: such as medical, pain, sexual activity, pregnancy and contraception-related ones. Furthermore, the influence of mindfulness, negative automatic thoughts and sexual functioning was analyzed, comparing women with sexual pain and female general population.

The sample was collected through online questionnaires, nationally and internationally. A total of 254 women participated in the present study: 82 women with sexual pain and 172 women from the general population.

Results show, that women with sexual pain have more physical and psychological health problems, more vaginal births, more oral contraceptive use, less ability to be mindful in a sexual context, more negative automatic thoughts of failure/withdrawal, greater scarcity of erotic thoughts and poor sexual functioning compared to women in the general population. Women of other nationalities do not differ from portuguese women in terms of psychosocial variables, namely in their ability to be mindful, as well as in regard to their automatic thoughts and sexual functioning. However, they indicate more health problems and limitations in daily life than portuguese women.

The results demonstrate the importance of different sociodemographic and biopsychosocial variables in the experience of sexual pain, reinforcing the need for a broader understanding and assessment of problems of this nature and thus leading to the need for changing attitudes of different health professionals.

Keywords: sexual pain, sociodemographic variables, medical/ biological variables, pregnancy and postpartum, psychopathology, sexual thoughts, sexual functioning, mindfulness.

Índice Geral

Índice de Tabelas	2
Introdução	3
1. Definição e classificação da Dor Sexual	3
2.Epidemiologia.....	4
3.Etiologia	5
3.1.Fatores Biológicos/ Médicos e Dor Sexual	6
3.2.Dor Sexual Durante a Gravidez e Após o Parto	6
3.3.Psicopatologia e Dor Sexual.....	7
3.4.Fatores Cognitivos e Dor Sexual	8
3.5.Funcionamento Sexual e Dor Sexual.....	9
3.6. <i>Mindfulness</i> e Dor Sexual.....	10
4.Objetivos e Questões de Investigação	11
5.Metodologia.....	11
5.1.Participantes	11
5.2.Procedimentos	14
5.3.Instrumentos	15
5.3.1. Questionário Introdutório Geral	15
5.3.2. Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI).....	16
5.3.3. Questionário de Modos Sexuais (QMS)	16
5.3.4. Sexual Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-S)	17
5.4.Análise Estatística de Dados.....	17
6.Resultados	18
6.1. Caracterização Sociodemográfica das Mulheres com Dor Sexual.....	18
6.2. Diferenças Sociodemográficas e Biopsicossociais entre Mulheres com Dor sexual e Mulheres da População Geral	19
6.3. Diferenças Sociodemográficas e Biopsicossociais entre Mulheres com Dor sexual Portuguesas e de Outras Nacionalidades.....	22
7.Discussão	26
7.1.Limitações e Sugestões para Estudos Futuros	30
Referências bibliográficas.....	31

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1. Principais características sociodemográficas do grupo com dor sexual e população geral (n=254).</i>	<i>13</i>
<i>Tabela 2. Principais características sociodemográficas dos grupos com dor sexual nacional e internacional (n=82).</i>	<i>14</i>
<i>Tabela 3. Facetas do Mindfulness em função do grupo de mulheres com dor sexual e do grupo de mulheres da população geral (n=182).</i>	<i>21</i>
<i>Tabela 4. Dimensões do funcionamento sexual em função do grupo de mulheres com dor sexual e do grupo de mulheres da população geral (n=182).</i>	<i>21</i>
<i>Tabela 5. Pensamentos automáticos negativos em contexto sexual em função do grupo de mulheres com dor sexual e do grupo de mulheres da população geral (n=182).....</i>	<i>22</i>
<i>Tabela 6. Problemas de saúde em função do grupo de mulheres com dor sexual portuguesas e do grupo de mulheres com dor sexual de outras nacionalidades (n=82)....</i>	<i>23</i>
<i>Tabela 7. Limitações na vida diária em função do grupo de mulheres com dor sexual portuguesas e do grupo de mulheres com dor sexual de outras nacionalidades (n=82)....</i>	<i>24</i>
<i>Tabela 8. Facetas do Mindfulness em função do grupo de mulheres com dor sexual portuguesas e do grupo de mulheres com dor sexual de outras nacionalidades (n=82)....</i>	<i>25</i>

Introdução

A dor sexual tem sido um importante alvo de estudo nos últimos anos, no que diz respeito às suas características e respetivo tratamento. Contudo, é ainda uma temática pouco debatida pelos profissionais de saúde, mesmo causando um impacto significativo na vida de muitas mulheres. Apesar do crescente interesse por esta questão, continuam a ser vários os testemunhos de mulheres com dor sexual que apresentam um diagnóstico errado (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018; Robinson et al., 2005).

Sabe-se que a dor sexual é influenciada por um conjunto variado de fatores biológicos, mas também, de ordem psicossocial, mesmo não havendo ainda uma total clareza do papel que as mesmas exercem no desenvolvimento e manutenção da dor sexual (Jensen et al., 1994). Desta forma, esta problemática continua a ser encarado por muitos profissionais de saúde como algo que implica obrigatoriamente a presença de uma lesão (Jensen et al., 1994). Assim, para uma compreensão mais alargada e pormenorizada desta condição parece pertinente uma análise da mesma à luz de uma perspetiva biopsicossocial (Gatchel et al., 2007).

1. Definição e Classificação da Dor Sexual

A dor sexual pode ser definida como um sintoma geral de dor persistente que afeta muitas mulheres nas relações sexuais e é, frequentemente, de natureza crónica. Contudo, a sua vivência varia de pessoa para pessoa, existindo diferentes níveis de impacto no funcionamento emocional, motivacional, interpessoal e físico (Fry, Crisp, Beard, & McGuigan, 1993).

Até ao surgimento da última versão do Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais (DSM-V; APA, 2013), a perturbação de dor sexual dividia-se em duas dimensões clínicas consideradas formalmente distintas: a dispareunia e o vaginismo (APA, 2000). Segundo esta classificação, a dispareunia consistia na ocorrência de uma dor genital persistente ou recorrente associada à atividade sexual, pelo que o vaginismo correspondia a uma contração recorrente ou persistente dos músculos perineais que envolvem o terço externo da vagina (APA, 2000).

Atualmente, estas duas dimensões estão integradas numa só condição clínica designada de perturbação de dor génito-pélvica/penetração (APA, 2013). Segundo o DSM-V (APA, 2013), esta perturbação caraterizar-se pela presença de dificuldades persistentes ou recorrentes em uma ou mais situações, presentes em pelo menos 50% das tentativas de

penetração vaginal, nomeadamente: dificuldade ou incapacidade para ter relação sexual com penetração vaginal, uma intensa dor vulvovaginal ou pélvica, um acentuado medo ou ansiedade acerca da dor vulvovaginal ou pélvica e forte tensão e compressão dos músculos do pavimento pélvico. Estes sintomas persistem por um período mínimo de, aproximadamente, seis meses e causam mal-estar clinicamente significativo à pessoa. Ainda, os sintomas não devem ser melhor explicados por outras perturbações mentais não sexuais ou surgir como consequência de dificuldades relacionais graves ou outras fontes de stress, não sendo igualmente atribuível aos efeitos de uma substância ou a outra condição médica (APA, 2013).

2. Epidemiologia

São ainda poucos os dados epidemiológicos relativos aos vários tipos de disfunção sexual, incluindo da dor sexual. Os que existem mostram uma grande diversidade, conforme os estudos.

Segundo Dias-Amaral & Marques-Pinto (2018), cerca de 14% a 34% das mulheres na pré-menopausa e, 6,5% a 45% das mulheres na pós-menopausa, são afetadas pela dor sexual. Na população portuguesa, cerca de 1.332.000 mulheres (34%) apresentam algum grau de dor ou desconforto durante a relação sexual (Vendeira, et al., 2005).

Num estudo realizado por Cerejo (2006), a dor sexual mostrou estar significativamente relacionada com idades mais jovens (18-25 e 26-35 anos), com uma prevalência de 73,3% para os 18-25 anos e 66,7% para os 26-35 anos. A tendência é para a sua diminuição em função da idade e do nível de habilitações literárias (Laumann, Paik, & Rosen, 1999).

Para além disto, a dispareunia tem maior expressão nas mulheres solteiras (72,1%), seguindo-se-lhes as casadas/em união de facto (55,7%). As separadas são as que têm dor com o coito menos frequentemente (37,5%) (Cerejo, 2006). Quanto menor o número de filhos, maior parece ser a prevalência de dispareunia (Cerejo, 2006). Ainda, a maioria das mulheres que sofrem de dor sexual são heterossexuais (Vendeira, et al., 2005).

Por fim, a associação entre raça e etnia e problemas sexuais é mais variável. No entanto, alguns estudos indicam que, as mulheres brancas têm mais probabilidade de ter dor sexual do que as mulheres negras (Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Vendeira, et al., 2005).

3. Etiologia

Muitos são os fatores apontados pela literatura como estando envolvidos na etiologia da dor sexual, nomeadamente fatores de ordem biológica e psicossocial (Pablo & Soares, 2004; Wincze & Carey, 2001).

Relativamente a questões biológicas/ médicas é importante considerar fatores anatómicos, patológicos e iatrogénicos (Pablo & Soares, 2004). Os fatores anatómicos incluem situações congénitas, como malformações genitais, os fatores de ordem patológica incluem estados de doença aguda ou crónica e os fatores iatrogénicos abrangem os resultados de procedimentos médicos que podem também causar dor na relação sexual (Pablo & Soares, 2004).

Para além destes fatores, também alterações hormonais, como a diminuição dos níveis de estrogénio devido ao uso precoce e prolongado de contraceptivos orais, menopausa (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018), tratamentos oncológicos com radiação e remoção dos ovários podem levar à diminuição de lubrificação e, conseqüentemente, provocar irritação e dor durante a penetração (Reamy & White, 1985). Fatores relacionados com a gravidez e o pós-parto podem apresentar, igualmente, uma influência negativa (Ryding, 1984).

Em relação aos fatores psicossociais a presença de estados emocionais negativos como a raiva, depressão, ansiedade ou medo foram associados à dor sexual, bem como fatores individuais como a baixa autoestima e má imagem corporal (Pablo & Soares, 2004). Também, experiências prévias traumáticas de dor ou de abuso sexual, fatores educacionais e culturais, como contributos na formação de crenças erróneas, desinformação acerca da sexualidade e ortodoxia religiosa encontram-se relacionados com as experiências de dor sexual (Pablo & Soares, 2004). Aspectos do relacionamento conjugal como pobre comunicação com o parceiro, baixos níveis de satisfação na relação e fracas expectativas em relação ao futuro da mesma demonstram ter um contributo significativo para as dificuldades sexuais (Pablo & Soares, 2004; Wincze & Carey, 2001).

Em suma, vários fatores mostram-se associados à dor sexual, o que indica que se trata de um quadro clínico bastante heterogéneo e complexo. Seguidamente encontram-se pormenorizados alguns desses fatores.

3.1. Fatores Biológicos/ Médicos e Dor Sexual

São várias as condições biológicas/ médicas que podem estar envolvidas no desenvolvimento e manutenção da dor sexual (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018).

Condições como reações alérgicas, anomalias congénitas (hímen imperfurado, agenesia vaginal, septo vaginal), doença de Crohn, doenças dermatológicas, endometriose, hemorróidas, neoplasia ginecológica, síndrome do intestino irritável, neuropatias, cistite intersticial, disfunção muscular do assoalho pélvico, prolapso genital, doença pélvica inflamatória, trauma perineal, vaginite, neuralgia do nervo pudendo, infeções (herpes, HPV, vaginose), vaginite atrófica e lubrificação inadequada podem estar associadas à dor sexual (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018; Weijenborg, Ter Kuile & Stones, 2009).

Algumas das condições que causam dor sexual são agudas e transitórias, levando à inflamação da pele e da mucosa vulvar, geralmente devido a infeções, como por exemplo herpes genital ou candidíase. Lesões teciduais decorrentes de doenças dermatológicas (líquen plano, líquen escleroso) também podem causar dor sexual, bem como mudanças hormonais, como as que ocorrem na menopausa (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018). Ainda, infeções do trato urinário repetidas e o uso precoce e prolongado de contraceptivos orais também foram associados a essa condição (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018).

3.2. Dor Sexual Durante a Gravidez e Após o Parto

Durante o período de gravidez e após o parto muitas mulheres experienciam problemas relacionados com a sexualidade (Chayachinda, Titapant & Ungkanungdech, 2015; Ryding, 1984; Silva & Figueiredo, 2005).

Durante todo o período de gestação a grávida passa por mudanças a nível biológico, psicológico e social, que a podem predispor à dor sexual, como doenças inflamatórias, infeções vulvovaginais, mudanças anatómicas, estados emocionais negativos, medos, inseguranças, ansiedade, imagem corporal negativa, entre outras (Reamy & White, 1985). Sabe-se que a dispareunia aumenta substancialmente nos dois últimos trimestres de gestação (Oruc et al., 1999, citados por Silva & Figueiredo, 2005). No último trimestre as gestantes encontram-se num período de maior vulnerabilidade, isto porque relatam maior irritabilidade decorrente de contrações uterinas provocadas pelo orgasmo, desconforto experienciado nas posições de coito, percepção subjetiva de escassa atratividade física e descontentamento pela percepção de falta de satisfação por parte do parceiro (Silva & Figueiredo, 2005).

No pós-parto, muitas mulheres, principalmente as primíparas experienciam dor sexual (Chayachinda, Titapant & Ungkanungdech, 2015; Eid, et al., 2015; Oruc, et al., 1999, citados por Silva & Figueiredo, 2005). A dispareunia pode perdurar alguns meses após o parto, podendo afetar outros domínios da função sexual, sendo que mais de 60% das mulheres relataram perda de interesse nas relações sexuais, mais de 50% relataram falta de lubrificação e 44% relataram dor durante a relação (McDonald, Woolhouse & Brown, 2015). Ainda assim, esta tende a diminuir drasticamente de 30,1% aos 3 meses para 2,3% aos 6 meses e 1,2% aos 12 meses (Chayachinda, Titapant & Ungkanungdech, 2015).

Segundo alguns autores, a dispareunia após o parto foi associada ao parto vaginal, sendo que a incidência desta é maior em mulheres que foram sujeitas à episiotomia (Chayachinda, Titapant & Ungkanungdech, 2015; Eid, et al., 2015; Ryding, 1984), laceração perineal ou parto com fórceps e ventosa (Ryding, 1984).

No que diz respeito à associação entre dor sexual e amamentação, o estudo de Silva & Figueiredo (2005) concluiu que 36% das mulheres que se encontram em período de amamentação sofrem de dor sexual. Contudo, um estudo mais recente de Chayachinda, e colaboradores (2015) não comprovaram esta associação.

3.3. Psicopatologia e Dor Sexual

No decorrer dos últimos anos tem sido notório um crescente interesse relativamente ao papel dos fatores emocionais na sexualidade e mais especificamente no funcionamento sexual (Nobre & Pinto Gouveia, 2006b, 2008a; Vilarinho, 2010). Neste seguimento, a literatura tem demonstrado a presença de psicopatologia, como depressão e ansiedade, em indivíduos com disfunções sexuais (Figueira, Possidente, Marques, & Hayes, 2001; Forbes, et al., 2017; Kwon & Chang, 2013; Vendeira, et al., 2005).

Relativamente à dor sexual, os dados mostram-se contraditórios, ou seja, apesar de alguns estudos não terem revelado taxas de depressão clinicamente significativas em mulheres com dor sexual (Aikens, Reed, Gorenflo & Haefner, 2003; Arnold et al., 2006), outros estudos comprovaram que sintomas depressivos, ansiedade e e somatização são mais evidentes em mulheres com dor, do que em mulheres da população geral (Meana, Binik, Khalife, & Cohen, 1998; Payne et al., 2005; Walker, et al., 1988). A depressão em mulheres com dor sexual funciona como um marcador prospetivo de risco para resultados negativos relacionados à dor, incluindo incapacidade física grave, progressão da doença e falta de melhora após intervenções (Kwon & Chang, 2013).

Segundo o estudo de Walker e colaboradores (1988), os pacientes com dor sexual tiveram uma prevalência significativamente maior de histórias de depressão major e de um episódio depressivo major atual do que os do grupo de controlo. A somatização também foi significativamente mais comum nas mulheres com dor sexual do que no grupo de controlo (Walker, et al., 1988). Meana, Binik, Khalife, & Cohen (1998), afirmam que os sintomas depressivos como a tristeza, anedonia, baixa concentração, fadiga, estão, por seu lado, relacionados com uma maior severidade da dor. Estes autores defendem, portanto, que pessoas com sintomatologia depressiva poderão estar mais predispostas a episódios de dor sexual sem causa orgânica do que pessoas sem sintomatologia depressiva (Meana, Binik, Khalife, & Cohen, 1998).

Para além disto, Fry e colaboradores (1993), concluíram, através do seu estudo, que as mulheres com dor sexual são mais ansiosas do que mulheres sem dor sexual. A ansiedade é uma das variáveis mais referida na literatura como estando associada à dor sexual, talvez devido à possível implicação que esta pode ter ao nível da excitação sexual (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018). Assim, baixos níveis de excitação tanto a nível genital como a nível subjetivo, podem levar a uma baixa lubrificação e/ou a um aumento do tónus muscular na zona pélvica, o que provoca dor durante a penetração sexual (ter Kuile & Weijnenborg, 2006).

3.4. Fatores Cognitivos e Dor Sexual

Os esquemas cognitivos, no âmbito da sexualidade, são definidos como ideias nucleares que os indivíduos têm sobre a sexualidade e sobre si mesmos como seres sexuais (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018). Os esquemas cognitivos são originados através de experiências passadas e refletem-se nas ações atuais, orientando o comportamento sexual futuro. Assim, os esquemas cognitivos podem ser fatores predisponentes para o desenvolvimento de problemas sexuais. Em mulheres com dificuldades sexuais, incluindo dor sexual, há uma ativação significativamente maior de esquemas cognitivos negativos, resultando em baixo envolvimento afetivo, evitamento de intimidade e níveis mais altos de ansiedade. Esses esquemas, uma vez ativados, ocasionam um sistema composto por pensamentos automáticos negativos que as impedem de se concentrar em estímulos eróticos e promovem emoções negativas (tristeza, desilusão, culpa, falta de prazer e satisfação), prejudicando a resposta sexual (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008b). Assim, menos cognições negativas relacionadas à dor e cognições mais positivas relacionadas à atividade sexual estão

associadas a maior satisfação do casal e melhor função sexual (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018).

Os pensamentos automáticos foram definidos por Aaron Beck (1976) como imagens ou cognições que resultam da ativação de esquemas cognitivos em determinados momentos, sendo que esses pensamentos ou imagens refletem o significado que o indivíduo atribui a uma determinada situação (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008b). Exemplos de pensamentos automáticos são “*a penetração é impossível*” ou “*causará sempre dor, e essa dor será insuportável*” (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008b).

Num dos estudos de Nobre e Pinto Gouveia (2008a), mulheres com vaginismo apresentaram níveis mais elevados de pensamentos de fracasso/desistência e ausência de pensamentos eróticos durante a interação sexual, em comparação com mulheres da população geral (Nobre & Pinto Gouveia, 2008a).

3.5. Funcionamento Sexual e Dor Sexual

A problemática da dor sexual interfere acentuadamente com o funcionamento sexual da mulher e é marcada por baixos níveis de satisfação sexual. Neste sentido, é frequente as mulheres com dor sexual revelarem menores níveis de desejo, excitação e prazer sexual, menor frequência de relações sexuais e masturbação, e maior dificuldade em atingir o orgasmo (Reed et al., 2006; Schultz et al., 2005; van Lankveld et al., 1996). Assim, o facto de não haver um envolvimento como desejado na relação sexual faz com que a mulher acabe por sentir culpa e inadequação. Para além disto, também é bastante comum que estas mulheres demonstrem atitudes negativas face ao sexo e dificuldades de relaxamento após as relações sexuais (Reed et al., 2006; Schultz et al., 2005; van Lankveld et al., 1996). Sabe-se que em alguns casos, a dor na relação sexual pode conduzir ao evitamento e descontinuação da atividade sexual (Arnold et al., 2006).

Um estudo de Wouda e colaboradores (1998), comprovou que o baixo nível de excitação sexual em mulheres com dor sexual poderá causar um impacto negativo no funcionamento sexual. Este estudo comparou os níveis de excitação genital e subjetiva perante um estímulo sexual em mulheres sem problemas sexuais e com dispareunia. Os resultados mostraram um aumento da excitação genital nas imagens relacionadas com estimulação oral nos dois grupos, havendo uma diminuição da mesma com a exposição de imagens relacionadas com coito, nas mulheres com dispareunia. Apesar disto, não se verificou um igual decréscimo ao nível da excitação subjetiva. Assim, tendo em conta estes

resultados, os autores consideram que a excitação genital pode ser inibida pela exposição ao estímulo e, por isso, a penetração pode ficar negativamente associada com a dor.

Já o estudo de Brauer, Laan & ter Kuille (2006), apresentou alguns resultados divergentes, demonstrando que mulheres com dispareunia revelam níveis mais elevados de excitação genital na presença de estímulos relacionados com a penetração e níveis mais baixos desta resposta perante as imagens de estimulação oral.

3.6. *Mindfulness* e Dor Sexual

O *mindfulness* corresponde a um construto multifacetado que designa um estado mental caracterizado pela autorregulação e direção, de forma intencional, da atenção para a experiência presente, numa atitude de curiosidade, ampla, tolerante e de aceitação e não-julgamento. Este construto coloca grande ênfase na meditação e implica a descrição das experiências com palavras (Sauer & Baer, 2010). Neste sentido, no *mindfulness* os pensamentos, fantasias, recordações, sensações e emoções são percebidas e aceites (Kabat-Zinn, 1990; Sauer & Baer, 2010).

No contexto da dor sexual, o *mindfulness* é usado de forma a permitir que os sujeitos reconheçam como o processo de julgamento face às suas emoções e pensamentos afeta negativamente os seus sintomas. A presença de estratégias de *mindfulness* no tratamento permite que a mulher aprenda a observar a sua experiência, como a dor, manifestações físicas de ansiedade ou sentimento de vergonha, tristeza e frustração, com menores níveis de julgamento, permitindo a desfusão cognitiva e um maior reconhecimento e aceitação (Rosenbaum, 2013).

Um estudo realizado por Brotto e colaboradores (2012a) concluiu que, muitas das suas participantes com dor sexual melhoraram a sua capacidade em reconhecer os seus pensamentos irracionais acerca de si mesmas e revelaram um aumento da sua autoeficácia, autoestima, autoconfiança, otimismo e diminuição da catastrofização. Estas mudanças permitiram-lhes um maior controlo da sua ansiedade e em adotar um estilo cognitivo menos crítico. Algumas mulheres revelaram, ainda, um aumento da qualidade de vida, por consequência da diminuição dos sintomas relacionados com a dor. Ao nível relacional, verificaram-se melhorias ao nível da comunicação e da intimidade sexual (Brotto, et al., 2012a).

Um estudo mais recente realizado por Brotto e colaboradores (2015) veio consolidar estudos anteriores, ou seja, que o tratamento em mulheres com dor sexual baseado no

mindfulness acarreta melhorias significativas no fenómeno da dor (autoeficácia da dor, catastrofização da dor e hipervigilância da dor), na atividade sexual (ansiedade em relação ao sexo) e na sintomatologia depressiva (Brotto, et al., 2015).

4. Objetivos e Questões de Investigação

O presente estudo teve como objetivo explorar diferentes variáveis biopsicossociais e sociodemográficas como variáveis médicas, variáveis relacionadas com o fenómeno da dor, atividade sexual, gravidez e contraceção em mulheres com e sem dor sexual. Pretendeu-se, ainda, avaliar a influência do *mindfulness*, dos pensamentos automáticos negativos e do funcionamento sexual em mulheres com dor sexual, comparando-as com mulheres da população geral.

Tendo em conta algumas evidências encontradas na literatura relativamente ao papel de determinadas variáveis na dor sexual, propõem-se as seguintes questões de investigação:

1. Quais são as características sociodemográficas e biopsicossociais associadas a mulheres com dor sexual?
2. As mulheres com dor sexual diferem ao nível destas características das mulheres sem dor sexual?
3. Existirão diferenças entre as mulheres portuguesas e mulheres de outros países em relação a estas características?

5. Metodologia

5.1. Participantes

No presente estudo participaram um total de 254 mulheres: 82 mulheres com dor sexual (38 mulheres de nacionalidade portuguesa e 44 mulheres de outras nacionalidades) e 172 mulheres da população geral, sem a presença desta dificuldade (98 mulheres de nacionalidade portuguesa e 74 mulheres de outras nacionalidades). As mulheres de outras nacionalidade foram, maioritariamente, de nacionalidades britânica ($n=15$), norte-americana ($n=14$), indiana ($n=13$) e maltesa ($n=10$). Em pequenas minorias também participaram mulheres de nacionalidades australiana, francesa, sul-americana, italiana, búlgara, paquistanesa e entre outras.

No grupo com dor sexual apenas foram incluídas as participantes que indicaram presença de dor há pelo menos seis meses, com uma frequência igual ou superior a 50% das vezes e com um nível igual ou superior a 50% de desconforto ou mal-estar e interferência na sua vida. No grupo da população geral foram excluídas mulheres que preenchessem os mesmos critérios estabelecidos para o grupo de mulheres com dor sexual.

Relativamente ao grupo com dor sexual, em média, a dor mostrou estar presente desde há 4 anos, sendo que na maioria dos casos não se verificaram alterações nas características dos sintomas (50,6%) ao longo do tempo. A dor provocada (dor com toque direto) teve um grau de intensidade entre 6 e 10 valores em 68,6% dos casos, tendo em conta uma escala de 0 a 10, contrariamente à dor não provocada (dor sem haver toque), em que apenas 21,6% apresentaram a mesma intensidade. Verificou-se que a maioria das mulheres apresenta uma maior frequência de dor na zona da entrada vaginal (87,8%) com uma intensidade média de dor de 6,2 numa escala de 0 a 10 ($DP = 1,32$), seguida da uretra (32,4%) com uma intensidade média de dor de 6,4 ($DP = 1,24$). Um menor número de mulheres referiram a presença de dor no clítoris (14,7%), pequenos lábios (8,2%), grandes lábios (20%) e outras zonas (11,7%) como no interior da vagina, colo do útero e zona perianal. A maioria das mulheres apresentaram níveis moderados (37%) e elevados de mal-estar (42%) e interferência moderada (46,9%) e elevada (25,9%) nas suas vidas devido à presença da dor. Apesar disto, cerca de 85% destas mulheres nunca receberam um diagnóstico clínico, assim como cerca de 81% nunca recorreu a qualquer tipo de tratamento para a dor. Para além do problema de dor, 39,7% apresentam outros problemas de natureza sexual, nomeadamente, problemas de lubrificação (30,5%), desejo (23,2%), orgasmo (12,2%), excitação (11,0%), vaginismo (3,7%) e aversão (1,2%).

No que diz respeito ao grupo de mulheres da população geral, apesar de não apresentarem dor sexual, referem a presença de outros problemas sexuais, nomeadamente dificuldades em atingir o orgasmo (12,2%), desejo (9,1%), excitação (4,6%) e aversão (2%).

Estes dois grupos demonstram ser equivalentes ao nível das principais variáveis sociodemográficas, como a idade ($t(252) = -.706, p = .481$), estado civil ($\chi^2[2] = .324, p = .851$) e habilitações literárias ($U = 6270, p = .115$). As principais características sociodemográficas de ambos os grupos são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Principais características sociodemográficas do grupo com dor sexual e população geral (n=254).

	Grupo Dor Sexual (N=82)		Grupo População Geral (N=172)	
Idade				
<i>M</i>	28.12		27.41	
<i>Min-Máx</i>	19-56		18-61	
<i>DP</i>	7.76		7.36	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Estado civil				
Casada/ UF	27	32.9	55	32.0
Solteira	54	65.9	116	67.4
Viúva	-	-	-	-
Divorciada	1	1.2	1	0.6
Habilitações literárias				
Sem estudos	-	-	-	-
1º ciclo	-	-	1	0.6
2º ciclo	-	-	1	0.6
3º ciclo	1	1.2	1	0.6
Ensino secundário	6	7.3	22	12.8
Licenciatura	40	48.8	88	51.2
Pós-licenciatura	35	42.7	59	34.3

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

Numa fase posterior do estudo, a amostra de mulheres com dor sexual foi subdividida em dois grupos mais específicos, criando-se, assim, um grupo de mulheres de nacionalidade portuguesa e um outro grupo de mulheres com outras nacionalidades.

Estes dois subgrupos demonstram, igualmente, ser equivalentes ao nível das principais variáveis sociodemográficas, como a idade ($t(80) = -.103, p = .918$), estado civil ($\chi^2[2] = 1.569, p = .456$) e habilitações literárias ($U = 650, p = .055$). Ainda, mostram-se equivalentes ao nível da intensidade da dor ($U = 504.5, p = .057$), interferência na vida diária ($U = 641.5, p = .080$) e tempo de duração dos sintomas ($t(73) = -.267, p = .790$). As principais características sociodemográficas de ambos os grupos são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Principais características sociodemográficas dos grupos com dor sexual nacional e internacional (n=82).

	Grupo Dor Sexual Nacional		Grupo Dor Sexual Internacional	
	(N=38)		(N=44)	
Idade				
<i>M</i>	28.03		20.20	
<i>Min-Máx</i>	19-52		19-56	
<i>DP</i>	7.89		7.74	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Estado civil				
Casada/ UF	11	28.9	16	36.4
Solteira	26	68.4	28	63.6
Viúva	-	-	-	-
Divorciada	1	2.6	-	-
Habilitações literárias				
Sem estudos	-	-	-	-
1º ciclo	-	-	-	-
2º ciclo	-	-	-	-
3º ciclo	1	2.6	-	-
Ensino secundário	5	13.2	1	2.3
Licenciatura	19	50	21	47.7
Pós-licenciatura	13	34.2	22	50

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

5.2. Procedimentos

Para a realização do presente estudo foram construídos dois inquéritos *online* (um dirigido exclusivamente a mulheres com dor sexual e outro direccionado a mulheres da população geral) na plataforma *Esurvey Creator*. De forma a assegurar a validade dos dados recolhidos foram aplicadas, ao longo do protocolo, um conjunto de questões de controlo, seguindo-se, desta forma, as recomendações metodológicas e éticas para a investigação *online* da American Psychological Association. Ainda, a plataforma permitiu o controlo das submissões múltiplas.

É de salientar que, não foi atribuída qualquer compensação monetária pela participação no estudo. Recorrendo a uma metodologia de recolha de dados não

probabilística (amostra por conveniência ou acidental com recurso ao método de bola de neve) os *links* dos questionários foram divulgados via e-mail, bem como através das redes sociais, entre Abril de 2019 a Agosto de 2019.

Na primeira página do questionário *online* foi apresentado um documento informativo, em que foram expostos os objetivos do estudo, explicadas as instruções gerais de preenchimento dos questionários, as garantias de anonimato e confidencialidade e a possibilidade de desistência em qualquer momento do preenchimento do questionário. Foi, também, fornecido o *link* a selecionar para participar e disponibilizado o contacto da investigadora principal para esclarecimento de possíveis dúvidas adicionais. Na página seguinte, foi pedido às participantes que declarassem o seu consentimento informado, confirmando o acesso à informação previamente mencionada.

Após a aceitação do consentimento informado, foi apresentado às participantes o protocolo de recolha de dados, composto pelos instrumentos apresentados em seguida.

5.3. Instrumentos

5.3.1. Questionário Introdutório Geral

O questionário introdutório geral (Oliveira, Nobre, & Vilarinho, 2011) é um questionário de autorresposta adaptado do Questionário Sociodemográfico (QSD; Vilarinho e Nobre, 2006), do Formulário de História Médica (FHM; Nobre, 2003), do Questionário de História Médica e Hábitos de Vida (QHMHV; Vilarinho e Nobre, 2007) e do Multidisciplinary Vulvodynia Program (Brotto et al., 2011).

Este questionário permite avaliar variáveis sociodemográficas das participantes como a idade, escolaridade, etnia, profissão, rendimento anual médio, zona e meio de residência, estado civil, duração e tipo de relação com o/a parceiro/a, orientação sexual e religião. Ao nível das variáveis de natureza médica e biológica, que frequentemente surgem associadas à sexualidade feminina, o questionário é composto por questões relacionadas com a perceção subjetiva das condições de saúde, condições de saúde passada e atual, medicação, história de cirurgias e saúde na família.

Relativamente à dor sexual e dor crónica, este questionário permite avaliar diferentes variáveis relacionadas com as suas diferentes dimensões, nomeadamente a localização, frequência, intensidade, nível de desconforto, interferência e outras características da dor. Também a evolução dos sintomas de dor ao longo do tempo, reação psicológica à sua presença, diagnóstico, tratamento e atribuição são exploradas através de questões abertas ou

de alternativa. Por fim, o questionário é constituído por um conjunto de questões relacionadas com a história sexual das participantes, onde são incluídas entre outras, relacionadas com as diferentes disfunções sexuais, questões relacionadas com a história ginecológica, menstruação, gravidez e métodos contraceptivos das participantes.

5.3.2. Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

O FSFI (Rosen et al., 2000; tradução e adaptação de Nobre, 2002) é uma medida de autorresposta constituída por 19 itens (tipo Likert) e que tem como objetivo avaliar o funcionamento sexual feminino e respetivas dimensões nas últimas quatro semanas. A sua cotação permite obter informação respeitante a diferentes dimensões como o interesse sexual/ desejo, a excitação sexual, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação sexual, a dor sexual e também sobre o funcionamento sexual geral, através do somatório total da escala. Valores mais elevados na cotação total do questionário correspondem a um melhor funcionamento sexual.

Em termos de características psicométricas, o instrumento revela uma boa consistência interna, com α de Cronbach superior a .86, uma boa estabilidade temporal ($r = 0.79$ e $r = 0.86$) e uma boa validade discriminante (Rosen et al., 2000). A sua adaptação portuguesa também apresenta características semelhantes, nomeadamente um ($\alpha = .93$) para a escala total, variando entre .88 a .90 para as suas dimensões (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009).

5.3.3. Questionário de Modos Sexuais (QMS)

O QMS (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003a) é um questionário de autorresposta com 33 itens e que pretende avaliar a relação entre pensamentos automáticos, emoções e resposta sexual durante a atividade sexual. A cada um dos 33 pensamentos automáticos corresponde uma emoção e intensidade da resposta sexual. Os participantes respondem com base em duas escalas de *Likert* de 5 pontos para os pensamentos e para a intensidade da resposta sexual, assinalando igualmente a(s) emoção(ões) correspondente(s). No presente estudo será apenas utilizada a subescala dos pensamentos automáticos, nomeadamente as dimensões de pensamentos de fracasso/desistência e escassez de pensamentos eróticos. No geral, este questionário apresenta boas características psicométricas com uma boa consistência interna (α de Cronbach = .87), uma boa correlação teste-reteste ($r = .95$) e uma boa validade discriminante (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003a). Mais especificamente, foram encontrados

valores de α de Cronbach de .82 e .74 para as dimensões de pensamentos de fracasso e escassez de pensamentos eróticos, respetivamente.

5.3.4. Sexual Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-S)

O Sexual Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-S) (Adam, Heeren, Day & de Sutter, 2015) mede o funcionamento sexual das mulheres, fornecendo uma medida válida das capacidades de atenção sexual. Esta escala divide-se em cinco facetas que incluem as competências de observação (observar ou perceber estímulos internos e externos durante o sexo, como sensações, emoções, cognições, visões, sons e cheiros), descrição (anotando ou rotulando mentalmente esses estímulos com palavras), agir com consciência (atendendo às suas atuais ações sexuais, em oposição a se comportar de forma automática ou distraída), não julgamento da experiência interior (abstendo-se de avaliar as sensações, cognições e emoções durante a atividade sexual) e não reatividade à experiência interior (permitindo que pensamentos e emoções surjam durante a atividade sexual, sem que a atenção se direcione para eles).

A análise fatorial confirmatória revela boa consistência interna. Para além disto, foi encontrada uma boa confiabilidade na pontuação da escala (α de Cronbach =.95).

5.4. Análise Estatística de Dados

Considerando a natureza quantitativa do presente estudo, o procedimento de análise dos dados envolveu o recurso ao software *IBM SPSS Statistics* para *Windows*, versão 20.

De forma a afetar uma caracterização das mulheres com dor sexual foram efetuadas análises de frequências. Para avaliar a existência de associação entre variáveis sociodemográficas e dor sexual foram usados testes de associação, particularmente o *Teste Qui-quadrado*.

De modo a avaliar a existência de diferenças entre os grupos ao nível de algumas variáveis sociodemográficas, da capacidade para ser *mindful* em contexto sexual (medida pelo FFMQ-S), dos pensamentos automáticos negativos, (medidos pela QMS) e do funcionamento sexual (medido pelo FSFI) procedeu-se à realização do *Teste t de Student*. Nos casos em que o pressuposto da homogeneidade das matrizes de variância não foi verificado, recorreu-se ao uso do teste não paramétrico *Mann-Whitney*.

Finalmente, para avaliar de que forma as diferentes dimensões da capacidade para ser *mindful* em contexto sexual (medida pelo FFMQ-S), os pensamentos de fracasso/

desistência e escassez de pensamentos eróticos (medidos pela QMS) e as dimensões do funcionamento sexual (medido pelo FSFI) se distinguem consoante os grupos em questão, foram realizadas análises multivariadas da variância (MANOVA).

6. Resultados

6.1. Caracterização Sociodemográfica das Mulheres com Dor Sexual

A idade das mulheres com dor sexual que participaram neste estudo varia entre os 19 e os 56 anos ($M = 28.12$, $DP = 7.76$). No que diz respeito às habilitações literárias, das 82 participantes, (48,8%) têm licenciatura, 33 (40,2%) pós-licenciatura, 8 (9,8%) o ensino secundário e apenas 1 (1,2%) tem o 3º ciclo do ensino ($Mdn = 5$, $IQQ = 6$). 32 (39,0%) referem um rendimento médio anual inferior a 5.000€, 28 (34,1%) entre os 5.000€ e os 12.000€, 11 (13,4%) entre os 12.000€ e os 18.000€, 5 (6,1%) entre os 18.000€ e os 24.000€ e 6 (7,3%) com um rendimento superior a 24.000€ anuais ($Mdn = 2$, $IQQ = 2$). A maioria destas mulheres ($n=62$; 75,6%) vivem no meio urbano ($Mo^3 = 2$). No que diz respeito ao seu estado civil, 54 (65,9%) são solteiras, 27 (32,9%) casadas ou em união de facto, sendo apenas 1 (1,2%) separada ou divorciada ($Mo^3 = 2$). Das 70 participantes que se encontram numa relação, o tempo de duração da mesma varia entre 1 e 33 anos ($M=6.37$, $DP=6.14$). 44 (61,1%) destas encontram-se numa relação de namoro, 12 (16,7%) em união de facto, 10 (13,9%) numa relação marital e apenas 6 (8,3%) em coabitação ($Mo^3 = 3$). Relativamente à religião, a maioria ($n=42$; 51,1%) não têm religião.

No que diz respeito a problemas de saúde ginecológica, 50 (61%) participantes referem já ter contraído candidíase vaginal, 48 (58,5%) vaginose bacteriana, 4 (4,9%) clamídia, 4 (4,9%) HPV, 3 (3,7%) tricomóníase, 2 (2,4%) verrugas genitais, 2 (2,4%) herpes genital, sendo que apenas 1 (1,2%) indicou doença inflamatória pélvica.

Em relação à toma de medicação, 48 (58,5%) das participantes referem já ter tomado antidepressivos, 10 (12,2%) benzodiazepinas, 9 (11%) TSH, 4 (4,9%) antihipertensores, 2 (2,4%) diuréticos, 1 (1,2%) refere já ter tomado antipsicóticos/ neurolépticos e 1 (1,2%) sedativos.

No que diz respeito à história sexual das participantes e, especificamente à idade da 1ª relação sexual, esta variou entre os 12 e os 28 anos ($M = 17.9$, $DP = 3.1$). A maioria das participantes ($n= 71$, 87,7%) têm parceiro sexual.

Para além do problema de dor, 31 (39,7%) referem outros problemas de natureza sexual, nomeadamente, 25 (30,5%) apresentam problemas de lubrificação, 19 (23,2%) de desejo, 10 (12,2%) em atingir o orgasmo, 9 (11,0%) de excitação, 3 (3,7%) vaginismo e 1 (1,2%) de aversão.

Relativamente à história da menstruação, a maioria ($n=57$; 78,1%) têm o período menstrual regular ($Mo^3 = 1$), sendo que, igualmente, a maioria das mulheres ($n=54$; 74,0%) referem dor durante o ciclo menstrual ($Mo^3 = 1$). Ainda, 9 (14,5%) revelam já ter tido resultados fora do normal nos exames de Papanicolau ($Mo^3 = 1$), contudo, a maioria ($n=53$, 85,5%) nunca obteve resultados anormais neste exame ($Mo^3 = 0$).

Na história de gravidez, apenas 2 (2,7%) encontravam-se grávidas no momento de preenchimento do questionário ($Mo^3 = 0$), sendo que 15 (20,5%) já estiveram grávidas no passado ($Mo^3 = 0$). A maioria das mulheres que já estiveram grávidas passaram por partos vaginais ($n=8$), pelo que apenas 3 passaram por cesarianas.

No que diz respeito à contraceção, a maioria das mulheres ($n=52$; 73,2%) usam algum método contraceptivo, nomeadamente 35 (42,7%) usam a pílula, 22 (27,2%) o preservativo masculino, 4 (4,9%) métodos naturais, 3 (3,7%) anel vaginal, 2 (2,4%) preservativo feminino e uma pequena minoria usa o DIU ($n=1$, 1,2%) e o implante subdérmico ($n=1$, 1,2%).

6.2. Diferenças Sociodemográficas e Biopsicossociais entre Mulheres com Dor Sexual e Mulheres da População Geral

No sentido de perceber se diferentes variáveis se associam mais a mulheres com dor sexual ou a mulheres da população geral foram efetuados testes de associação, nomeadamente testes de *qui-quadrado*.

No que diz respeito à associação entre psicopatologia e dor sexual, verificou-se uma associação significativa entre ansiedade ($\chi^2 (3) = 73.8$, $p < .001$) e depressão ($\chi^2 (3) = 41.5$, $p < .001$) e dor sexual. Mulheres com dor sexual apresentam maiores níveis de ansiedade ($n=61$; 74,4%) e depressão ($n=41$; 50%) do que mulheres da população geral.

Verificou-se, também, associação entre dor crónica ($\chi^2 (2) = 70.1$, $p < .001$), endometriose ($\chi^2 (2) = 96.4$, $p < .001$), síndrome do colón irritável ($\chi^2 (2) = 122.6$, $p < .001$) e dor sexual. Mulheres com dor sexual indicam mais problemas de saúde como dor crónica ($n=54$; 69,2%), endometriose ($n=62$; 78,5%) e síndrome do colón irritável ($n=67$; 85,9%) do que mulheres da população geral. Ainda, 57,3% ($n=47$) das mulheres com dor sexual

indicam historial familiar de dor crónica, ou seja, verificou-se uma relação significativa entre história familiar de dor crónica e dor sexual ($\chi^2 (1) = 78.9, p < .001$).

Relativamente à história da menstruação e ginecológica as análises demonstraram uma associação estatisticamente significativa entre hemorragias entre períodos menstruais e dor sexual ($\chi^2 (1) = 7.28, p = .009$), bem como entre dor durante o ciclo menstrual e dor sexual ($\chi^2 (1) = 68.7, p < .001$). Mulheres com dor sexual indicam mais hemorragias entre períodos ($n=11$; 15,1%) e maior intensidade de dor durante o ciclo menstrual ($n=54$; 74%). A associação entre corrimento vaginal anormal e dor sexual foi confirmada ($\chi^2 (1) = 50.3, p < .001$), assim como a associação entre a presença de lesões físicas na vulva como cortes, prurido, bolhas e dor sexual ($\chi^2 (1) = 7.36, p = .009$). Mulheres com dor sexual referem mais a presença de corrimento vaginal anormal ($n=27$; 34,6%) e mais a presença de lesões na vulva ($n=11$; 15,1 %) do que mulheres da população geral. Foi, ainda, comprovada associação entre problemas de pele, couro cabeludo e unhas e dor sexual ($\chi^2 (1) = 29.35, p < .001$), ou seja, 50,6% ($n=39$) das mulheres com dor sexual referem ter algum destes problemas. Contrariamente, não se verificam diferenças entre os grupos ao nível de cirurgias e procedimentos ginecológicos como remoção dos ovários, útero, trompas, entre outros ($\chi^2 (1) = 1.403, p = .155$). Também a associação entre abuso sexual e dor sexual não foi comprovada ($\chi^2 (1) = 1.185, p = .179$).

De modo a avaliar a existência de diferenças entre os grupos ao nível da capacidade para ser *mindful* em contexto sexual procedeu-se à realização do *Teste t de student* e de uma análise multivariada da variância (MANOVA).

Relativamente à dimensão do *mindfulness* em contexto sexual, verificou-se que existem diferenças significativas entre os grupos ($t (180) = 8.115, p < .001$). Mulheres da população geral revelam maior capacidade para ser *mindful* nas relações sexuais ($M=69.75, DP= 6.56$) do que mulheres com dor sexual ($M=61.09, DP= 6.72$). No que diz respeito às diferentes facetas do *mindfulness*, o teste multivariado mostrou-se estatisticamente significativo ($Pillai's Trace = .379, F_{(5,176)} = 21.497, p < .001; h_p^2 = .379$). Assim, os resultados dos testes univariados (ver Tabela 3) indicaram efeitos estatisticamente significativos nas facetas observação ($p < .001$), descrição ($p < .001$), agir com consciência ($p < .001$) e não reatividade à experiência interior ($p = .002$).

Tabela 3. Facetas do *Mindfulness* em função do grupo de mulheres com dor sexual e do grupo de mulheres da população geral (n=182).

Facetas FFMQ-S	Grupo Dor Sexual (n=55)		Grupo População Geral (n= 127)		$F_{(1,180)}$	p	h_p^2
	M	DP	M	DP			
Observação	13.6	2.74	17.2	1.97	102.7 ***	.000	.363
Descrição	13.3	3.13	16.1	3.09	30.24***	.000	.144
AgirComConsciência	13.5	2.20	14.8	1.81	16.29***	.000	.083
NãoJulgamento	11.8	2.09	11.6	1.85	.392	.567	.002
NãoReatividade	8.9	2.09	10.0	2.41	9.74**	.002	.051

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

FFMQ-S= Sexual Five Facet Mindfulness Questionnaire; M= média; DP= desvio padrão

Ao nível do funcionamento sexual, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($t(197) = 6.145$, $p < .001$). Mulheres da população geral apresentam maiores níveis de funcionamento sexual ($M = 66.07$, $DP = 16.79$) do que mulheres com dor sexual ($M = 50.32$, $DP = 15.19$). No que diz respeito às diferentes dimensões do funcionamento sexual, o teste multivariado mostrou-se estatisticamente significativo ($Pillai's Trace = .749$, $F_{(6,192)} = 95.360$, $p < .001$; $h_p^2 = .749$). Assim, os resultados dos testes univariados (ver Tabela 4) indicaram efeitos estatisticamente significativos nas dimensões desejo sexual ($p < .001$), excitação sexual ($p < .001$), lubrificação ($p < .001$), orgasmo ($p = .001$), satisfação sexual ($p < .001$) e dor sexual ($p < .001$).

Tabela 4. Dimensões do funcionamento sexual em função do grupo de mulheres com dor sexual e do grupo de mulheres da população geral (n=182).

Dimensões FSFI	Grupo Dor Sexual (n=55)		Grupo População Geral (n= 127)		$F_{(1,197)}$	P	h_p^2
	M	DP	M	DP			
Desejo	4.72	1.39	7.25	1.46	126.0***	.000	.390
Excitação	10.14	3.72	15.35	4.98	50.9***	.000	.205

Lubrificação	8.57	3.72	16.13	5.37	95.5***	.000	.326
Orgasmo	8.32	3.49	10.42	4.15	11.4**	.001	.054
Satisfação sexual	7.79	2.02	12.63	2.67	151.9***	.000	.435
Dor sexual	10.82	4.44	4.29	2.09	199.1***	.000	.503

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

FSFI= The Female Sexual Function Index; M= média; DP=desvio padrão.

Relativamente aos pensamentos automáticos negativos, nomeadamente aos pensamentos de fracasso/ desistência e escassez de pensamentos eróticos, o teste multivariado mostrou-se estatisticamente significativo ($Pillai's Trace = .623$, $F_{(2,168)} = 138.55$, $p < .001$; $h_p^2 = .623$). Os resultados dos testes univariados (ver Tabela 5) indicam que mulheres com dor sexual apresentam significativamente mais pensamentos de fracasso/ desistência ($p < .001$) e uma maior escassez de pensamentos eróticos ($p < .001$) do que mulheres da população geral.

Tabela 5. Pensamentos automáticos negativos em contexto sexual em função do grupo de mulheres com dor sexual e do grupo de mulheres da população geral (n=182).

Pensamentos automáticos negativos	Grupo Dor Sexual (n=55)		Grupo População Geral (n= 127)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i> _(1,197)	<i>P</i>	<i>h_p²</i>
Pensam. Fracasso	12.27	2.74	6.96	2.27	173.2***	.000	.506
Escassez P. Eróticos	17.04	2.19	10.77	2.72	212.2***	.000	.557

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

M= média; DP= desvio padrão

6.3. Diferenças Sociodemográficas e Biopsicossociais entre Mulheres com Dor Sexual Portuguesas e Mulheres de Outras Nacionalidades

No sentido de perceber se diferentes variáveis se associam mais a mulheres com dor sexual de nacionalidade portuguesa ou a mulheres com dor sexual de outras nacionalidades foram efectuados testes de associação, nomeadamente testes de *qui-quadrado*.

Foi comprovada uma associação estatisticamente significativa entre problemas de saúde e a nacionalidade das participantes, nomeadamente diabetes ($p<.001$), arteriosclerose ($p<.001$), asma ($p<.001$), doença cardiovascular ($p<.001$), doença neurológica ($p<.001$), doenças dos ossos/articulações ($p<.001$), dores de cabeça crónicas ($p<.001$), endometriose ($p<.001$), fadiga crónica ($p<.001$), fibromialgia ($p<.001$), dor crónica ($p<.001$) e doenças de pele ($p=.044$). Mulheres de outras nacionalidades indicam mais a presença destes problemas do que mulheres portuguesas (ver Tabela 6).

Tabela 6. Problemas de saúde em função do grupo de mulheres portuguesas com dor sexual e do grupo de mulheres de outras nacionalidades com dor sexual (n=82).

Problemas de saúde	Grupo Dor Sexual		Grupo Dor Sexual			
	Nacional		Internacional			
	(n=38)		(n= 44)			
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	χ^2	<i>p</i>
Diabetes	-	-	41	93,2	70***	.000
Arteriosclerose	-	-	41	93,2	81***	.000
Asma	2	5,4	34	85	59.8***	.000
Doença Cardio.	-	-	40	90,9	77***	.000
Doença Neuro.	1	2,7	40	90,9	73.2***	.000
Doença Ossos/Articu.	4	10,5	36	81,8	56,9***	.000
Enxaquecas	7	18,4	23	54,8	20,9***	.000
Endometriose	24	63,4	38	92,7	20,1***	.000
Fadiga crónica	1	2,7	34	77,3	69,4***	.000
Fibromialgia	21	56,8	37	92,5	23,3***	.000
Dor crónica	19	50	35	87,5	16.4***	.000
Doenças de Pele	14	38,9	25	61	7.7*	.044

* p < .05. ** p < .01. *** p < .001

No que diz respeito a limitações na vida diária, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre estas e a nacionalidade das participantes, nomeadamente limitações nas atividades de aeróbica ($p<.001$), no cuidar dos filhos ($p<.001$), escolha da

roupa ($p<.001$), andar de bicicleta ($p<.001$), emprego ($p<.001$), tarefas domésticas ($p<.001$), em estar sentada ($p<.001$), dormir ($p<.001$), usar tampões ($p<.001$), nos exames ginecológicos ($p<.001$) e andar a pé ($p<.001$). Mulheres de outras nacionalidades indicam mais limitações moderadas a extremas na vida diária provocadas pela sua dor, nomeadamente as acima referidas, do que mulheres portuguesas (ver Tabela 7).

Tabela 7. Limitações na vida diária em função do grupo de mulheres portuguesas com dor sexual e do grupo de mulheres de outras nacionalidades com dor sexual ($n=82$).

Limitações na vida diária	Grupo Dor Sexual Nacional ($n=38$)		Grupo Dor Sexual Internacional ($n= 44$)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Exer. Aeróbico	12	31,6	40	98	41.1***	.000
Cuidar dos filhos	8	25,5	39	97,5	43.4***	.000
Escolha de roupa	9	25	39	97,5	37.7***	.000
Andar de bicicleta	11	28,9	39	97,5	41.7***	.000
Emprego	8	21,1	41	98,5	51.2***	.000
Tarefas domésticas	10	27,8	41	98,5	44.7***	.000
Estar sentada	11	38,9	41	98,5	38,1***	.000
Dormir	9	25,7,	40	98	45.5***	.000
Usar tampões	25	69,4	40	98	14.3***	.000
Exame ginecológico	22	65,8	41	98,5	18.4***	.000
Andar a pé	9	25,7	40	98	39.9***	.000

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

Mulheres de outras nacionalidades indicam, ainda, mais episódios de abuso sexual ($n=14$; 35%), comparativamente a mulheres portuguesas ($n=4$; 14%), verificando-se assim uma associação entre abuso sexual e a nacionalidade das mulheres ($\chi^2 (1) = 4.2, p=.035$).

De modo a avaliar a existência de diferenças entre os grupos ao nível da capacidade para ser *mindful* em contexto sexual procedeu-se à realização do *Teste t de student* e de uma análise multivariada da variância (MANOVA).

Relativamente à dimensão geral de *mindfulness* em contexto sexual não se verificaram diferenças significativas ($t(53)=-.818, p=.417$). Contudo, no que diz respeito às suas diferentes facetas, o teste multivariado já se mostrou estatisticamente significativo ($Pillai's Trace =.291, F_{(5,49)} = 4.014, p=.004; h_p^2 = .291$). Os resultados dos testes univariados (ver Tabela 8) indicaram que mulheres de outras nacionalidades apresentam uma maior capacidade de não julgamento da experiência interior ($p=.021$) do que mulheres portuguesas.

Tabela 8. Facetas do *Mindfulness* em função do grupo de mulheres portuguesas com dor sexual e do grupo de mulheres de outras nacionalidades com dor sexual ($n=82$).

Facetas FFMQ-S	Grupo Dor Sexual		Grupo Dor sexual		$F_{(1,53)}$	P	h_p^2
	Nacional		Internacional				
	(n=38)		(n= 44)				
	M	DP	M	DP			
Observação	12.9	2.67	14.3	2.69	3.6	.065	.063
Descrição	13.9	3.03	12.8	3.18	2.1	.152	.038
Conscientização	13.2	2.24	13.8	2.16	1.2	.288	.021
NãoJulgamento	11.1	2.11	12.4	1.89	5.6*	.021	.096
NãoReatividade	9.1	2.38	8.6	1.77	1.0	.312	.019

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

FFMQ-S= Sexual Five Facet Mindfulness Questionnaire; M= média; DP= desvio padrão

Relativamente ao funcionamento sexual geral não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos ($t(55)=1,557, p=.125$). No que diz respeito às diferentes dimensões do funcionamento sexual, o teste multivariado também não se mostrou estatisticamente significativo ($Pillai's Trace =.125, F_{(6,50)} = 1.19, p=.325; h_p^2 = .125$).

No que diz respeito aos pensamentos automáticos negativos, nomeadamente aos pensamentos de fracasso/ desistência e escassez de pensamentos eróticos, o teste multivariado não se mostrou estatisticamente significativo ($Pillai's Trace =.011, F_{(2,48)} = .275, p=.761; h_p^2 = .011$).

7. Discussão

O presente estudo teve como objetivo explorar diferentes variáveis biopsicossociais e sociodemográficas como variáveis médicas, variáveis relacionadas com o fenómeno da dor, atividade sexual, gravidez e contraceção em mulheres com e sem dor sexual. Foi avaliada, ainda, a influência do *mindfulness*, dos pensamentos automáticos negativos e do funcionamento sexual em mulheres com dor sexual, comparando-as com mulheres da população geral.

Ao nível das variáveis sociodemográficas, o presente estudo permitiu concluir que a dor sexual está mais associada a mulheres jovens, com habilitações literárias médio-altas, rendimento médio anual baixo (< 5.000€), residentes no meio urbano, sem religião, solteiras, mas numa relação de namoro. Esta informação é, em grande parte, comprovada pelos dados existentes na literatura, à exceção das habilitações literárias, em que diferentes estudos comprovam que mulheres com dor sexual apresentam habilitações literárias mais baixas (Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Cerejo, 2006).

Ao nível das variáveis mais biológicas/médicas, os resultados indicaram que a maioria destas mulheres têm ou já tiveram vários problemas ginecológicos, especialmente candidíase vaginal e vaginose bacteriana, o que vai ao encontro dos dados encontrados na literatura, que apontam para uma relação significativa entre problemas ginecológicos e dor sexual (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018). Relativamente à história da menstruação, os resultados revelaram que a maioria das mulheres têm o período menstrual regular, no entanto referem sentir dor durante o ciclo menstrual. Não foram encontrados dados na literatura que repliquem esta associação.

Os resultados revelaram, ainda, que a maioria das mulheres com dor sexual que estiveram grávidas passaram por partos vaginais, comprovando, igualmente, a informação obtida em alguns estudos, que afirmam que partos vaginais se associam significativamente à dor sexual (Chayachinda, Titapant & Ungkanungdech, 2015; Eid, et al., 2015; Ryding, 1984).

Relativamente à contraceção, a maioria das mulheres com dor sexual usaram algum método contraceutivo, especialmente a pílula, sendo que o uso prolongado de contraceptivos orais parece encontrar-se associado a essa condição, segundo o que é referido na literatura (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018).

Quando comparadas estas variáveis entre o grupo de dor e o da população geral, os resultados do estudo indicaram que as mulheres com dor sexual apresentam mais problemas

de saúde física e psicológica, nomeadamente depressão, ansiedade, dor crónica, endometriose e síndrome do colón irritável. Estes resultados vão, novamente, ao encontro dos dados encontrados na literatura que apontam para a presença de diversos problemas de saúde física e psicológica em mulheres com dor sexual (Cyranowski et al., 2004; Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018; Figueira, Possidente, Marques, & Hayes, 2001; Forbes, et al., 2017; Kwon & Chang, 2013; Vendeira, et al., 2005) Ainda, os resultados comprovaram que mulheres com dor sexual apresentam mais problemas menstruais e ginecológicos como hemorragias entre períodos, dor durante o ciclo, não havendo, tal como acima, estudos que comprovem estes dados. Corrimento vaginal anormal e lesões físicas como cortes, prurido na vulva do que também foram verificados nas mulheres com dor sexual (Dias-Amaral & Marques-Pinto, 2018).

Quando comparadas estas variáveis entre as mulheres com dor sexual de nacionalidade portuguesa e de outras nacionalidades, os resultados apenas indicaram diferenças ao nível dos problemas de saúde física, ou seja, as mulheres de outras nacionalidades revelam muitos mais problemas de saúde como diabetes, doença cardiovasculares, doenças neurológicas, fibromialgia, doenças dos ossos/ articulações, enxaquecas, fadiga crónica e entre outros, do que mulheres portuguesas. Ao nível das limitações na vida diária, igualmente, as mulheres de outras nacionalidades revelam muitas mais limitações moderadas a extremas na sua vida diária provocadas pela dor, como no cuidar do filhos, nas tarefas domésticas, no emprego, no atividades físicas e entre outras do que as mulheres nacionais. O facto de as mulheres de outras nacionalidades indicarem mais limitações na sua vida diária poderá estar relacionada ao facto de apresentarem muitos mais problemas de saúde física, que acarretam algumas limitações na vida diária, menores níveis de qualidade de vida e menores níveis de funcionamento sexual, incluída a dor sexual. Esta informação é amplamente comprovada pelos dados existentes na literatura que indicam que doenças crónicas influenciam a qualidade da vida geral e o funcionamento sexual (Almeida, et.al., 2015; Cardoso, 2004; Nusbaum, Hamilton & Lenahan, 2003).

Relativamente à influência do *mindfulness* na dor sexual, os resultados mostraram que as mulheres do grupo de dor sexual diferenciam-se significativamente do grupo da população geral, apresentando níveis mais baixos de *mindfulness* e, consequentemente, menor capacidade para estarem atentas e conscientes às experiências do momento presente durante a atividade sexual. Estes resultados vão de encontro aos dados encontrados na literatura, que apontam para a existência de uma relação entre *mindfulness* e a perturbação

de dor sexual (Brotto et al., 2012a; Rosenbaum, 2013). Mais especificamente, nas mulheres com dor sexual, as facetas da observação, descrição e agir com consciência assumiram um papel bastante significativo, comparativamente às mulheres da população geral. Assim, estas primeiras apresentam uma menor capacidade para observar ou perceber estímulos internos e externos durante a atividade sexual, como sensações, emoções, cognições, visões, sons e cheiros, menor capacidade para descrever por palavras eventuais fenómenos observados durante a atividade sexual e, menor capacidade para manter a atenção na atividade sexual, permanecendo no estado de “piloto automático”. Baixos níveis de *mindfulness* poderão, assim, contribuir para um maior desvio da atenção dos estímulos sexuais, provocando menores níveis de lubrificação, baixos níveis de excitação e, consequentemente, um aumento da dor, neste grupo de mulheres (Adam, Heeren, Day, & de Sutter, 2015; Payne, Binik, Amsel, & Khalifé, 2005).

Relativamente à influência do *mindfulness* tendo em consideração a nacionalidade das participantes, os resultados mostraram diferenças apenas ao nível de uma das facetas, nomeadamente não julgamento da experiência interior. As mulheres de outras nacionalidades apresentam maior capacidade para se absterem de avaliar as sensações, cognições e emoções durante a atividade sexual do que as mulheres de nacionalidade portuguesa. Estas diferenças podem ter na sua base eventuais crenças sociais e culturais, conforme o país e cultura de origem, predispondo as mulheres para uma maior ou menor distração cognitiva e emocional durante a atividade sexual e um menor julgamento da experiência interna e externa.

Ao nível dos pensamentos automáticos negativos os resultados indicaram que pensamentos de fracasso e desistência como “*não estou a conseguir*” e escassez de pensamentos eróticos como “*estes movimentos e posições são fabulosos*” estão muito mais presentes em mulheres com dor sexual do que mulheres da população geral, o que vai de encontro aos estudos de Nobre & Pinto Gouveia (2008a) e Dias-Amaral & Marques-Pinto (2018). Neste sentido, quando os pensamentos automáticos negativos surgem impedem a mulher de se concentrar nos estímulos eróticos e promovem emoções negativas (como tristeza, desilusão, culpa, falta de prazer e satisfação), prejudicando a resposta sexual, nomeadamente a resposta de dor (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008b). É de salientar que, os grupos nacionais e internacional não se distinguiram ao nível dos pensamentos automáticos negativos.

Relativamente ao funcionamento sexual, e de um modo geral, as mulheres que pertencem ao grupo com dor sexual revelaram valores mais baixos no total do questionário, assim como em todas as suas dimensões, comparativamente com as mulheres da população geral. Assim, as dimensões desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, diferenciaram significativamente os dois grupos em questão. Estes resultados, confirmam os dados apresentados pela literatura, em que menores níveis de desejo, excitação, orgasmo, prazer e satisfação sexual estão presentes nas mulheres com dor sexual (Schultz et al., 2005; van Lankveld et al., 1996; Reed et al., 2006; Wouda, et al., 1998). Assim, menores níveis de desejo, excitação e lubrificação poderão contribuir diretamente para um aumento da intensidade da dor e, consequentemente, para maiores dificuldades em atingir prazer e satisfação sexual. Este padrão de resposta aumenta a probabilidade da presença de dor numa futura relação sexual, o que pode causar possíveis sentimentos de culpa e inadequação por parte da mulher, bem como evitamento ou descontinuidade da atividade sexual (Arnold et al., 2006).

De um modo geral, e tendo em conta os resultados obtidos neste estudo, foi possível confirmar que a dor sexual é um fenómeno multidimensional e visivelmente complexo, relacionado-se com diferentes variáveis biopsicossociais, sendo, no entanto, pouco claro de que forma e em que direção. Devido ao facto de se tratar de um estudo exploratório, não é possível estabelecer relações de causalidade entre as diferentes variáveis. Não obstante, tendo em consideração a investigação desenvolvida acerca da dor sexual (Brauer, Laan, & ter Kuille, 2006; Brotto et al., 2012a; Payne, Binik, Amsel, & Khalifé., 2005) podemos estabelecer algumas hipóteses, nomeadamente de que variáveis médicas/ biológicas como diferentes problemas de saúde física e psicológica e variáveis de carácter mais nuclear, como a capacidade para ser *mindful* em contexto sexual constituem-se como fatores de vulnerabilidade para a dor sexual. Neste contexto, perante a experiência de dor durante uma relação sexual, estas mulheres poderão experienciar um desvio da atenção dos estímulos eróticos e consequente ativarem diferentes pensamentos automáticos negativos. Assim, como efeito deste ciclo, poderá verifica-se um prejuízo no funcionamento sexual destas mulheres, especialmente ao nível da excitação, lubrificação e satisfação sexual. Pelo facto de este ciclo estar constantemente a ser ativado e consolidado, faz com que estas mulheres evitem ou desistam completamente da atividade sexual, não procurando ajuda para o problema.

7.1. Limitações e Sugestões para Estudos Futuros

Dado que o presente estudo é de natureza, fundamentalmente exploratório, é importante que os seus resultados sejam interpretados com prudência devido às limitações que lhes são inerentes. Uma das limitações prende-se com o facto de a recolha de dados ter sido realizada *online*, levando a que a maioria das participantes fossem jovens e com um nível de escolaridade médio-alto e não permitindo a participação de pessoas que não têm acesso a este tipo de serviço, e com grande probabilidade de apresentar dor sexual. Por outro lado, as dificuldades sexuais apresentadas pelas participantes baseia-se numa avaliação pessoal das dificuldades e respetiva autorresposta, não sendo possível assegurar que todas preenchem os critérios para a presença de dor sexual. Por fim, o reduzido tamanho do grupo com dor sexual comparativamente ao grupo da população geral limitou a robustez dos procedimentos estatísticos efetuados.

Apesar das limitações, este estudo mostra-se uma mais valia no que diz respeito ao estudo da sexualidade feminina e mais concretamente da dor sexual, uma vez que além de comprovar a associação de diferentes variáveis sociodemográficas e biopsicossociais na dor sexual, realça que esta é uma problemática transversal a mulheres de várias nacionalidades.

Assim, espera-se que este estudo contribua, também, para uma mudança de atitudes e sensibilização dos diferentes profissionais de saúde aquando da criação de protocolos de avaliação e intervenção nesta problemática, para uma desmistificação da dor sexual na sociedade em geral e para uma procura ativa de ajuda face à presença destas dificuldades.

Em estudos futuros, sugere-se a exploração da relação entre estas diferentes variáveis no desenvolvimento e manutenção da dor sexual e uma maior exploração das variáveis médicas. Para além disto, sugere-se, também, o desenvolvimento de estudos transculturais que permitam avaliar especificidades da problemática, contribuindo para o processo de intervenção devidamente individualizado.

Referências bibliográficas

- Adam, F., Heeren, A., Day, J., & de Sutter, P. (2015). Development of the Sexual Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-S): Validation among a community sample of French-speaking women. *The Journal of Sex Research*, 52(6), 617-626. doi:10.1080/00224499.2014.894490
- Aikens, J. E., Reed, B. D., Gorenflo, D. W., & Haefner, H. K. (2003). Depressive symptoms among women with vulvar dysesthesia. *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(2), 462-466. doi:10.1067/s0002-9378(03)00521-0
- Almeida, P. H. T. Q. D., Ferreira, C. D. C., Kurizky, P. S., Muniz, L. F., & Mota, L. M. H. D. (2015). How the rheumatologist can guide the patient with rheumatoid arthritis on sexual function. *Revista brasileira de reumatologia*, 55(5), 458-463. doi:10.1016/j.rbr.2014.08.009
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington DC.
- American Psychiatric Association (2000), *Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV-TR (4ª Ed.) Texto Revisto*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Arnold, L. D., Bachmann, G. A., Kelly, S., Rosen, R., & Rhoads, G. G. (2006). Vulvodynia: characteristics and associations with co-morbidities and quality of life. *Obstetrics and gynecology*, 107(3), 617. doi:10.1097/01.aog.0000199951.26822.27
- Brauer, M., Laan, E., & ter Kuile, M. M. (2006). Sexual arousal in superficial dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 187–196. doi: 10.1007/s10508-005-9001-7
- Brotto, L.A., Basson, R., Carlson, M., & Zhu, C. (2012a). Impact of an integrated mindfulness and cognitive behavioural treatment for provoked vestibulodynia (IMPROVED): A qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-17. doi: 10.1080/14681994.2012.686661

- Brotto, L. A., Basson, R., Smith, K. B., Driscoll, M., & Sadownik, L. (2015). Mindfulness-based group therapy for women with provoked vestibulodynia. *Mindfulness*, 6(3), 417-432. doi: 10.1007/s12671-013-0273-z
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade na doença crónica e na deficiência física. *Revista Portuguesa de medicina geral e familiar*, 20(3), 385-94.
- Cerejo, A. C. (2006). Disfunção sexual feminina: prevalência e factores relacionados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22(6), 701-20.
- Chayachinda, C., Titapant, V., & Ungkanungdech, A. (2015). Dyspareunia and Sexual Dysfunction after Vaginal Delivery in Thai Primiparous Women with Episiotomy. *The journal of sexual medicine*, 12(5), 1275-1282. doi:10.1111/jsm.12860
- Dias-Amaral, A., & Marques-Pinto, A. (2018). Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics*. doi: 10.1055/s-0038-1675805
- Eid, M. A., Sayed, A., Abdel-Rehim, R., & Mostafa, T. (2015). Impact of the mode of delivery on female sexual function after childbirth. *International journal of impotence research*, 27(3), 118.
- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30(4), 369-377. doi: 10.1023/A:1010257214859
- Forbes, M. K., Baillie, A. J., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2017). A place for sexual dysfunctions in an empirical taxonomy of psychopathology. *The Journal of Sex Research*, 54(4-5), 465-485. doi:10.1080/00224499.2016.1269306
- Fry, R. P., Crisp, A. H., Beard, R. W., & McGuigan, S. (1993). Psychosocial aspects of chronic pelvic pain, with special reference to sexual abuse. A study of 164 women. *Postgraduate medical journal*, 69(813), 566-574.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581.

- Jensen, M. C., Brant-Zawadzki, M. N., Obuchowski, N., Modic, M. T., Malkasian, D., & Ross, J. S. (1994). Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *New England Journal of Medicine*, 331(2), 69-73. doi:10.1056/nejm199407143310201
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell.
- Kwon, J. K., & Chang, I. O. (2013). Pain, Catastrophizing, and Depression in Chronic Prostatitis/ Chronic Pelvic Pain Syndrome. *International Neurourology Journal* 2013; 17(2): 48-58. doi:10.5213/inj.2013.17.2.48
- 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
- Meana, M., Binik, Y. M., Khalifé, S., & Cohen, D. (1998). Affect and marital adjustment in women's rating of dyspareunia pain. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 381-385. doi: 10.1016/S0029-7844(98)80136-1.
- McDonald, E., Woolhouse, H., & Brown, S. J. (2015). Consultation about sexual health issues in the year after childbirth: a cohort study. *Birth*, 42(4), 354-361. doi:10.1111/birt.12193
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2003a). Sexual modes questionnaire: Measure to assess the interaction among cognitions, emotions, and sexual response. *The Journal of Sex Research*, 40(4), 368-382. doi: 10.1080/00224490209552203.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2006b). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 491-499. doi: 10.1007/s10508-006-9047-1.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2008a). Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: Preliminary findings. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34, 325-342. doi: 10.1080/00926230802096358
- Nusbaum, M. R., Hamilton, C., & Lenahan, P. (2003). Chronic illness and sexual functioning. *American family physician*, 67(2), 347-354.

- Pablo, C., & Soares, C. (2004). As disfunções sexuais femininas. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(3), 357-70.
- Payne, K. A., Binik, Y. M., Amsel, R., & Khalifé, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *European Journal of Pain*, 9(4), 427-427. doi:10.1016/j.ejpain.2004.10.003
- Reamy, K. J., & White, S. E. (1985). Dyspareunia in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(4), 263-270. doi:10.3109/01674828509016728
- Reed, B.D., Caron, A.M., Gorenflo, D.W., & Haefner, H.K. (2006). Treatment of vulvodynia with tricyclic antidepressants: efficacy and associated factors. *Journal of Lower Genital Tract Disease*; 10, 245–51. doi: 10.1097/01.lgt.0000225899.752057.0a
- Robinson, M.E., Brown, J.L., George, S.Z., Edwards, P.S., Atchison, J.W., Hirsh, A.T., Waxenberg, L.B., Wittmer, V., & Fillingim, R.B. (2005). Multidimensional success criteria and expectations for treatment of chronic pain: The patient perspective. *Pain Medicine*, 6, 336-345. doi: 10.1111/j.1526-4637.2005.00059.x
- Rosenbaum, T. Y. (2013). An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: promoting autonomy and mind/body connection. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1-2), 20-28. doi:10.1080/14681994.2013.764981
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, et al. (2000). The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. doi: 10.1080/009262300278597.
- Ryding, E. L. (1984). Sexuality during and after pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 63(8), 679-682. doi: 10.3109/00016348409154662
- Sauer, S., & Baer, R. (2010). Mindfulness and de-centering as mechanisms of change in mindfulness and acceptance based intervention. In R. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance based processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp.25-50). Oakland: New harbinger Publications, Inc.

- Schultz, W.W., Basson, R., Binik, Y., Eschenbach, D., Wesselmann, U., Van Lankveld, J. (2005). Women's sexual pain and its management. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 301-316. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.20347.x
- Silva, A. I., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto.
- Ter Kuile, M. M., & Weijnenborg, P. T. M. (2006). A cognitive-behavioral group program for women with vulvar vestibulitis syndrome (VVS): factors associated with treatment success. *Journal of sex & marital therapy*, 32(3), 199-213. doi: 10.1080/00926230600575306
- van Lankveld, J. J. D. M., Weijnenborg, Ph. Th. M., and ter Kuile, M. M. (1996). Psychological profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners. *Obstetrics and Gynecology*, 88, 65–70. doi: 10.1016/0029-7844(96)00080-4
- Vendeira, P., Pereira, N.M., Santo, M.C., & Macedo., A., (2005). Episex-pt: Prevalência da disfunção sexual feminina em Portugal. *Sociedade Portuguesa de Andrologia*.
- Vilarinho, S. (2010). Funcionamento e satisfação sexual feminina: Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspetos biológicos e contextuais. *Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra*.
- Walker, E., Katon, W., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Russo, J., & Hickok, L. R. (1988). Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry*, 145(1), 75-80.
- Wincze, J.P., & Carey, M.P. (2001). Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment. *New York: Guilford Press*.
- Wouda, J., Hartman, P., Bakker, R., Bakker, J.O., van de Wiel, H.B.M., & Weijmar Schultz, W.C.M.(1998). Vaginal plethysmography in women with dyspareunia. *Journal of Sex Research*, 35, 141–147. doi: 10.1080/00224499809551927
- Weijnenborg, P. T., Ter Kuile, M. M., & Stones, W. (2009). A cognitive behavioural based assessment of women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(4), 262-268. doi: 10.3109/01674820903378742

ANEXOS

ANEXO A. Documento Informativo

O presente estudo tem como objetivo explorar diferentes variáveis biopsicossociais e sociodemográficas em mulheres com dor sexual, com outras disfunções sexuais e da população geral sem estas dificuldades. Para que o estudo seja o mais fiel à realidade atual, pedimos-lhe que responda com **genuinidade e veracidade**.

Para a concretização deste objetivo solicitamos a colaboração de **mulheres** sexualmente ativas, maiores de idade (igual ou superior a 18 anos) e que estejam (ou não) numa relação amorosa, para o preenchimento de um questionário *online*.

Estão disponíveis dois *links*, um destinado especificamente às **mulheres com dor sexual** e outro destinado às **mulheres com outras disfunções sexuais e mulheres da população geral**. Por favor, selecione o *link* que melhor se enquadra nas suas dificuldades atuais ou ausência das mesmas.

Mulheres que apresentem dor sexual: <https://www.esurveycreator.com/s/7f10145>

Mulheres da população geral ou com outras disfunções sexuais:

<https://www.esurveycreator.com/s/35f87f9>

Algumas questões podem parecer mais difíceis, mas o seu estudo revela-se pertinente. Se não tiver certeza em relação à resposta mais precisa, assinale a que considerar mais apropriada.

A resposta ao questionário deve ser feita de modo autónomo, ou seja, sem qualquer ajuda externa. Agradecemos que tente responder a todas as questões e que se certifique que não deixou respostas em branco.

Tendo em conta o tema de estudo, os questionários são completamente **anónimos**, não sendo pedidos dados que possam identificar as pessoas que a eles respondem. Do mesmo modo, é-lhe garantida a **possibilidade de desistência**, em qualquer momento de preenchimento do questionário, se assim o entender.

Caso deseje obter qualquer tipo de informação adicional poderá entrar em contacto para o email: a21700643@mso365.ulp.pt

ANEXO B. *Consentimento Informado*

Estou de acordo em participar no estudo intitulado "Dor sexual feminina: Variáveis biopsicossociais e sociodemográficas associadas", integrado no projeto de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde de Diana Ferreira, pela Universidade Lusófona do Porto.

O presente projeto encontra-se sob a orientação da Prof. Dr^a Cátia Oliveira. Foi-me dada uma explicação integral acerca da natureza do estudo e concedida a possibilidade de indagar e esclarecer todos os aspetos que me parecem pertinentes.

Sei que sou livre de abandonar o estudo, se for esse o meu desejo.
A minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais.

Concordo em que sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo, sob a autoridade delegada do investigador principal.

Concordo em que não procurarei restringir o uso dos resultados para os quais o estudo se dirige.

☐ Sim, concordo em participar.

Anexo C. Questionário Introdutório Geral

(Oliveira, Vilarinho & Nobre, 2011)

Questionário Introdutório para Grupo de Mulheres com Dor Sexual

Data ____/____/____	
Idade: _____ (Data de nascimento: ____ / ____ / _____)	
Habilitações literárias (nível mais alto atingido): ☐ Sem estudos ☐ 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano) ☐ 2º Ciclo (5º e 6º ano) ☐ 3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano) ☐ Ensino Secundário (10º, 11º, 12º) ☐ Licenciatura ☐ Pós Licenciatura ☐ Outros estudos (por favor, especifique _____)	Profissão/ ocupação: ☐ Ativa (especifique, por favor _____) ☐ Desempregada ☐ Reformada ☐ Estudante
Rendimento médio anual líquido (por pessoa): ☐ Menos de 5.000€ ☐ Entre 5.000€ e 12.000€ ☐ Entre 12.000€ e 18.000€ ☐ Entre 18.000€ e 24.000€ ☐ Mais de 24.000€	
Zona de residência atual: ☐ Norte ☐ Centro ☐ Lisboa ☐ Alentejo ☐ Algarve ☐ Açores ☐ Madeira	
Meio: ☐ Rural ☐ Urbano	
Estado civil: ☐ Casada ou em união de facto ☐ Solteira ☐ Viúva ☐ Separada ou divorciada	
Há quanto tempo dura a relação com o/a seu/sua companheiro/a atual (por favor, especifique duração em anos e/ou meses)? _____	
Especifique, por favor, o tipo de relação com o/a seu/sua companheiro/a atual (assinale uma ou mais opções): ☐ Marital ☐ União de facto ☐ Namoro ☐ Coabitação ☐ Outra (por favor, especifique? _____)	

Orientação sexual (por favor, coloque um círculo no número correspondente à sua escolha):

Exclusivamente heterossexual 1 2 3 4 5

Exclusivamente homossexual

Religião:
Professa alguma religião?
☐ Não ☐ Sim
Se _____ respondeu _____ sim, por favor especifique qual: _____
Qual o grau em que considera ser praticante? (coloque um círculo no número correspondente à sua escolha):
Muito pouco 1 2 3 4 MUITÍSSIMO

Origem ou etnia:
☐ Caucasiana/ branca ☐ Negra ☐ Asiática ☐ Latino-americana ☐ Outra

Saúde					
Assinale com um círculo ou uma cruz o número correspondente à sua resposta	Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito mau
De um modo geral, como avalia o seu estado de saúde?	1	2	3	4	5
De um modo geral, como avalia o estado de saúde do/a seu/sua companheiro/a?	1	2	3	4	5

Problemas de Saúde

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

Condição médica	Nunca	Actualmente	No passado	Data de início (aproximadamente há...)
Acidente vascular cerebral				
Alergias				
Arteriosclerose				
Ansiedade				
Depressão				
Diabetes				
Doença cardiovascular				

Doença neurológica				
Doença oncológica (cancro)				
Doenças dos ossos/ articulações				
Infeções sexualmente transmissíveis (link 1)				
Dores de cabeça crónicas/enxaquecas				
Endometriose				
Epilepsia				
Excesso de colesterol				
Fibromialgia				
Hipertensão arterial				
Hipotensão arterial				
Problemas de tiróide				
Síndrome de fadiga crónica				
Síndrome do cólon irritável				
Abuso de álcool/drogas				
Asma				
Anemia				
Doenças de pele				
Dor Crónica				
Outros problemas de saúde (por favor, especifique): _____ _____ _____ _____				
Link 1- Por favor indique se alguma vez contraiu alguma das seguintes infeções: ☐ Vaginose bacteriana (corrimento e odor anormal) ☐ Clamídia ☐ Verrugas Genitais ☐ Herpes Genital ☐ HIV ☐ HPV ☐ Doença Inflamatória Pélvica ☐ Sífilis ☐ Candidíase ☐ Tricomoníase ☐ Nenhuma				

Medicação

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

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

Cirurgias

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

Se sim, qual dos seguintes:

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

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

Tipo de Cirurgia	Data

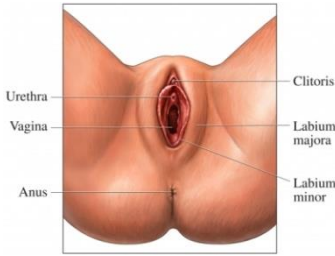
História Familiar

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

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

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

História da Dor									
1. Sente dor na zona genital quando tem relações sexuais?									
Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre					
0	1	2	3	4					
2. Desde quando apresenta estes sintomas? _____ anos e _____ meses									
3. Algum profissional de saúde lhe explicou a causa desta dor? ☐ Sim ☐ Não									
4. Algum profissional de saúde lhe fez um diagnóstico clínico? ☐ Sim ☐ Não Se sim, especifique o diagnóstico: _____									
5. Quanto tempo passou entre o início dos seus sintomas e a obtenção do diagnóstico? _____ anos e _____ meses									
6. Desde que começou a sentir dor, sentiu que os seus sintomas: ☐ 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?									
☐ Não houve tentativa de penetração vaginal									
Sem dor Dor moderada Pior Dor Possível 1 2 3 4 5 6 7 8 9									

11. Por favor assinale a intensidade média de desconforto durante as tentativas de penetração nos últimos 4 a 6 meses. ☐ Não houve tentativa de penetração vaginal <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">Sem dor</td> <td colspan="6"></td> <td colspan="2">Dor moderada</td> </tr> <tr> <td>Pior</td> <td>Dor Possível</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td></td> </tr> </table>										Sem dor								Dor moderada		Pior	Dor Possível									1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Sem dor								Dor moderada																															
Pior	Dor Possível																																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9																															
12. Por favor identifique em que zona (s) da vulva sente um maior desconforto e assinale a intensidade da dor nessa(s) zona(s) numa escala de 0 a 10: ☐ Clitoris ____/10 ☐ Grandes Lábios ____/10 ☐ Pequenos lábios ____/10 ☐ Uretra ____/10 ☐ Entrada vaginal ____/10 ☐ Outro (por favor, especifique _____) ____/10 																																							
13. E frequente a dor irradiar-se para outras áreas? ☐ Sim ☐ Não																																							
14. Com que intensidade os músculos da parede vaginal ficam tensos ou contraem quando a tentativa de relações sexuais ou penetração com o(a)seu (sua) parceiro(a)? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Sem tensão</td> <td>Pouca tensão</td> <td>Algumas tensão</td> <td>Tensão moderada</td> <td>Tensão elevada</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>										Sem tensão	Pouca tensão	Algumas tensão	Tensão moderada	Tensão elevada	0	1	2	3	4																				
Sem tensão	Pouca tensão	Algumas tensão	Tensão moderada	Tensão elevada																																			
0	1	2	3	4																																			
15. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente																																							
16. Em que medida esse problema interfere na sua vida (ex: qualidade de vida em geral, relacionamento com parceiro, relacionamento com familiares e amigos, estado de humor, vida profissional, etc.)? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente																																							
17. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao seu parceiro? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente																																							
18. Por favor indique qual o grau de medo ou ansiedade que sente em relação à dor quando a tentativa de manter relações sexuais ou penetração vaginal com o/a seu/sua parceiro/a? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Nenhum</td> <td>Pouco</td> <td>Algum</td> <td>Moderada</td> <td>Elevada</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>										Nenhum	Pouco	Algum	Moderada	Elevada	0	1	2	3	4																				
Nenhum	Pouco	Algum	Moderada	Elevada																																			
0	1	2	3	4																																			
19. Para as seguintes 4 questões, por favor considere a escala de 0 a 10, em que o 0 representa a ausência total de dor e o 10 o grau de dor máximo que consegue suportar.																																							

Provocada diz respeito a dor com toque directo e não-provocada diz respeito à presença de dor sem haver toque.

- a. Que valor atribui aos seus piores sintomas de dor provocada? ____/10
- b. Que valor atribui aos habituais sintomas de dor provocada? ____/10
- c. Que valor atribui aos seus piores sintomas de dor não-provocada? ____/10
- ☐ não experiencio dor não-provocada
- d. Que valor atribui aos habituais sintomas de dor não-provocada? ____/10
- ☐ não experiencio dor não-provocada

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

- ☐ Constantes/sempr e 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:

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

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

1ª escolha _____

2ª escolha _____

3ª escolha _____

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

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

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

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

História Sexual

1. Alguma vez teve relações sexuais com penetração vaginal? ☐ Sim ☐ Não																					
2. Alguma vez experienciou penetração vaginal sem dor? ☐ Sim ☐ Não																					
3. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual com penetração vaginal? _____ anos.																					
4. Tem no momento um/a parceiro/a sexual? ☐ Sim ☐ Não																					
5. Teve relações sexuais com penetração vaginal nos últimos três meses? ☐ Sim ☐ Não																					
6. Se não, assinale a melhor razão para explicar este facto: ☐ não tentei porque a minha expectativa é que ia ser muito doloroso ☐ não tentei porque fui aconselhada a não fazê-lo ☐ Não tentei porque de momento não tenho parceiro ☐ Não tentei por outras razões (indique, por favor _____) 																					
7. Se sim, quantas vezes por mês tem relações sexuais com penetração vaginal? _____ por mês.																					
8. Qual a percentagem de vezes experienciou dor na zona genital sempre que teve relações sexuais com penetração vaginal? (por exemplo, se sentiu dor nas 10 vezes que tentou a penetração, deverá escrever, 100% das vezes) _____%																					
9. No momento presente sofre de dor no decorrer da penetração vaginal? ☐ Sim ☐ Não																					
10. A dor surge com a penetração na vagina? ☐ Sim ☐ Não																					
11. A dor ocorre em profundidade na zona pélvica? ☐ Sim ☐ Não																					
12. Acontece, por vezes, a penetração vaginal não ser possível? ☐ Sim ☐ Não																					
13. Quando os meus sintomas 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 condição? 0=Inexistente 10 = completo <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> <td style="width: 10%;">6</td> <td style="width: 10%;">7</td> <td style="width: 10%;">8</td> <td style="width: 10%;">9</td> <td style="width: 10%;">10</td> </tr> </table>											0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
16. Considera que tem mais algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual? ☐ Sim ☐ Não Se respondeu <u>sim</u> , a que nível sente mais esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções) ☐ Desejo ☐ Excitação ☐ Lubrificação ☐ Orgasmo ☐ Aversão																					

17. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente	
18. Em que medida esse problema interfere na sua vida (ex: qualidade de vida em geral, relacionamento com parceiro, relacionamento com familiares e amigos, estado de humor, vida profissional, etc.)? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente	
19. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao seu parceiro? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente	
20. O que fez para tentar resolver o problema? (Escolha uma ou mais das alternativas seguintes) ☐ Procurou algum tipo de ajuda, médica ou outra ☐ Falou com o/a seu/sua parceiro/a ☐ Procurou informação ☐ Não fez nada ☐ Outra (especifique, por favor)	
21. Considera que o/a seu/sua parceiro/a tem algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual? ☐ Sim ☐ Não Se respondeu sim, a que nível considera que existe esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções de resposta) (opções no caso de um parceiro sexual) ☐ Desejo ☐ Disfunção erétil ☐ Ejaculação prematura ☐ Ejaculação retardada ou diminuída ☐ Dor ☐ Aversão (opções no caso de uma parceira sexual) ☐ Desejo ☐ Excitação ☐ Lubrificação ☐ Orgasmo ☐ Vaginismo ☐ Dor ☐ Aversão	
22. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao/à seu/sua parceiro/a? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente	
23. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar a si? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente	
24. Caso se aplique, indique quais os tratamentos que já recebeu para dificuldades sexuais. Caso não tenha recebido nenhum tratamento medicamentoso, não assinale nada.	
Tratamento	Sim
Injeções Vasodilatadoras (companheiro)	
Viagra (companheiro)	
Medicação oral (para além do Viagra – companheiro)	
Lubrificantes vaginais	

MUSE (medicação Intra-uterina - companheiro)	
Dispositivos de Vácuo (companheiro)	
Psicoterapia	
Terapia Sexual	
Implante Peniano (companheiro)	
Terapia de casal	
Outros:	
25. Alguma vez foi alvo de abuso sexual?	
☐ Não ☐ Sim	
Se <u>sim</u> , em que fase(s) do seu desenvolvimento (assinale uma ou mais opções)?	
☐ criança ☐ adolescente ☐ jovem adulto ☐ meia-idade ☐ terceira idade	
26. Actualmente tem sido incomodada com situações tais como pensamentos ou sonhos acerca do acontecimento, ou sente mal-estar quando vê ou ouve algo que a faz lembrar o acontecimento?	
☐ Não ☐ Sim	
27. Alguma vez se envolveu em atividades que a pusessem em risco de contrair SIDA? ☐ Sim ☐ Não	
Em caso afirmativo, por favor, explique:	

História da Menstruação e Ginecológica
1. Idade da primeira menstruação: _____ anos
2. Indique, por favor, em que fase se encontra atualmente: ☐ Pré-menopausa (ainda tem menstruações regularmente) ☐ Peri-menopausa (tem menstruações irregulares e intercaladas; não menstrua há 2 meses ou mais, até 12 meses) ☐ Pós-menopausa (não menstrua há 12 meses ou mais)
3. O seu período menstrual é regular? ☐ Sim ☐ Não
4. Qual foi a data da sua última menstruação? _____
5. Habitualmente a hemorragia menstrual tem a duração de quantos dias? _____
6. Que tipo de produto sanitário usa para a sua higiene íntima? _____
7. Sofre de algum problema de pele, couro cabeludo e /ou unhas (p. ex. eczema)? ☐ Sim ☐ Não
8. A sua pele apresenta algum tipo de sensibilidade a perfumes, sabonete, etc? ☐ Sim ☐ Não
9. Ocorrem hemorragias entre os períodos menstruais? ☐ Sim ☐ Não
10. Experimenta dor com o seu ciclo menstrual? ☐ Sim ☐ Não
11. Ocorre algum tipo de hemorragia após a penetração vaginal? ☐ Sim ☐ Não
12. Apresenta actualmente 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 _____ ☐ Cesarianas planeadas _____ ☐ cesarianas de emergência _____ ☐ Partos vaginais _____ ☐ Número de nados vivos _____ ☐ Abortos espontâneos _____ ☐ Interrupções Voluntárias da Gravidez _____
4. Alguma vez teve dificuldades em engravidar (infertilidade) quando assim o desejou? ☐ Sim ☐ Não
5. Especifique eventuais complicações que possam ter surgido na gravidez e parto: _____
6. Os seus sintomas de dor já estavam presentes antes da sua primeira gravidez? ☐ Sim ☐ Não Anos desde a primeira gravidez: _____ anos
7. Para as seguintes três questões, por favor classifique de 0 a 10 (0= sem dor e 10 = a pior dor que consigo suportar) a. Classifique em média o nível de dor na zona genital antes da gravidez: _____ b. Classifique em média o nível de dor na zona genital durante a gravidez: _____ c. Classifique em média o nível de dor na zona genital depois do parto: _____
10. A sua condição de dor teve impacto na sua gravidez? ☐ Sim ☐ Não Se sim, explique como: _____ _____ _____ _____
11. Por favor, selecione qualquer uma das seguintes opções (se apropriado) que acredita que podem ter estado relacionadas com o surgimento da sua dor. Se achar que não esteve relacionado com nenhum destes fatores, por favor selecione a opção correspondente: ☐ Gravidez ☐ Parto ☐ Amamentação ☐ Fadiga constante ☐ Não relacionado com nenhum destes fatores ☐ Outro _____

História da Contraceção		
	Usei no passado	Uso no presente
Pílula Contraceptiva	☐	☐ Idade da primeira toma _____
Preservativo Masculino	☐	☐
Preservativo Feminino	☐	☐
DIU	☐	☐
Anel vaginal	☐	☐
Implante subdérmico	☐	☐
Espermicidas	☐	☐
Métodos naturais (calendário, temperatura)	☐	☐
Outro: _____	☐	☐
Não uso nenhum método contraceptivo	☐	

Questionário Introdutório para Grupo de Mulheres com Dor Crónica, Outras Disfunções Sexuais e Mulheres da População Geral.

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

Exclusivamente heterossexual	1	2	3	4	5
Exclusivamente homossexual					

Religião:
 Professa alguma religião?
☐ Não ☐ Sim
 Se _____ respondeu sim, por favor especifique qual: _____
 Qual o grau em que considera ser praticante? (coloque um círculo no número correspondente à sua escolha):
 Muito pouco 1 2 3 4 Muitíssimo

Origem ou etnia:
☐ Caucasiana/ branca ☐ Negra ☐ Asiática ☐ Latino-americana ☐ Outra

Saúde

Assinale com um círculo ou uma cruz o número correspondente à sua resposta	Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito mau
De um modo geral, como avalia o seu estado de saúde?	1	2	3	4	5
De um modo geral, como avalia o estado de saúde do/a seu/sua companheiro/a?	1	2	3	4	5

Problemas de Saúde

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

Condição médica	Nunca	Actualmente	No passado	Data de início (aproximadamente há...)
Acidente vascular cerebral				
Alergias				
Arteriosclerose				
Ansiedade				
Depressão				
Diabetes				
Doença cardiovascular				
Doença neurológica				
Doença oncológica (cancro)				
Doenças dos ossos/ articulações				

Infeções sexualmente transmissíveis (link 1)				
Dores de cabeça crónicas/enxaquecas				
Endometriose				
Epilepsia				
Excesso de colesterol				
Fibromialgia				
Hipertensão arterial				
Hipotensão arterial				
Problemas de tiróide				
Síndrome de fadiga crónica				
Síndrome do cólon irritável				
Abuso de álcool/drogas				
Asma				
Anemia				
Doenças de pele				
Dor Crónica				
Outros problemas de saúde (por favor, especifique): _____ _____ _____				

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

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

Medicação		
De entre os medicamentos seguintes, assinale, por favor qual ou quais deles toma atualmente e quando se iniciou a sua toma. Caso não tome nenhum medicamento, não assinale nada.		
Medicação	Sim	Data de início (aproximadamente há...)
Anorexiantes		
Antidepressivos		
Antihipertensores		

Antipsicóticos/ Neurolépticos		
Benzodiazepinas		
Cardiotónicos		
Diuréticos		
Sedativos		
Terapêutica de substituição hormonal (TSH)		
Vasodilatadores		
Outra medicação (por favor, especifique): _____		

Cirurgias

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

Sim ☐ Não

Se sim, qual dos seguintes:

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

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

Tipo de Cirurgia	Data

História Familiar

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

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

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

História da Dor				
1. Sente dor em alguma parte do corpo? ☐ Sim ☐ Não				
2. Se sim, por favor indique em que parte(s)				
a. Caso tenha indicado mais do que um parte do corpo em que sinta dor, por favor indique qual é a mais frequente e invalidante:				
3. A partir deste momento pedimos que responda às questões tendo sempre em conta a dor que assinalou como a mais frequente e invalidante.				
a. Com que frequência ela está presente?				
Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3	4
4. Desde quando apresenta estes sintomas? _____ anos e _____ meses				
5. Algum profissional de saúde lhe explicou a causa desta dor?				
6. Algum profissional de saúde lhe fez um diagnóstico clínico? ☐ Sim ☐ Não Se sim, especifique o diagnóstico:				
7. Quanto tempo passou entre o início dos seus sintomas e a obtenção do diagnóstico? _____ anos e _____ meses				
8. Desde que começou a sentir dor, sentiu que os seus sintomas: ☐ diminuíram com o tempo ☐ aumentaram com o tempo ☐ não houve qualquer alteração				
9. Alguma vez esta problemática desapareceu completamente, desde que se deu o início dos sintomas? ☐ Não ☐ Sim Se sim, quando e porquê? _____				

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

11. 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

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

13. Por favor indique qual o grau de medo ou ansiedade que sente em relação à dor:

Nenhum	Pouco	Algum	Moderada	Elevado
0	1	2	3	4

14. 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 direto e não-provocada diz respeito à presença de dor sem haver toque.

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

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

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

☐ não experiencio dor não-provocada

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

☐ não experiencio dor não-provocada

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

- ☐ Constantes/semprer presentes (ocorrem sem haver toque, por exemplo quando está deitada)
- ☐ Intermitentes (ocorrem sem toque)
- ☐ Cíclicos (ocorrem sem toque)
- ☐ Ocorrem com qualquer tipo de toque ou pressão na zona afetada

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

Se sim, por favor indique _____

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

Se sim, por favor indique _____

18. Que causa atribui ao seu problema de dor? _____

19. Já foi sujeita a algum tipo de tratamento para a sua dor ? ☐ Sim ☐ Não Considerando os profissionais de saúde que consultou, e de uma forma geral como os classificaria: Inexistente Completamente a. Em relação à ajudada prestada: 0 1 2 3 4 b. Em relação ao suporte prestado: 0 1 2 3 4																																									
20. Por favor liste os tratamentos que tentou previamente e que gostaria que continuar a tentar: 1ªescolha _____ 2ªescolha _____ 3ªescolha _____																																									
21. Por favor indique o grau de concordância com cada uma das seguintes questões acerca dos eu problema, usando a seguinte escala: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Totalmente falso</td> <td style="text-align: center;">Provavelmente falso</td> <td style="text-align: center;">Nem falso nem verdadeiro (ou não se aplica)</td> <td style="text-align: center;">Provavelmente Verdadeiro</td> <td style="text-align: center;">Totalmente verdadeiro</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table>						Totalmente falso	Provavelmente falso	Nem falso nem verdadeiro (ou não se aplica)	Provavelmente Verdadeiro	Totalmente verdadeiro	0	1	2	3	4																										
Totalmente falso	Provavelmente falso	Nem falso nem verdadeiro (ou não se aplica)	Provavelmente Verdadeiro	Totalmente verdadeiro																																					
0	1	2	3	4																																					
a. Se a minha dor continuar com a presente intensidade eu vou ser incapaz de trabalhar b. A minha dor não tem que interferir com o meu nível de atividade c. Eu considero-me uma pessoa com limitações d. A minha dor não me impede de ter uma vida fisicamente ativa e. A minha dor impediria qualquer pessoa de ter uma vida fisicamente ativa	0 0 0 0 0	1 1 1 1 1	2 2 2 2 2	3 3 3 3 3	4 4 4 4 4																																				
22. Assinale com um X na tabela seguinte, de que forma as seguintes atividades estão limitadas pela sua dor sexual. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Nada Limitado</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Limitado</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Extremamente Limitado</th> </tr> <tr><td>Exercício aeróbico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Cuidar dos filhos</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Escolha de roupa</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Andar de bicicleta</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Emprego</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tarefas domésticas</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Atividade sexual</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Estar sentada</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>							Nada Limitado	Limitado	Extremamente Limitado	Exercício aeróbico				Cuidar dos filhos				Escolha de roupa				Andar de bicicleta				Emprego				Tarefas domésticas				Atividade sexual				Estar sentada			
	Nada Limitado	Limitado	Extremamente Limitado																																						
Exercício aeróbico																																									
Cuidar dos filhos																																									
Escolha de roupa																																									
Andar de bicicleta																																									
Emprego																																									
Tarefas domésticas																																									
Atividade sexual																																									
Estar sentada																																									

Dormir			
Andar a pé			

História Sexual
1. Alguma vez teve relações sexuais com penetração vaginal? ☐ Sim ☐ Não
2. Alguma vez experienciou penetração vaginal com dor? ☐ Sim ☐ Não
3. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual com penetração vaginal? _____ anos.
4. Tem no momento um/a parceiro/a sexual? ☐ Sim ☐ Não
5. Teve relações sexuais com penetração vaginal nos últimos três meses? ☐ Sim ☐ Não
6. Se não, assinale a melhor razão para explicar este facto: ☐ não tentei porque a minha expectativa é que ia ser muito doloroso ☐ não tentei porque fui aconselhada a não fazê-lo ☐ Não tentei porque de momento não tenho parceiro ☐ Não tentei por outras razões (indique, por favor _____)
7. Se sim, quantas vezes por mês tem relações sexuais com penetração vaginal? _____ por mês.
8. Qual a percentagem de vezes experienciou dor na zona genital sempre que teve relações sexuais com penetração vaginal? (por exemplo, se sentiu dor nas 10 vezes que tentou a penetração, deverá escrever, 100% das vezes) _____%
9. Considera que tem algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual? ☐ Sim ☐ Não <u>Se respondeu sim</u> , a que nível sente mais esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções) ☐ Desejo ☐ Excitação ☐ Lubrificação ☐ Orgasmo ☐ Dor ☐ ☐ Vaginismo ☐ Aversão
10. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente
11. 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
12. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao seu parceiro? ☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

13. Quando os meus sintomas impendem a atividade sexual, você e o seu/sua companheiro/a: (assinale todas as que se apliquem):

- ☐ Ambos evitam intimidade sexual
- ☐ São fisicamente próximos, mas evitam o estado de excitação sexual
- ☐ São sexualmente próximos, mas evitam a penetração sexual
- ☐ Focam-se no prazer do seu/sua companheiro/a
- ☐ Têm relações sexuais como habitualmente
- ☐ Não tem um/a parceiro/a sexual.

14. Se se encontra numa relação, o (a) seu (sua) parceiro (a) tem noção do seu problema?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não tenho companheiro

15. Se se encontra numa relação, como classifica o suporte do seu companheiro(a) no que diz respeito à sua condição?

0=Inexistente

10 = completo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

16. 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)

17. 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)

(opções no caso de um parceiro sexual)

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

(opções no caso de uma parceira sexual)

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

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

- ☐ Nada
- ☐ Alguma coisa
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bastante
- ☐ Extremamente

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

- ☐ Nada
- ☐ Alguma coisa
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bastante
- ☐ Extremamente

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

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

Outros:

21. Alguma vez foi alvo de abuso sexual?

☐ Não ☐ Sim

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

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

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

☐ Não ☐ Sim

23. 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
14. Quando é que realizou o último exame de Papanicolau? _____/_____ (mês/ano)
15. Alguma vez teve resultados fora do normal neste exame? ☐ Sim ☐ Não
16. Alguma vez teve outro tipo de problema ginecológico? ☐ Sim ☐ Não Se sim, refira e descreva brevemente, por favor: _____ _____

História da Gravidez
1. Encontra-se atualmente grávida? ☐ Sim ☐ Não
2. Já alguma vez esteve grávida? ☐ Sim ☐ Não
3. Se já esteve grávida, por favor indique o número de: ☐ Gravidezes _____ ☐ Cesarianas planeadas _____ ☐ cesarianas de emergência _____ ☐ Partos vaginais _____ ☐ Número de nados vivos _____ ☐ Abortos espontâneos _____ ☐ Interrupções Voluntárias da Gravidez _____
4. Alguma vez teve dificuldades em engravidar (infertilidade) quando assim o desejou? ☐ Sim ☐ Não
5. Especifique eventuais complicações que possam ter surgido na gravidez e parto: _____ _____ _____

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

Dor Sexual Feminina: Variáveis associadas

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

Anexo D. Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

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

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

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

Anexo E. Subescala de pensamentos automáticos negativos (QMS)

(Nobre & Pinto-Gouveia, 2003a)

O quadro que se segue contém um conjunto de pensamentos que podem surgir ou não durante a sua actividade sexual. Pede-se que indique a frequência com que estes pensamentos ocorrem durante os seus actos sexuais.

PENSAMENTOS					
TIPO DE PENSAMENTOS	FREQUÊNCIA				
	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Esta forma de falar excita-me	1	2	3	4	5
2. Estes movimentos e posições são fabulosos	1	2	3	4	5
3. "Fazer" amor é maravilhoso	1	2	3	4	5
4. Não estou a conseguir	1	2	3	4	5
5. Não posso sentir nada	1	2	3	4	5
6. O meu corpo deixa-o extasiado (louco)	1	2	3	4	5
7. Quando é que isto acaba?	1	2	3	4	5
8. Só faço isto porque ele me pediu	1	2	3	4	5
9. Sou a mulher mais feliz do mundo	1	2	3	4	5

Anexo F. *Sexual Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-S)*

(Adam, Heeren, Day & de Sutter, 2015)

Por favor, avalie cada uma das seguintes informações de acordo com a escala. Assinale o número que melhor descreve a sua opinião sobre o que considera ser geralmente verdadeiro para si, durante a actividade sexual com o seu parceiro/a.

- 1- Nunca ou muito raramente verdadeiro**
- 2- Raramente verdadeiro**
- 3- Algumas vezes verdadeiro**
- 4- Frequentemente verdadeiro**
- 5- Muito frequentemente ou sempre verdadeiro**

1. Eu consigo identificar facilmente quando estou excitado/a.
2. Quando o meu/minha parceiro/a me acaricia ou me beija, é difícil para mim perceber as sensações corporais que isso me provoca.
3. Eu não dirijo a minha atenção às mudanças físicas quando estou excitado/a (lubrificação vaginal, calor, etc.)
4. Eu consigo perceber como os gestos do meu/minha parceiro/a influenciam as minhas emoções e excitação sexual.
5. Eu posso facilmente fazer meu/minha parceiro/a entender o que me faria bem ou o que eu quero sexualmente.
6. É difícil para mim comunicar ao meu/minha parceiro/a o que sinto durante a relação sexual.
7. Eu consigo facilmente notar as minhas emoções durante a relação sexual.
8. Eu não consigo dizer se gosto ou não de uma atividade sexual específica.

9. Eu sou incapaz de atingir o orgasmo porque eu estou frequentemente distraído/a.
10. Habitualmente estou realmente disponível e presente durante a relação sexual.
11. Tenho habitualmente a sensação de estar em "piloto automático" durante a relação sexual, sem ser capaz de "me deixar ir" na experiência.
12. Tenho a sensação de ter sempre atividades sexuais consentidas.
13. Não me auto-critico quando me ocorrem fantasias sexuais que avalio como sendo "tabu".
14. Penso que deveria atingir o orgasmo mais rapidamente.
15. Eu não me julgo quando não consigo atingir o orgasmo.
16. Pendo que algumas das minhas emoções são más e inapropriadas e que não as devia sentir.
17. Quando fico insatisfeito/a com a relação sexual, eu consigo distanciar-me e ter uma outra perspetiva da experiência.
18. Quando tenho pensamentos e imagens perturbadores, apenas me apercebo deles e "deixo-os ir".
19. Quando tenho emoções negativas, deixo-me dominar por elas.