

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O PAPEL DA QUALIDADE DA RELAÇÃO E DA RESPOSTA DO PARCEIRO NA
DOR SEXUAL FEMININA**

Lisete Ferreira

Outubro, 2015

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pelo Professor Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho
Nobre e pela Professora Doutora Cátia Margarida dos Santos Pereira de
Oliveira (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Por terem tornado este projeto viável, por terem contribuído para a sua concretização, por sempre me terem apoiado e acreditado em mim, devo um agradecimento especial (do fundo do coração)...

Em primeiro lugar, ao Professor Doutor Pedro Nobre e à Professora Doutora Cátia Oliveira, que me inspiraram nesta temática e me apresentaram com a sua sabedoria e discernimento. Agradeço-lhes por nunca terem desistido de mim apesar dos meus vacilos e pela forma paciente como guiaram o meu percurso através de críticas construtivas e apoio emocional, permitindo-me crescer e finalizar este projeto. Obrigada por tudo!

À Ana Camacho, minha bússula, sempre presente nos bons e nos maus momentos, sempre disposta a ajudar e com a palavra certa na ponta da língua e que nunca me deixou desistir. É bom ter amigos assim!

À minha Rachel, companheira desta jornada, obrigada pela partilha e pelo incentivo e por estares sempre lá para apaziguar os meus devaneios e pelo apoio incondicional.

À Catarina e à Patrícia, por serem terem sido incansáveis e por me permitirem descontraír sem perder o foco.

À minha família, em especial à minha mãe, que sempre me apoiou e fez tudo por mim, por ser a minha base segura e por me ter permitido crescer e ter uma educação superior.

Às minha colegas de mestrado do SexLab, sempre prestáveis e divertidas e ao mesmo tempo excelentes profissionais. Desejo-vos muito sucesso!

Não menos importante, aos participantes deste estudo, que me permitiram realizar este projeto.

Resumo

A dor sexual feminina é um fenómeno complexo. Vários fatores de natureza relacional parecem contribuir para o agravamento ou manutenção desta problemática, exercendo uma influência quer ao nível cognitivo, nomeadamente nas crenças e pensamentos, quer ao nível emocional, traduzindo-se em mal-estar físico e psicológico.

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar o papel de diferentes variáveis psicossociais e relacionais, como a satisfação relacional, a satisfação sexual, o funcionamento sexual e a perceção das respostas do parceiro perante a dor, nos níveis de intensidade e catastrofização da dor sexual feminina.

Participaram neste estudo um total de 30 casais heterossexuais, em que a mulher apresentou dor sexual e cuja relação tinha duração superior a seis meses. Os participantes responderam a um conjunto de questionários *online* que avaliavam as variáveis em estudo (a satisfação relacional, a satisfação sexual, o funcionamento sexual, a perceção das respostas do parceiro perante a dor e os níveis de intensidade de dor e catastrofização).

Os resultados mostraram que, relativamente à intensidade da dor, surgiram como principais preditores a satisfação relacional e a perceção de repostas punitivas e facilitativas do parceiro, tendo em conta as variáveis femininas, e o funcionamento sexual e as respostas punitivas e facilitativas, tendo em conta as variáveis do parceiro. Assim, quanto maior a satisfação relacional da mulher, maior a perceção de repostas facilitativas e mais repostas facilitativas do parceiro, menor foi a intensidade da dor na mulher e quanto maior a perceção de repostas punitivas, menor foi o funcionamento sexual do parceiro e mais repostas punitivas do parceiro, maior é a intensidade da dor. No que diz respeito à catastrofização, surgiram como principais preditores a satisfação relacional e a perceção de repostas solícitas e facilitativas do parceiro, relativas à mulher, e as repostas punitivas relativas ao companheiro. Assim quanto maior foi a satisfação relacional e maior foi a perceção de repostas facilitativas, menor foi a catastrofização na mulher e quanto menor foi a perceção de repostas solícitas e maior a frequência de repostas punitivas do parceiro, maior foi a catastrofização na mulher.

Com estes resultados podemos concluir que é de grande importância incluir o parceiro na avaliação e tratamento da mulher com dor sexual, uma vez que as variáveis relacionais parecem ter alguma influência quer ao nível da intensidade da dor na mulher, quer ao nível da catastrofização.

Abstract

Women sexual pain is a complex phenomenon. Many factors regarding the relational context may contribute for aggravation or maintenance of a sexual pain, having an influence in cognitive (beliefs and thoughts), emotional and physical levels.

The present study aimed to evaluate the role of different psychosocial and relational variables, such as relational satisfaction, sexual satisfaction, sexual functioning, and partner perceived responses to pain, in pain intensity and its catastrophizing levels.

Thirty heterosexual couples participated in this study, with women having sexual pain. Both members of the couple answered a set of questionnaires online that were made available in two different links.

Regarding pain intensity results showed that relational satisfaction, partner perceived punitive and facilitative responses, taking into account the female variables, and sexual functioning and partner punitive and facilitative responses, taking into account the partner variables, were the main predictors. More specifically, greater relational satisfaction, greater perception of facilitative responses, and more facilitative partner responses, lead to lower pain intensity in women. Also, greater perception of punitive responses, lower male sexual functioning, and more partner punitive responses, lead to greater pain intensity. With respect to pain catastrophizing, relational satisfaction, partner perceived solicitous and facilitative responses, taking into account female variables, and punitive responses, taking account partner variables, emerged as main predictors. Greater relational satisfaction and greater partner perceived facilitative responses, lead to lower catastrophizing in women, and lower partner perceived solicitous responses, and more punitive partner responses, lead to greater pain catastrophizing in women.

Results showed the importance of partner responses in the context of sexual pain and the importance of his inclusion on the assessment and treatment protocols for women with these difficulties.

Résumé

La douleur sexuelle féminine est complexe. Plusieurs facteurs de source psychosociale et relationnel peuvent contribuer pour l'aggravation ou maintenance de ce problème, influençant le niveau cognitif, en particulier dans les croyances et les pensées, et le plan émotionnel, cause de un inconfort physique et psychologique.

Cette étude visait à évaluer différentes variables relationnelles, ceux-ci sont la satisfaction relationnelle, la satisfaction sexuelle, la performance sexuelle et la perception des réponses des partenaires à la douleur, dans les niveaux d'intensité et catastrophisme de la douleur sexuelle féminine.

Dans cet étude ont participé 30 couples hétérosexuels dont la femme avait la douleur sexuelle et la relation avait plus de six mois. Les participants ont répondu des questionnaires en ligne qui permettaient évaluer les variables de l'étude (satisfaction relationnelle, la satisfaction sexuelle, la performance sexuelle et la perception des réponses des partenaires à la douleur, dans les niveaux d'intensité et catastrophisme).

Les résultats ont montré que l'intensité de la douleur avait comme principaux prédicteurs la satisfaction relationnelle et la perception des réponses punitifs et de facilitation du partenaire, en tenant en compte les variables de sexe féminin, et le performance sexuelle et des réponses punitives et de facilitation, en tenant compte les variables partenaires. Ainsi, plus la satisfaction relationnelle de la femme, plus la perception des réponses de facilitation et plus les réponses de facilitation du partenaire, l'intensité de la douleur femelle abaisse, et plus la perception des réponses punitifs, plus bas fut la performance sexuelle et plus de réponses punitifs du partenaire, plus l'intensité de la douleur femelle. Le catastrophisme avait comme principaux prédicteurs la satisfaction relationnelle et la perception des réponses de sollicitude et de facilitation du partenaire, concernant les femmes, et les réponses punitifs concernant le compagnon. Donc, plus la satisfaction relationnelle plus grande était la perception des réponses de facilitation, plus bas le catastrophisme femelle et plus bas était la perception de réponses de sollicitude et plus de réponses punitifs du partenaires, plus le catastrophisme femelle.

Avec ces résultats, nous pouvons conclure que est très important inclure le partenaire dans l'évaluation et le traitement des femmes souffrant de douleur sexuelle, puisque les variables relationnelles ont montré influence dans l'intensité de la douleur femelle et du catastrophisme.

Índice

Introdução	1
1. Fenómeno da Dor	2
1.1. O Casal e a Dor Crónica	3
2. Dor Sexual Feminina	5
2.1. Dispareunia	6
2.2. Vaginismo	7
2.3. Satisfação Sexual, Satisfação Relacional, e Respostas do Parceiro Face à Dor Sexual	7
2.4. Catastrofização e Dor Sexual	10
2.5. Funcionamento Sexual e Dor Sexual	11
2.6. Objetivos e Hipóteses	12
Estudo Empírico	14
1. Metodologia	14
1.1. Participantes	14
2.1. Procedimentos	15
2.2. Instrumentos	16
1.3.1 <i>Questionário Introdutório Geral</i>	16
2.2.1. <i>Medida Global da Satisfação Relacional (GMREL)</i>	17
2.2.2. <i>Medida Global da Satisfação Sexual (GMSEX)</i>	17
<i>Versão masculina</i>	19
2.2.4. <i>Questionário McGill sobre a Dor - Modelo Resumido (SF-MPQ)</i>	19
2.2.5. <i>Escala de Desânimo associado à Dor (PCS)</i>	20
2.2.6. <i>Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)</i>	20
2.2.7. <i>Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)</i>	21
2.3. Análise de Dados	22
3. Resultados	23

3.1. Satisfação Relacional Feminina, Satisfação Sexual Feminina, Funcionamento Sexual Feminino na Intensidade e Catastrofização da Dor	23
3.2. Respostas Solícitas e Respostas Punitivas percebidas pela mulher e Intensidade da Dor e Catastrofização na mulher	24
3.3. Respostas Distratoras percebidas pela mulher e Respostas Facilitativas percebidas pela mulher e Intensidade da Dor e Catastrofização	25
3.4. Satisfação Relacional Masculina, Satisfação Sexual Masculina, Funcionamento Sexual Masculino e Intensidade da Dor e Catastrofização na mulher	26
3.5. Respostas Solícitas e Respostas Punitivas e Intensidade da Dor e Catastrofização na mulher	27
3.6. Respostas Distratoras e Respostas Facilitativas e Intensidade da Dor e Catastrofização na mulher	28
4. Discussão	29
5. Conclusão	33
Referências Bibliográficas	35
ANEXO A	42
Protocolo Feminino	42
ANEXO B	67
Protocolo Masculino	67

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1 – Características Sócio-Demográficas</i>	<i>14</i>
<i>Tabela 2 - Análise de regressão múltipla (método enter) para satisfação relacional, satisfação sexual e funcionamento sexual femininos, como preditores da intensidade da dor</i>	<i>23</i>
<i>Tabela 3 - Análise de regressão múltipla (método enter) para satisfação relacional, satisfação sexual e funcionamento sexual femininos, como preditores da catastrofização</i>	<i>24</i>
<i>Tabela 4 - Análise de regressão múltipla (método enter) para respostas solícitas percebidas pela mulher e respostas punitivas percebidas pela mulher, como preditores da intensidade da dor</i>	<i>24</i>
<i>Tabela 5 - Análise de regressão múltipla (método enter) para respostas solícitas percebidas pela mulher e respostas punitivas percebidas pela mulher, como preditores da catastrofização</i>	<i>25</i>
<i>Tabela 6 - Análise de regressão múltipla (método enter) para respostas distratoras percebidas pela mulher e respostas facilitativas percebidas pela mulher, como preditores da intensidade da dor</i>	<i>25</i>
<i>Tabela 7 - Análise de Regressão múltipla (método enter) para respostas distratoras percebidas pela mulher e respostas facilitativas percebidas pela mulher, como preditores da catastrofização.....</i>	<i>26</i>
<i>Tabela 8 - Análise de regressão múltipla (método enter) para satisfação relacional, satisfação sexual e funcionamento sexual masculinos, como preditores da intensidade da dor na mulher</i>	<i>27</i>
<i>Tabela 9 - Análise de regressão múltipla (método enter) para satisfação relacional, satisfação sexual e funcionamento sexual masculinos, como preditores da catastrofização na mulher</i>	<i>27</i>
<i>Tabela 10 - Análise de regressão múltipla (método enter) para respostas solícitas percebidas e respostas punitivas percebidas, como preditores da intensidade da dor na mulher</i>	<i>28</i>
<i>Tabela 11 - Análise de regressão múltipla (método enter) para respostas solícitas e respostas punitivas, como preditores da catastrofização na mulher</i>	<i>28</i>
<i>Tabela 12 - Análise de regressão múltipla (método enter) para respostas distratoras e respostas facilitativas, como preditores da intensidade da dor na mulher</i>	<i>29</i>
<i>Tabela 13 - Análise de regressão múltipla (método enter) para respostas distratoras e respostas facilitativas, como preditores da catastrofização na mulher</i>	<i>29</i>

Introdução

O ser humano é um ser biopsicossocial, logo não só estabelece relações com os outros seres que o rodeiam, sendo influenciado pelos mesmos, como é influenciado pelo meio, que exerce um papel fulcral no seu desenvolvimento e nas relações que estabelece.

Assumindo esta premissa no contexto da dor sexual, podemos inferir que podem existir fatores no contexto relacional e no meio ambiental, que podem contribuir para o agravamento ou manutenção de uma perturbação de dor sexual, traduzindo-se em mal-estar físico e psicológico. Dificuldades desta natureza são assim tidas como uma temática extremamente sensível, na medida em que envolvem comportamentos com uma carga emocional relativamente elevada, ou seja, a intimidade sexual de um casal e as relações sexuais (Grazziotin, 2006).

Segundo LoFrisko (2011), a dor sexual feminina é um objeto de estudo que revela grande interesse, devido à sua influência negativa no bem-estar físico e psicológico da mulher e nas suas relações românticas. É neste sentido que este estudo se revela pertinente, quer pela sua contribuição para a investigação em torno da temática da dor sexual no contexto relacional em Portugal, quer pelas implicações que poderá apresentar para a avaliação e tratamento de casais que vivenciem esta problemática.

Assim, pretende-se investigar o papel da qualidade da relação e das respostas do parceiro na presença da dor sexual feminina, nomeadamente a influência de variáveis psicossociais e relacionais, como a satisfação relacional, a satisfação sexual, o funcionamento sexual e as respostas do outro significativo face à dor, na intensidade da dor e respetivos níveis de catastrofização.

1. Fenómeno da Dor

Atualmente definido pela *International Association for the Study of Pain* (IASP, 1994) como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional, e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (IASP, 1994), o fenómeno da dor recebe, nos dias de hoje, grande atenção por parte da investigação psicológica (Melzack, 2011). Do ponto de vista sensorial, a dor possui um carácter funcional de alertar para um possível perigo, contribuindo assim como um mecanismo protetor e de sobrevivência. Já a presença de uma componente emocional, parece apelar à subjetividade da experiência de dor, estando esta dependente do significado pessoal atribuído (Gomes, 2008). Porém, em termos históricos, a dor tem um passado extenso e bastante distinto da sua concetualização no presente.

Em 1664, Descartes descreveu a “via ascendente para a dor”, que se baseava na assunção de que as sensações físicas provocadas no corpo, nomeadamente na pele, seriam projetadas imediatamente no cérebro, em concreto, no tálamo e e no córtex somatossensorial, responsável pela perceção (Santoro, Bellinghieri, & Savica, 2011; Melzack, 2011).

Apesar do grande interesse que esta teoria suscitou na investigação fisiológica e farmacológica, devido à sua capacidade para explicar a dor aguda seguida a uma lesão, a sua impotência perante a explicação da dor crónica levou ao surgimento de novas teorias, não invalidando, contudo, o contributo de Descartes de que a perceção sensorial é uma função cerebral (Santoro et al., 2011).

Como forma de colmatar esta lacuna, Melzack e Wall apresentaram, em 1965, a Teoria do Portão da Dor, que além de descrever um mecanismo fisiológico específico, enfatiza as funções psicológicas do cérebro como uma componente ativa e essencial na experiencição da dor (Melzack, 2011). No entanto, esta teoria apresenta limitações, não permitindo, por exemplo, explicar a dor em membros fantasma. Surge assim, o Modelo Neuromatrix da Dor (Melzack, 1989; 1999; 2011), de forma breve, este modelo postula a existência de circuitos cerebrais geneticamente determinados, capazes de gerar padrões de impulsos nervosos, que seriam percecionados pelo organismo como dor. Assim, a informação sensorial, visual e cognitivo-emocional vinda do exterior, seria integrada através destes circuitos e depois transformada numa resposta ou output, com a

particularidade desta resposta, ser a vivência pessoal da dor e sua respetiva expressão fisiológica e emocional. Este modo de processamento, postulado por este modelo, constitui um padrão de neuroassinatura intrínseco a cada pessoa (Melzack, 1989; 1999; 2011).

1.1. O Casal e a Dor Crónica

A dor crónica tem consequências não só para a pessoa que a sente, mas também para as pessoas que a rodeiam. Sendo a família, especialmente o/a parceiro/a, as pessoas mais próximas, vai recair sobre as mesmas uma responsabilidade adicional, nomeadamente ao nível da prestação de apoio físico e emocional (Schwartz, & Ehde, 2000). Esta situação gera, habitualmente, grande mal-estar a todas as pessoas envolvidas, especialmente devido à incerteza face às causas subjacentes à dor crónica e possibilidades de tratamento (Schwartz, & Ehde, 2000).

Na literatura são frequentemente descritas a insatisfação sexual e relacional como as principais queixas das pessoas com dor crónica e seus companheiros (Leonard, Cano, & Johansen, 2006; Schwartz, & Ehde, 2000), seguidas de um baixo ajustamento diádico (Payne, & Norfleet, 1986). Outros estudos enfatizam a influência das variáveis relacionais, como a satisfação conjugal e o suporte conjugal na intensidade da dor, incapacidade física e depressão da pessoa com dor (Cano, Weisberg, & Gallagher, 2000; Leonard, Cano, & Johansen, 2006). Também Maruta e Osborne (1978), reportam a presença de um decréscimo da atividade e satisfação sexual, possivelmente relacionado com a própria dor, sentida durante ou após a relação sexual, ou então como efeito secundário da toma de medicação específica para a dor, surgindo associada a fatores psicológicos ou relacionais, como por exemplo, as respostas do outro significativo. A literatura da dor crónica documenta que uma maior perceção de respostas solícitas está associada com maiores níveis de intensidade de dor nos pacientes e também com menores níveis de atividade no geral (Romano et al., 1995; Kerns, Haythornthwaite, Southwic, & Giller, 1990; Boothby, Thorn, Overduin, & Ward, 2004; Lousberg, Schmidt, & Groenman, 1992; Rosen et al., 2010). A aplicação do modelo operante ao contexto da dor crónica por Fordyce em 1976, surge frequentemente associado ao contexto relacional, tendo um grande impacto na investigação sobre dor crónica (Gatzounis, Schrooten, Crombez, & Vlaeyen, 2012). Sendo este um modelo comportamental, mostrou-se como alternativa aos modelos biomédicos ainda vigentes na altura. A premissa inovadora desta perspetiva consiste na distinção entre os fatores que iniciam a problemática da dor e os fatores que a perpetuam, destacando-se a

influência dos mecanismos de condicionamento clássico e operante na dor (Gatzounis et al., 2012). Tendo por base esta premissa, é assim plausível que os comportamentos de dor de uma pessoa com dor crónica, sejam reforçados ou punidos através da interação interpessoal (Leonard, Cano, & Johansen, 2006). Este tipo de comportamentos surgem como resposta à dor e traduzem-se em ações, verbalizações ou expressões faciais, inicialmente com um carácter funcional adaptativo no caso da dor aguda, com um objetivo protetor contra possíveis ameaças e suscitando comportamentos de ajuda por parte do outro. Todavia, quando persistentes no tempo, mesmo sem presença de ameaça à integridade física, estes mesmos comportamentos revelam-se desajustados e disfuncionais, promovendo a incapacidade e o aparecimento de sintomatologia depressiva, despoletados por um mecanismo de condicionamento (Gatzounis et al., 2012). Um comportamento pode assim surgir em função das suas consequências, isto é, este pode surgir em função da presença de um reforço positivo ou então pela retirada de um estímulo negativo, ou pode extinguir-se se houver punição ou retirada de reforço positivo. Aplicando este modelo ao contexto da dor crónica, verifica-se que o reforço de comportamentos de dor tem como consequência a sua manutenção, ao mesmo tempo que a punição ou não reforço de comportamentos saudáveis, levam à sua extinção (Leonard et al., 2006).

No contexto de uma relação amorosa, os parceiros são tidos como as pessoas que mais podem reforçar comportamentos de dor, por exemplo, através da manifestação de atenção aquando da sua ocorrência. Pelo contrário, uma reação negativa ou o ignorar destes comportamentos, podem levar à sua extinção (Leonard et al., 2006).

O primeiro modelo cognitivo-comportamental desenvolvido no âmbito da dor crónica foi da autoria de Turk, Meichenbaum e Genest (1983) que, para além das dimensões focadas por outros modelos, dá relevo ao papel das cognições e dos fatores ambientais na dor, tendo estas a capacidade de influenciar o comportamento. A ênfase deste modelo corresponde à avaliação subjetiva de cada indivíduo à própria dor e à forma como é afetado por esta, quer física, quer psicologicamente, resultando na manutenção ou redução da dor (Leonard et al., 2006).

Focando as dimensões cognitiva e afetiva, o modelo cognitivo-comportamental, permite dar resposta a um conjunto de questões que os modelos comportamentais negligenciavam, uma vez que diferentes conjugações destas variáveis influenciam de forma diferente a perceção da dor, contribuindo para a sua manutenção ou exacerbação, consequente incapacidade e baixa responsividade ao tratamento (Turk, 2002).

A componente afetiva da dor integra uma grande variabilidade de emoções, desde a frustração à raiva, quase todas conotadas negativamente. Não obstante, a dor sentida por um indivíduo gera mal-estar psicológico significativo, sendo frequentemente descrita na literatura a sua associação com depressão e ansiedade (Banks, & Kerns, 1996; Turk, & Flor, 1999).

Já a componente cognitiva, segundo o modelo cognitivo-comportamental, engloba as crenças, avaliações e expectativas do indivíduo acerca de tudo o que envolve a problemática da dor, sendo que as mesmas vão determinar a capacidade do indivíduo lidar positivamente com as suas limitações e aderir à terapêutica (Turk, 1999). São também as cognições que estão na origem dos comportamentos de dor (respostas e/ou reações à dor que sejam observáveis e que são usadas pelos indivíduos para expressar a sua experiência dolorosa), quer como meio de obter atenção por parte dos familiares, quer como meio para obter prescrição de medicamentos por parte do médico. Crenças desadaptativas e estilos cognitivos caracterizados pela catastrofização, isto é, a tendência para imaginar o pior cenário possível, resultam no aumento da incapacidade da pessoa, que se torna menos ativa devido ao medo de sofrer nova lesão (Turk, 1999). Sendo estas estruturas suscetíveis aos fatores ambientais, também no contexto de uma relação amorosa, as crenças e avaliações (ie. crença de que a dor é controlável ou tolerável; catastrofização) do parceiro assintomático têm um papel determinante, influenciando as crenças, emoções e comportamentos da pessoa que sofre com dor (Turk, 1999).

2. Dor Sexual Feminina

Até à publicação da quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais IV-TR (DSM IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) distinguia duas categorias no âmbito das perturbações da dor sexual feminina: Dispareunia e Vaginismo. A Dispareunia é caracterizada por dor genital recorrente ou persistente associada a relações sexuais, enquanto o Vaginismo é definido como um espasmo muscular involuntário recorrente ou persistente dos músculos perianais, que envolvem o terço externo da vagina, quando se tenta a penetração com o pénis, dedo, tampão ou espéculo (APA, 2000).

Contudo, este sistema de classificação não foi bem aceite por vários autores suscitando críticas (Basson et al., 2004; Binik, 2005). Uma delas diz respeito à classificação da dispareunia como uma disfunção sexual e não como uma perturbação da dor geral, uma vez que a dor não estará apenas presente durante as relações sexuais, mas também no decurso de outras atividades (ie. durante passeios; durante a execução de tarefas domésticas).

Atualmente, no DSM-5 (APA, 2013), a Dispareunia e o Vaginismo dão lugar à Perturbação de Dor Génito-Pélvica/Penetração (APA, 2013), definida como dificuldade recorrente ou persistente, com duração de pelo menos seis meses, incluindo pelo menos um dos seguintes critérios: 1) incapacidade de ter relações com penetração vaginal; 2) dor vulvovaginal ou pélvica marcada durante a relação sexual vaginal ou tentativa de penetração; 3) medo ou ansiedade de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante ou como resultado da penetração vaginal; 4) tensão ou contração marcada dos músculos do pavimento pélvico durante a tentativa de penetração vaginal. O problema causa mal-estar ou danos clinicamente significativos e a perturbação não é melhor explicada por uma perturbação mental não sexual ou como consequência de mal-estar relacional severo ou de outros stressores significativos, não é atribuível a efeitos de substâncias/medicação e não é devida exclusivamente a efeitos psicológicos diretos de uma condição médica geral.

2.1. Dispareunia

Um dos sintomas com maior prevalência entre as mulheres sexualmente ativas é a dor sentida no ato sexual, estimando-se uma frequência de 8 a 21% na população geral (Baron, Florendo, Sandbo, Mihai, & Lindau, 2011). A forma como estas mulheres lidam com a dor sexual varia desde o evitamento do contato sexual, à perpetuação de relações sexuais dolorosas (Baron et al., 2011).

A etiologia desta perturbação não é clara e não reúne consenso por parte dos investigadores. Baron e colaboradores (2011) distinguem dispareunia primária e secundária. A primária é uma condição menos comum, relacionada com a não perfuração ou microperfuração do hímen, anormalidades vulvovaginais congénitas ou adquiridas e secundárias. A secundária refere-se às relações sexuais dolorosas, inseridas num historial prévio sem dor. Algumas causas apontadas prendem-se com a Atrofia Vaginal, caracterizada por comichão, secura e irritação, resultante da baixa circulação de estrogénio (atingindo particularmente mulheres na menopausa), ou com a Vulvodinia, caracterizada

por dor na região vulvar, descrita como sensação de ardor, sem alterações físicas visíveis. A Vulvodinia pode ser localizada ou generalizada a toda a região vulvar podendo a dor ser de natureza provocada ou não provocada. Um subtipo específico de Vulvodinia é a Vestibulodinia, caracterizada por dor na região vestibular (entrada da vagina). A Vestibulodinia Provocada é a causa mais comum de dor na entrada vaginal, com uma prevalência de 3% a 15% (Baron et al., 2011). A única causa física apontada na literatura para este quadro é o eritema (Baron et al., 2011).

Como nem sempre estes quadros clínicos são motivados por causas físicas, como a endometriose ou infecções urinárias, por exemplo, existem fatores psicossociais (individuais ou relacionais) e fatores educacionais e culturais que podem estar na sua origem. São descritos na literatura alguns estilos cognitivos associados com a dor sexual, como a hipervigilância e a catastrofização (Baron et al., 2011). A ansiedade, a somatização (experiência de sintomas físicos como reação ao stress) (Payne, Binik, Amsel, & Khalifé, 2005) e o mal-estar relacional (Meana, Binik, Khalifé, & Cohen, 1999) são igualmente apontados como fatores predisponentes para o desenvolvimento de Dispareunia na mulher.

2.2. Vaginismo

Segundo Baron et al. (2011), o Vaginismo pode ser uma causa ou consequência da Dispareunia ou o resultado da influência de um conjunto de fatores psicológicos, como o medo da penetração, a resposta condicionada ao medo, entre outros. Esta é uma perturbação que apresenta uma grande comorbilidade com Perturbações de Ansiedade (Van Lankveld et al., 2010), sendo igualmente comuns dificuldades ao nível do funcionamento sexual, nomeadamente menor desejo e excitação, e menor auto-estimulação (Van Lankveld et al., 2010).

Vários fatores podem contribuir para o desenvolvimento desta perturbação, sendo mencionados na literatura o abuso sexual e físico, atitudes negativas face à sexualidade, falta de conhecimento e educação sexual e dificuldades na relação (Reissing, Binik, Khalifé, Cohen & Amsel, 2003).

2.3. Satisfação Sexual, Satisfação Relacional, e Respostas do Parceiro Face à Dor Sexual

Na literatura existente sobre a dor sexual feminina, as variáveis relacionadas com o parceiro, como o ajustamento diádico, a satisfação relacional e a satisfação sexual, têm

demonstrado alguma influência na dor sexual sentida pela mulher, podendo contribuir para a sua manutenção ou exacerbação (Davis, & Reissing, 2007; Meana, Binik, Khalifé, & Cohen, 1998).

Ao nível da satisfação sexual, definida por Lawrance e Byers (1995, p268) como uma “resposta afetiva decorrente da avaliação subjetiva das dimensões positiva e negativa associadas com a relação sexual”, estudos têm demonstrado que mulheres com vulvodinia reportam uma menor satisfação sexual, quando comparadas com mulheres que não apresentam esta condição clínica (Danielsson, Sloberg & Wilman, 2000; Wouda et al., 1998; citado em Rosen, Bergeron, Glowacka, Delisle, & Baxter, 2012). Embora estudos anteriores não tenham encontrado uma associação significativa entre respostas do parceiro e satisfação sexual global na mulher, foi verificada uma associação entre as respostas solícitas, ou seja, reações de simpatia, atenção e suporte, e uma maior satisfação sexual na mulher (Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert & Steban, 2010).

No que diz respeito à satisfação relacional, descrita por Narciso e Ribeiro (2009; citado em Pascoal, 2012, p14) como resultado da “apreciação pessoal e subjetiva da qualidade da relação”, parece ter igualmente impacto ao nível do bem-estar físico e psicológico do casal.

Smith e Pukall (2011) ao realizarem uma revisão da literatura verificaram que mulheres com vestibulodinia provocada, quando comparadas com um grupo de controlo, apresentam níveis mais baixos de satisfação relacional, quando avaliadas através da Escala de Ajustamento Diádico (DAS; Spanier, 1976). Também Meana, Binik, Khalifé e Cohen (1999), verificaram no seu estudo sobre os correlatos psicossociais nas atribuições à dor em mulheres com dispareunia, que as mulheres que atribuem causas físicas à dor reportam menor ajustamento diádico.

Relativamente às respostas do parceiro face à dor sexual da mulher, a literatura referente à dor crónica distingue três tipos de respostas: respostas solícitas, que se caracterizam por reações de simpatia, atenção e suporte, respostas punitivas, sendo estas reações negativas, como a crítica, hostilidade e evitamento, e respostas facilitadoras/facilitativas, que visam promover o funcionamento da mulher, como por exemplo, o encorajamento (Leonard et al., 2006).

As respostas solícitas encontram-se geralmente associadas a maiores níveis de intensidade de dor e menores níveis de funcionalidade, uma vez que podem ser encaradas como reforçadoras do evitamento de atividades avaliadas como ameaçadoras, promovendo

a passividade (Lousberg, Schmidt, & Groenman, 1992). As repostas punitivas são associadas na literatura da dor crónica, com baixa satisfação relacional e maior intensidade da dor (Cano, Weisberg, & Gallagher, 2000).

Numa revisão da literatura sobre a dor crónica, Desrosiers et al (2008) encontraram quatro estudos onde verificaram que as respostas solícitas e as respostas punitivas do parceiro, face aos comportamentos de dor dos pacientes com dor, são preditores da intensidade da dor. Investigação no âmbito da dor crónica e da vulvodinia de Rosen et al (2014) é congruente com o modelo operante, verificando que mais respostas facilitativas e menos respostas solícitas e negativas por parte dos parceiros, estão associadas com menores níveis de dor e de incapacidade. Boothby et al. (2004) verificaram numa revisão da literatura, uma associação entre comportamentos solícitos do parceiro e maior intensidade da dor, baixos níveis de atividade, comportamentos de dor acrescidos e incapacidade acrescida.

Nos seus estudos com mulheres com dor sexual, Rosen e colaboradores (2010; 2012), verificaram precisamente uma associação entre respostas solícitas do parceiro e níveis mais elevados de dor vulvovaginal na mulher, enquanto as respostas facilitadoras estavam associadas a uma maior satisfação sexual (Rosen et al., 2012). Num estudo de Oliveira (2013) com uma amostra de mulheres com dor crónica e uma amostra de mulheres com dor sexual, verificou-se, em ambos casos, uma associação entre respostas punitivas e intensidade de dor, sendo que, quanto maior a perceção de repostas punitivas, maior seria a intensidade da dor. De acordo com esta revisão da literatura, pode afirmar-se que, no geral, as respostas do parceiro revelam estar associadas com o funcionamento sexual da mulher.

Um estudo transversal de Desrosiers et al (2008), com casais, apurou que mais respostas solícitas e mais respostas punitivas por parte do parceiro, estão correlacionadas com maiores níveis de intensidade da dor durante a penetração.

A investigação de Rosen et al (2012), enfatiza o facto de, diferentes tipos de repostas do parceiro perante a dor, estarem associadas de forma diferente com a intensidade da dor e com a satisfação sexual experienciadas pela mulher. Estes investigadores concluíram que as respostas facilitativas estão associadas com menores níveis de intensidade da dor e maiores níveis de satisfação sexual na mulher e que as respostas solícitas estão associadas com maiores níveis de intensidade da dor, tal como as respostas negativas ou punitivas.

Noutro estudo de Rosen et al (2012) verificou-se ainda que, a relação entre as respostas solícitas do parceiro percebidas pela mulher e a dor, foi mediada pela catastrofização e pela auto-eficácia, sendo que a percepção de mais respostas solícitas está associada a uma maior catastrofização que, por sua vez, está associada com maior intensidade de dor.

2.4. Catastrofização e Dor Sexual

A catastrofização é considerada o preditor psicossocial mais robusto da intensidade da dor nas condições de dor crónica (Sullivan et al, 2001). É caracterizada como sendo um estilo cognitivo exageradamente negativo, que emerge durante ou como antecipação à experiência de dor, sobrevalorizando a percepção de ameaça ou da sensação de dor (Sullivan et al., 2001). Com o desenvolvimento da Escala de Desânimo Associada à Dor (PCS; Sullivan, Bishop, & Pivic, 1995), é possível identificar três dimensões deste constructo: magnificação, (ou sobrevalorização da ameaça que a dor representa), ruminação, (ou pensamentos intrusivos relacionados com a dor) e desânimo, (ou desvalorização da capacidade para lidar com a dor).

Um dos dados mais consistentes da investigação na dor crónica, que transparece igualmente na investigação sobre a dor sexual feminina (Lemieux, Bergeron, Steben, & Lambert, 2013; Rosen, Bergeron, Lambert, & Steben, 2013), é o facto de a catastrofização estar associada com níveis mais elevados de intensidade da dor experienciada e também com maior frequência comportamentos de dor (Sullivan et al., 2001). No contexto da dor sexual, em concreto, num estudo transversal com uma amostra de mulheres com vestibulodinia provocada, os autores verificaram que, níveis mais elevados de catastrofização estão relacionados com níveis mais elevados de dor (Desrochers et al 2009).

Sullivan, Tripp e Santor (2000) propuseram uma nova concetualização da catastrofização, sugerindo que esta poder ser concetualizada como uma estratégia de coping com objetivo de atrair atenção e empatia, a qual deu origem ao modelo de coping comunal. Segundo esta perspetiva, a catastrofização insere-se numa abordagem de coping interpessoal e é adotada pelo sujeito, conforme os seus objetivos (ao nível relacional ou social, por exemplo), com a finalidade de lidar com o *stress* (Sullivan et al., 2001). A catastrofização, no contexto do modelo de coping comunal, não funciona necessariamente como um mecanismo de redução de dor, mas sim de procura de assistência e suporte ou

empatia no contexto social (Sullivan et al., 2001), servindo como um veículo de comunicação ao nível interpessoal.

Rosen e colaboradores (2013), confirmaram parcialmente esta nova conceitualização, verificando que a catastrofização mediava parcialmente a relação entre as respostas solícitas do parceiro e a intensidade da dor nas mulheres com vestibulodinia provocada.

A importância de estudar variáveis cognitivas em oposição a variáveis comportamentais quer no contexto da dor, quer no contexto da disfunção sexual, justifica-se uma vez que, especificamente no contexto da dor, as primeiras são um importante factor de transição de uma dor a curto-prazo para uma condição incapacitante de dor crónica (Casey, Greenberg, Nicassio, Harpin, & Hubbard; 2008); variáveis cognitivas, como a catastrofização, são alvos de intervenção de maior maleabilidade e com melhor prognóstico (Lemieux, Bergeron, Steben, & Lambert, 2012). No enquadramento da sexualidade, algumas cognições estão correlacionadas com disfunção sexual quer na mulher quer no homem (Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2003), ao colocar-se o foco neste tipo de cognições do casal, pode influenciar de forma positiva o modo como estes lidam com a dor e, por conseguinte, melhorar as suas vivências sexuais em conjunto (Lemieux et al., 2012).

2.5. Funcionamento Sexual e Dor Sexual

Segundo Smith & Pukall (2014), a vestibulodinia provocada tem um impacto negativo ao nível do funcionamento sexual da mulher. Mulheres nesta condição sofrem muitas vezes de dispareunia, o que torna o ato sexual extremamente doloroso e por vezes impossível.

As mulheres com dor sexual, nomeadamente com vestibulodinia provocada, parecem apresentar maiores dificuldades ao nível do funcionamento sexual, apresentando menor desejo e excitação, menor frequência de orgasmos e relações sexuais (Rosen, Bergeron, Glowacka, Delisle, & Baxter, 2012), menor satisfação sexual e menor frequência de relações sexuais (Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert, & Steben, 2010). Desrochers et al (2008) verificaram ainda que, para além de desejo sexual e excitação diminuídos, mulheres que apresentem esta condição, têm igualmente dificuldades em atingir o orgasmo e apresentam sentimentos menos positivos relativamente a estímulos eróticos, quando comparadas com controlos.

As dificuldades apresentadas ao nível do funcionamento sexual não são devidas exclusivamente ao quadro clínico de dor, tendo uma origem multifatorial (Jodoin et al., 2011). Por exemplo, ao nível das atribuições causais, Jodoin e colaboradores (2011) verificaram que as atribuições globais predizem menores níveis de funcionamento sexual nas mulheres com vestibulodinia, exercendo um impacto negativo no desejo, na excitação e no orgasmo.

Num estudo que comparou mulheres com dor crónica e mulheres da população geral, com mulheres com dor sexual e com disfunção sexual, verificou-se que, quer as mulheres com dor, quer as mulheres com disfunção, apresentaram valores mais baixos de funcionamento sexual do que as mulheres com dor crónica ou da população geral, indicando que, menores níveis de excitação e lubrificação, podem contribuir para o aumento da intensidade da dor (Oliveira, 2013).

2.6. Objetivos e Hipóteses

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar o papel de diferentes variáveis psicossociais e relacionais, como a satisfação relacional, a satisfação sexual, o funcionamento sexual e a perceção das respostas do parceiro perante a dor, nos níveis de intensidade e catastrofização da dor sexual feminina. Pretende-se igualmente avaliar a perspetiva do parceiro relativamente a estas diferentes variáveis e a sua respetiva influência ao nível da vivência da dor e da catastrofização na mulher. Tendo em conta estes objetivos, consideraram-se as seguintes hipóteses:

- Maiores níveis de satisfação relacional e sexual e de funcionamento sexual na mulher irão predizer menores níveis de intensidade e catastrofização à dor na mulher com dor sexual.

- A presença de uma maior perceção, da parte das mulheres, de respostas solícitas e punitivas do parceiro face à dor irão predizer maiores níveis de intensidade e catastrofização à dor na mulher com dor sexual.

- A presença de uma maior perceção, da parte das mulheres, de respostas distratoras e facilitativas do parceiro face à dor irão predizer menores níveis de intensidade e catastrofização à dor na mulher com dor sexual.

- Maiores níveis de satisfação relacional e sexual e de funcionamento sexual no parceiro irão predizer menores níveis de intensidade e catastrofização à dor nas mulheres que apresentam dor sexual

- A presença de mais respostas solícitas e punitivas do parceiro face à dor irão predizer maiores níveis de intensidade e catastrofização à dor nas respectivas companheiras com dor sexual.

- A presença de mais respostas distratoras e facilitativas do parceiro face à dor irão predizer menores níveis de intensidade e catastrofização à dor nas respectivas companheiras com dor sexual.

Estudo Empírico

1. Metodologia

1.1. Participantes

Na sua totalidade, 104 mulheres e 69 homens participaram no presente estudo. Contudo, da amostra geral, apenas 37 casais permitiram o respetivo emparelhamento como casal, identificado pelo código requerido no preenchimento dos questionários. Sete casais foram excluídos, por não cumprirem todos os critérios de inclusão. Assim, a amostra principal deste estudo contemplou 30 casais heterossexuais, em que a mulher apresentou dor sexual.

Tabela 1- Características Sócio-Demográficas da amostra (n=30)

Características Sócio-Demográficas	Mulheres (n=30)		Homens (n=30)	
Idade				
<i>M</i>	27,93		30,4	
<i>Min-Max</i>	20-44		18-47	
<i>DP</i>	6,65		7,91	
Estado civil	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Casado/a ou em UF	13	43,3	13	43,3
Solteiro/a	17	56,7	17	56,7
Viúvo/a	-	-	-	-
Separado/a ou Divorciado/a	-	-	-	-
Habilitações académicas	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
1ºCiclo	-	-	-	-
2ºCiclo	-	-	1	3,3
3ºCiclo	7	23,3	5	16,7
Secundário	10	33,3	16	53,3
Licenciatura	10	33,3	4	13,3
Pós-Licenciatura	1	3,3	2	6,7
Outros	2	6,7	2	6,7

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

Como critérios de inclusão foram considerados casais heterossexuais, em relação há pelo menos 6 meses, cuja mulher apresentou dor sexual de acordo com os critérios abaixo estabelecidos. As participantes do sexo feminino tinham que apresentar um quadro de dor sexual, caracterizado por dor presente há pelo menos seis meses, em pelo menos 50% das tentativas de relação sexual, com níveis de interferência e mal-estar significativo na vida da mulher e sem problemas de lubrificação.

No que diz respeito às características da amostra (ver Tabela 1), a média de idade das mulheres foi de 27.97 anos e a dos homens foi de 30.4, sendo que a maioria dos casais é solteiro (56,7%). As mulheres apresentaram habilitações ao nível do ensino secundário (33,3%) e da licenciatura (33,3%), enquanto a maioria dos homens completou apenas o ensino secundário (53,3%).

2.1. Procedimentos

Foram disponibilizados aos participantes dois protocolos específicos e independentes. Assim, o protocolo destinado à mulher com dor sexual foi constituído por um Questionário Introdutório Geral (adaptado de Oliveira, Nobre, & Vilarinho, 2011), Medida Global de Satisfação Relacional (GMREL; Lawrance, & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal, & Narciso, 2006), Medida Global de Satisfação Sexual (GMSEX; Lawrance, & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal, & Narciso, 2006), Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor – Versão Feminina (Rosen et al., 2010; tradução e adaptação de Ferreira, Oliveira e Nobre, 2013), Questionário McGill sobre a Dor (SF-MPQ; Melzack, 1987), Escala de Desânimo Associado à Dor (PCS-PO; Sullivan, 1995) e pelo Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI; Rosen et al., 2000; tradução e adaptação de Nobre, 2002). O protocolo destinado ao parceiro, contou com um Questionário Introdutório Geral (adaptado de Oliveira, Nobre, & Vilarinho, 2011), GMREL (Lawrance, & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal, & Narciso, 2006), GMSEX (Lawrance, & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal, & Narciso, 2006), Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor – Versão Masculina (Rosen et al., 2010; tradução e adaptação de Ferreira, Oliveira, e Nobre, 2013), duas questões do SF-MPQ (Melzack, 1987) e pelo Índice Internacional de Função Erétil (IIEF; Rosen et al., 1997; tradução e adaptação de Nobre, 2002).

A recolha de dados online foi feita através da plataforma *LimeSurvey*, que permitiu garantir um alojamento seguro e confidencial dos dados no servidor da Faculdade de

Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. O estudo foi publicitado nas redes sociais e em *blogs* sobre a temática da sexualidade e difundido através do correio electrónico. Na primeira página, os participantes tiveram acesso à apresentação do estudo, onde se encontravam explicados os seus principais objetivos, bem como as instruções gerais de preenchimento do protocolo e o *link* que deveria ser selecionado para participar. Foi também fornecido o contato da investigadora principal, para qualquer esclarecimento adicional. Numa segunda fase, os participantes foram informados acerca dos termos gerais do estudo, dos termos de confidencialidade e da possibilidade de desistência durante o processo de preenchimento. A aceitação do consentimento informado, da parte dos participantes, permitiu o preenchimento dos questionários que compõem os respetivos protocolos. Os participantes não receberam qualquer compensação monetária pela participação neste estudo.

Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

2.2. Instrumentos

1.3.1 Questionário Introdutório Geral

O Questionário Introdutório geral (Oliveira, Nobre, & Vilarinho, 2011) corresponde a uma adaptação e integração do Questionário Sóciodemográfico (Vilarinho, & Nobre, 2006), do Formulário de História Médica (Nobre, 2003), do Questionário de História Médica e Hábitos de Vida (Vilarinho, & Nobre, 2007) e do *Multidisciplinary Vulvodynia Program* (Brotto et al., 2011), sendo um questionário de auto-resposta.

A primeira secção avalia variáveis sociodemográficas e permite recolher um conjunto de informações que ajudam na caracterização dos participantes ao nível da faixa etária a que pertencem, habilitações literárias, profissão, rendimento anual médio, residência, estado civil, relacionamento atual, orientação sexual, religião e etnia.

Posteriormente surgem questões direcionadas para a história médica e familiar, que permitem avaliar a perceção dos participantes acerca da sua condição de saúde atual e passada, a toma de medicação e cirurgias prévias e ainda existência de doenças no seio familiar.

A recolha de informação sobre a história da dor permite caracterizar esta variável quer do ponto de vista físico, fornecendo pistas precisas especificamente sobre a localização, frequência e intensidade da dor, quer do ponto de vista psicológico,

relacionando-a com o nível de desconforto percebido e a interferência na atividade diária, permitindo uma monitorização da sintomatologia e suas consequências.

As últimas secções permitem um aprofundamento da informação, nomeadamente ao nível da história sexual, englobando uma série de questões que fazem a ponte com a dor sexual e a sua influência neste domínio, averiguando possíveis disfunções sexuais no casal, e tratamentos efetuados. No caso da mulher, é ainda recolhida informação relativa à sua história ginecológica, contraceção e gravidez.

2.2.1. Medida Global da Satisfação Relacional (GMREL)

O GMREL (GMREL; Lawrance, & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal, & Narciso, 2006) consiste numa medida de auto-resposta que visa avaliar satisfação relacional global. Contém cinco itens que correspondem à avaliação da satisfação com o relacionamento atual, pontuados numa escala de *Likert* de sete pontos, em que o 1 corresponde a muito: boa, agradável, positiva, satisfatória, valiosa e o 7 a muito: má, desagradável, negativa, insatisfatória e sem valor. Pontuações mais elevadas correspondem a uma maior satisfação relacional.

Em termos das características psicométricas, Lawrance e Byers (1998) demonstraram a validade e a fiabilidade do GMREL. Byers (2005) verificou uma boa consistência interna na sua amostra, com valores de α de *Cronbach* de .95 e de .96 (primeira e segunda avaliação, respetivamente). Estudos de Pascoal, Oliveira e Raposo (2015), com três amostras da população portuguesa, confirmaram a validade e a fiabilidade da escala, obtendo valores de α de *Cronbach* de .95, .95 e .96 para as três suas amostras.

Para a nossa amostra feminina verificou-se uma boa consistência interna, com um valor de α de *Cronbach* de .88 e para a nossa amostra masculina verificou-se igualmente uma boa consistência interna, com um valor de α de *Cronbach* de .97.

2.2.2. Medida Global da Satisfação Sexual (GMSEX)

O GMSEX (GMSEX; Lawrance, & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal, & Narciso, 2006) pretende avaliar a satisfação sexual global através da análise individual da relação sexual no âmbito da relação amorosa atual. Consiste numa escala com cinco itens de auto-resposta, que correspondem a adjetivos que caracterizam a relação, tendo em conta uma escala de *Likert* de sete pontos em que o 1 corresponde a muito: boa, agradável, positiva, satisfatória e valiosa e o 7 a muito: má, desagradável, negativa, insatisfatória e sem valor.

No que concerne às características psicométricas, este instrumento demonstrou ter uma boa consistência interna, com um α de *Cronbach* de .90 (Lawrance & Byers, 1995), uma boa estabilidade temporal, com correlações na ordem do $r = .84$ e $r = .78$, e uma boa validade convergente com o *Index of Sexual Satisfaction* (Hudson et al., 1981), com um $r = .70$. A versão portuguesa apresenta uma boa consistência interna, com um α de *Cronbach* de .83 e uma boa validade convergente (Pascoal, 2012). Para a nossa amostra feminina, o GMSEX revelou uma boa consistência interna, com um α de *Cronbach* de .96 e para a nossa amostra masculina revelou igualmente uma boa consistência interna, com um α de *Cronbach* de .97.

2.2.3. Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor

Versão feminina

O Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor - Versão Feminina (Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert, & Steben, 2010; tradução e adaptação por Ferreira, Oliveira e Nobre, 2013) corresponde a uma adaptação de três subescalas (Solícita, negativa e distrativa) do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* (Kerns, Turk, & Rudy, 1985) e duas subescalas do *Spouse Response Inventory* (SRI; by Schwartz et al., 2005), a uma amostra de população feminina com vestibulodinia provocada. Esta escala destina-se à avaliação das respostas do parceiro face à dor, percecionadas pela pessoa com dor, incluindo respostas solícitas, punitivas, distratoras e facilitativas. Consiste em 24 itens, cotados numa escala de *Likert* de cinco pontos, entre 1 (*nunca*), e 5 (*muito frequentemente*), que permitem determinar a frequência de cada tipo de resposta do parceiro à dor da participante. Pontuações altas indicam maior frequência de respostas do parceiro.

Relativamente às características psicométricas desta escala, Rosen e colaboradores (2010), demonstraram a presença de um α de *Cronbach* de .77 e .69 para a subescala de respostas solícitas e um α de *Cronbach* de .84 e .77 para as respostas negativas, para as mulheres e parceiros, respetivamente, indicando uma boa consistência interna. Outro estudo apresentou um α de *Cronbach* de .74 (Rosen et al., 2012). Para a nossa amostra, verificou-se um α de *Cronbach* de .73 para o total da escala, de .54 para a escala das respostas solícitas, de .96 para a escala das respostas punitivas, de .67 para a escala das respostas distrativas, de .94 para a escala das respostas facilitativas e de .61 para a a escala das respostas negativas.

Versão masculina

O Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor - Versão Masculina (Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert, & Steben, 2010; tradução e adaptação por Ferreira, Oliveira e Nobre, 2013) resulta da adaptação da versão do paciente do *Multidimensional Pain Inventory-Spouse Version* (MPI-SO; Flor et al., 1987). Esta escala avalia a frequência das repostas punitivas, solícitas, distratoras e facilitativas face à dor da mulher, durante e depois da atividade sexual, uma escala de *Likert* de cinco pontos, entre 1 (*nunca*), e 5 (*muito frequentemente*).

Relativamente às características psicométricas desta escala, Rosen e colaboradores (2010), verificaram um α de *Cronbach* de .69 para a subescala da respostas solícitas e de .77 para a subescala de respostas negativas. Para a nossa amostra, esta escala revelou uma boa consistência interna, com um α de *Cronbach* de .71 para o total, de .46 para a escala das respostas solícitas, de .98 para a escala das respostas punitivas, de .68 para a escala das respostas distrativas, de .94 para a escala das respostas facilitativas e de .78 para a a escala das respostas negativas.

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

O SF-MPQ (Melzack, 1987) corresponde à versão reduzida do *McGill Pain Questionnaire* (LF-MPQ; Melzack, 1975) e consiste em três subescalas, que visam avaliar as dimensões sensorial e afetiva da dor, bem como a sua intensidade. A primeira subescala inclui 15 itens, que englobam as dimensões sensorial e afetiva da dor (11 itens descritores sensoriais e 4 afetivos), pontuados numa escala de *Likert* de quatro pontos, entre 0 (*nenhuma*) e 3 (*forte*), que permitem uma descrição do tipo de dor sentida pelo sujeito. A segunda subescala, escala de visão analógica, permite ao sujeito assinalar a intensidade de dor sentida na última semana, numa linha horizontal, cujas extremidades vão desde “*sem dor*” à “*pior dor possível*”. A última subescala, índice de dor atual, consiste numa escala de *Likert* de seis pontos, entre 0 (*sem dor*) e 5 (*insuportável*) que permite avaliar a intensidade da dor atual.

No que diz respeito às qualidades psicométricas deste questionário, este possui uma boa consistência interna com um α de *Cronbach* de .78, para a dimensão afetiva, e de .76 para a dimensão sensorial (Melzack, 1984) e uma boa validade discriminante (Melzack, 1987). No estudo de Oliveira (2013) verificou-se igualmente uma boa consistência interna (α de *Cronbach* de .87). Para a nossa amostra feminina esta escala revelou uma boa

consistência interna, com um α de *Cronbach* de .97 para o total da escala e de .95 e .93, para as subescalas sensorial e afetiva respectivamente.

2.2.5. Escala de Desânimo associado à Dor (PCS)

A Escala de Desânimo associado à Dor (PCS-PO; Sullivan et al., 1995; tradução e adaptação de Azevedo et al., 2007) é um questionário constituído por 13 itens de auto-resposta que avaliam o grau de catastrofização face à dor. Esta escala fornece dados relativos a três domínios: ruminação (“*Não consigo deixar de pensar nisso*”), magnificação (“*Pergunto-me se poderá acontecer alguma coisa em breve*”) e desânimo (“*Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor*”), designadamente ao nível dos pensamentos e sentimentos em que a dor se traduz no dia-à-dia. O resposta a cada um dos itens é efetuada através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, entre 0 (*nunca*) e 4 (*sempre*), em que quanto mais elevado for o valor, maior é o grau de catastrofização perante a dor.

Em termos psicométricos, verificou-se que o PCS tem uma boa consistência interna, com um α de *Cronbach* de .87 para o total da escala e para a subescala de ruminação, um α de *Cronbach* de .60 para a subescala de magnificação e de .79 para a escala de desânimo. Esta escala apresenta ainda uma boa correlação teste-reteste na sua versão original (Sullivan et al., 1995), com um $r = .70$. Também a versão traduzida para português (Azevedo et al., 2007) revela boas qualidades psicométricas semelhantes à versão original, exibindo um α de *Cronbach* de .80, .79 e .90 para as subescalas de ruminação, magnificação e desânimo, respetivamente. Para a nossa amostra feminina esta escala revelou uma boa consistência interna, com um valor de α de *Cronbach* de .95 para o total da escala, de .91 para a subescala de ruminação, de .85 para a subescala de magnificação e de .91 para a subescala de desânimo.

2.2.6. Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

O Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI; Rosen et al., 2000; tradução e adaptação de Nobre, 2002) é um questionário constituído por 20 itens de auto-resposta, tendo em conta uma escala de *Likert* de seis pontos. Este questionário avalia o funcionamento sexual feminino, e suas dimensões subjacentes, nas últimas quatro semanas. Entre as dimensões avaliadas, encontram-se o interesse sexual/desejo e a excitação sexual, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação sexual e a dor sexual (incluindo o vaginismo), sendo também obtido o funcionamento sexual geral, através do somatório total

da escala. Assim, valores mais elevados na pontuação total, indicam um melhor funcionamento sexual.

Ao nível das características psicométricas, vários estudos revelam uma boa consistência interna, com α de *Cronbach* superiores a .86, uma boa estabilidade temporal (correlações entre $r = 0.79$ e $r = 0.86$) e uma boa validade discriminante. Também a versão portuguesa apresenta características semelhantes em alguns estudos, nomeadamente um α de *Cronbach* de .93 para a escala total e de .88 a .90 para as várias dimensões (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009). Para a nossa amostra esta escala revelou uma consistência interna razoável, com um valor de α de *Cronbach* de .67. Para as subescalas desejo, obtiveram-se valores de α de *Cronbach* de .75 para o desejo, de .91 para a excitação, de -.64 para a lubrificação, de -.98 para o orgasmo, de .58 para a satisfação e de .82 para a dor.

2.2.7. Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)

O Índice Internacional de Função Erétil (IIEF; Rosen et al., 1997 – tradução e adaptação de Nobre, 2002) é uma medida de auto-resposta composta por 15 itens que avaliam o funcionamento sexual masculino tendo em conta dimensões como a função erétil, a função orgásmica, o desejo sexual, a satisfação sexual e ainda a satisfação sexual geral. A versão utilizada neste estudo incluiu ainda mais quatro itens, referentes à dimensão ejaculação precoce. Os participantes respondem a cada item, de acordo com uma escala de *Likert* de seis pontos, relevando a sua experiência nos últimos quatro meses. A cotação deste instrumento permite obter uma índice para cada dimensão e também um indicador total do funcionamento sexual, resultante do somatório das dimensões, que varia entre 5 e 75.

O IIEF possui boas qualidades psicométricas, nomeadamente no que diz respeito à validade e à fiabilidade, apresentando uma boa consistência interna, com α de *Cronbach* superiores a .73, uma boa validade teste-reteste, com correlações na ordem do $r = .64$ a $r = .84$, uma boa validade de construto e uma boa validade discriminante (Rosen et al., 1997). Para a nossa amostra esta escala revelou uma boa consistência interna, com um valor de α de *Cronbach* de .94 para o total da escala, de .90 para a subescala de desejo, de .90 para a subescala de ereção, de .96 para a subescala de orgasmo, de .84 para a subescala de satisfação sexual, de .98 para a subescala de satisfação geral e de .79 para a subescala de ejaculação precoce.

2.3. Análise de Dados

Para se efetuar o processamento dos dados recolhidos, recorreu-se ao *software SPSS (Statisticas Package for Social Sciences)*. No presente estudo foram realizadas várias análises de regressão linear múltipla (método *enter*) com o objetivo de avaliar a capacidade preditiva de diferentes variáveis psicossociais e relacionais nos níveis de intensidade de dor e catastrofização nas mulheres com dor sexual. Para cada uma das análises, foram consideradas como variáveis predictoras, no caso da mulher, a satisfação relacional, medida pelo GMREL (Lawrance, & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal & Narciso, 2006), a satisfação sexual, medida pelo GMSEX (Lawrance & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal, & Narciso, 2006), o funcionamento sexual, medido pelo FSFI (Rosen et al., 2000; tradução e adaptação de Nobre, 2002) e a perceção de respostas do outro significativo pela mulher, medida pelo Questionário de Respostas do Outro Significativo Face à Dor, versão feminina (Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert, & Steben, 2010; tradução e adaptação por Ferreira, Oliveira e Nobre, 2013); no caso do parceiro, foram consideradas as mesmas variáveis preditivas: a satisfação relacional, medida pelo GMREL (Lawrance, & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal, & Narciso, 2006), a satisfação sexual, medida pelo GMSEX (Lawrance, & Byers, 1998; tradução e adaptação de Pascoal, & Narciso, 2006), o funcionamento sexual, medido pelo IIEF (Rosen et al., 1997 – tradução e adaptação de Nobre, 2002) e as respostas do outro significativo face à dor, medidas pelo Questionário de Respostas do Outro Significativo Face à Dor, versão masculina (Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert, & Steben, 2010; tradução e adaptação por Ferreira, Oliveira e Nobre, 2013). Em todas as análises foram consideradas duas variáveis critério separadamente: a intensidade da dor, medida pelo SF-MPQ (Melzack, 1987) e a catastrofização, medida pelo PCS (Sullivan et al., 1995; tradução e adaptação de Azevedo et al., 2007). Ao longo das análises não foram verificadas correlações elevadas entre as variáveis dependentes e utilizou-se o VIF para diagnosticar a multicolinearidade, não se verificando a necessidade de excluir qualquer uma das variáveis independentes.

3. Resultados

3.1. Satisfação Relacional Feminina, Satisfação Sexual Feminina, Funcionamento Sexual Feminino na Intensidade e Catastrofização da Dor

Para se testar o efeito preditivo dos níveis de satisfação relacional e sexual e do funcionamento sexual feminino nos níveis de intensidade de dor e de catastrofização, foram realizadas duas regressões lineares múltiplas (método *enter*), uma para cada variável dependente (intensidade da dor e catastrofização).

Relativamente às mulheres com dor sexual (ver Tabela 2), os resultados permitiram identificar uma solução estatisticamente significativa ($F[3,23]= 9.7$; $p < 0.001$; R^2 ajustado = 0.5), sendo que o modelo final ajustado explica cerca de 50% da variância da intensidade da dor. Através da análise dos coeficientes de regressão estandardizados, a variável satisfação relacional ($\beta = -0.66$; $p < 0.001$) foi identificada como único preditor significativo e negativo da intensidade da dor, indicando que quanto menor for a satisfação relacional, maior será a intensidade da dor.

Tabela 2 - Análise de regressão múltipla (método *enter*) para satisfação relacional, satisfação sexual e funcionamento sexual femininos, como preditores da intensidade da dor (n=27)

Preditores	B	Erro-Padrão	β	t	P
Satisfação Relacional	-1.678	.408	-.660***	-4.116	.000
Satisfação Sexual	.012	.400	.005	.030	.976
Funcionamento Sexual	.810	.727	.175	1.115	.276

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

Relativamente à catastrofização nas mulheres com dor sexual (ver Tabela 3), os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F[3,24]= 4.8$; $p = 0.009$; R^2 ajustado = 0.3), sendo que o modelo final ajustado explica cerca de 30% da variância da catastrofização da dor. Através da análise dos coeficientes de regressão estandardizados a variável satisfação relacional ($\beta = -0.66$; $p = 0.002$) foi identificada como único preditor significativo da catastrofização da dor indicando que, quanto menor for a satisfação relacional, maior será a catastrofização da dor.

Tabela 3 - Análise de regressão múltipla (método *enter*) para satisfação relacional, satisfação sexual e funcionamento sexual femininos, como preditores da catastrofização (n=28)

Preditores	B	Erro-Padrão	β	t	p
Satisfação Relacional	-1.867	.535	-.658	-3.493	.002**
Satisfação Sexual	.608	.519	.218	1.170	.253
Funcionamento Sexual	.247	.949	.048	.260	.797

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

3.2. Respostas Solícitas e Respostas Punitivas percebidas pela mulher e Intensidade da Dor e Catastrofização na mulher

Para se testar a hipótese de que a presença de uma maior percepção, da parte das mulheres, de respostas solícitas e punitivas do parceiro face à dor, predizem maiores níveis de intensidade de dor e de catastrofização, foram realizadas duas regressões lineares múltiplas, uma para cada variável dependente (intensidade da dor e catastrofização), com seleção das variáveis pelo método *enter*.

Para as mulheres com dor sexual (ver Tabela 4), os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F[2,26] = 14.29$; $p < 0.001$; R^2 ajustado = 0.49), sendo que o modelo final ajustado explica cerca de 49% da variância da intensidade da dor. Depois da análise dos coeficientes de regressão estandardizados, a variável respostas punitivas ($\beta = 0.47$; $p = 0.012$) foi identificada como único preditor significativo da intensidade da dor, indicando que, quanto maior for a percepção pela mulher de respostas punitivas da parte do parceiro, maior será a intensidade da dor.

Tabela 4 - Análise de regressão múltipla (método *enter*) para respostas solícitas percebidas pela mulher e respostas punitivas percebidas pela mulher, como preditores da intensidade da dor (n=29)

Preditores	B	Erro-Padrão	β	t	p
Respostas Solícitas	-5.113	2.761	-.324	-1.852	.075
Respostas Punitivas	4.110	1.517	.474	2.710*	.012

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

Relativamente ao modelo preditivo da catastrofização da dor (ver Tabela 5), os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F[2,27] = 14.53$; $p < 0.001$; R^2 ajustado = 0.48), sendo que o modelo final ajustado explicou cerca de 48% da variância da catastrofização da dor. A variável respostas solícitas ($\beta = -0.6$; $p = 0.002$) foi identificada

como único preditor significativo da catastrofização da dor, neste caso, quanto menor for a percepção de respostas solícitas pela mulher, maior será a catastrofização da dor.

Tabela 5 - Análise de regressão múltipla (método *enter*) para respostas solícitas percebidas pela mulher e respostas punitivas percebidas pela mulher, como preditores da catastrofização (n=30)

Preditores	B	Erro-Padrão	β	t	p
Respostas Solícitas	-10.865	3.120	-.600	-3.483**	.002
Respostas Punitivas	1.681	1.692	.171	.994	.329

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

3.3. Respostas Distratoras percebidas pela mulher e Respostas Facilitativas percebidas pela mulher e Intensidade da Dor e Catastrofização

Para se testar a hipótese de que a presença de uma maior percepção, da parte das mulheres, de respostas distratoras e facilitativas do parceiro face à dor, predizem menores níveis de intensidade de dor e de catastrofização, foram realizadas duas regressões lineares múltiplas (método *enter*), uma para cada variável dependente (intensidade da dor e catastrofização).

Para as mulheres com dor sexual (ver Tabela 6), os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F[2,25] = 22.84$; $p < 0.001$; R^2 ajustado = 0.62), sendo que o modelo final ajustado explicou cerca de 62% da variância da intensidade da dor. Através da análise dos coeficientes de regressão estandardizados, a variável respostas facilitativas ($\beta = -0.85$; $p = 0.004$) foi identificada como único preditor significativo da intensidade da dor, indicando que, quanto menor for a percepção de respostas facilitativas pela mulher, maior será a intensidade da dor.

Tabela 6 - Análise de regressão múltipla (método *enter*) para respostas distratoras percebidas pela mulher e respostas facilitativas percebidas pela mulher, como preditores da intensidade da dor (n=28)

Preditores	B	Erro-Padrão	β	t	p
Respostas Distratoras	.710	3.572	.053	.199	.844
Respostas Facilitativas	-9.173	2.898	-.852	-3.165**	.004

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

Relativamente à predição da catastrofização da dor (ver Tabela 7), os resultados revelaram uma solução estatisticamente significativa ($F[2,26] = 6.75$; $p = 0.004$; R^2 ajustado

= 0.29), sendo que o modelo final ajustado explicou cerca de 29% da variância da catastrofização da dor. A variável respostas facilitativas ($\beta = -0.9$; $p = 0.019$) foi identificada como único preditor significativo da catastrofização da dor, depois de analisados os coeficientes de regressão estandardizados, indicando que, quanto menor for a percepção de respostas facilitativas pela mulher, maior será a catastrofização da dor.

Tabela 7 - Análise de Regressão múltipla (método *enter*) para respostas distratoras percebidas pela mulher e respostas facilitativas percebidas pela mulher, como preditores da catastrofização (n=29)

Preditores	B	Erro-Padrão	β	t	p
Respostas Distratoras	5.697	5.454	.376	1.045	.306
Respostas Facilitativas	-11.020	4.418	-.897	-2.494*	.019

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

3.4. Satisfação Relacional Masculina, Satisfação Sexual Masculina, Funcionamento Sexual Masculino e Intensidade da Dor e Catastrofização na mulher

Para se testar a hipótese de que maiores níveis de satisfação relacional e sexual e de funcionamento sexual no parceiro, predizem menores níveis de intensidade de dor e de catastrofização na mulher, foram realizadas duas regressões lineares múltiplas, uma para cada variável dependente (intensidade da dor e catastrofização), com seleção da variáveis pelo método *enter*.

Para os parceiros da mulher com dor sexual (ver Tabela 8), os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F[3,23] = 7.94$; $p = 0.001$; R^2 ajustado = 0.45), sendo que o modelo final ajustado explicou cerca de 45% da variância da intensidade da dor. A análise dos coeficientes de regressão estandardizados, mostrou que o funcionamento sexual ($\beta = -0.48$; $p = .014$) foi identificado como único preditor significativo da intensidade da dor, indicando que, quanto menor for o funcionamento sexual no homem, maior será a intensidade da dor sexual na mulher.

Tabela 8 - Análise de regressão múltipla (método *enter*) para satisfação relacional, satisfação sexual e funcionamento sexual masculinos, como preditores da intensidade da dor na mulher (n=27)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro-Padrão</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Satisfação Relacional	-1.025	.657	-.355	-1.561	.132
Satisfação Sexual	.205	.560	.071	.365	.718
Funcionamento Sexual	-.386	.145	-.482	-2.662*	.014

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

Relativamente à catastrofização da dor sexual (ver Tabela 9), os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F[3,24] = 3.27$; $p = 0.038$; R^2 ajustado = 0.2), sendo que o modelo final ajustado explicou cerca de 20% da variância da catastrofização da dor. A análise dos coeficientes de regressão estandardizados não apontou nenhuma variável como preditor significativo da catastrofização da dor.

Tabela 9 - Análise de regressão múltipla (método *enter*) para satisfação relacional, satisfação sexual e funcionamento sexual masculinos, como preditores da catastrofização na mulher (n=28)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro-Padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Satisfação Relacional	-1.484	.796	-.499	-1.865	.075
Satisfação Sexual	.828	.568	.334	1.459	.158
Funcionamento Sexual	-.206	.180	-.246	-1.143	.264

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

3.5. Respostas Solícitas e Respostas Punitivas e Intensidade da Dor e Catastrofização na mulher

Para se testar a hipótese de que a presença de mais respostas solícitas e punitivas do parceiro face à dor, predizem maiores níveis de intensidade de dor e de catastrofização, foram realizadas duas regressões lineares múltiplas (*enter*), uma para cada variável dependente (intensidade da dor e catastrofização).

Para o parceiro da mulher com dor sexual (ver Tabela 10), os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F[2,24] = 11.15$; $p < 0.001$; R^2 ajustado = 0.44), sendo que o modelo final ajustado explicou cerca de 44% da variância da intensidade da dor. Através da análise dos coeficientes de regressão estandardizados, a variável respostas punitivas ($\beta = 0.54$; $p = 0.002$) surgiu como único preditor significativo da intensidade da dor, indicando que, quanto mais respostas punitivas do parceiro, maior será a intensidade da dor.

Tabela 10 - Análise de regressão múltipla (método *enter*) para respostas solícitas percecionadas e respostas punitivas percecionadas, como preditores da intensidade da dor na mulher (n=27)

Preditores	B	Erro-Padrão	β	t	p
Respostas Solícitas	-5.477	3.275	-.268	-1.672	.107
Respostas Punitivas	6.603	1.947	.543	3.391**	.002

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

Relativamente à catastrofização da dor sexual (ver tabela 11), os resultados apontaram uma solução estatisticamente significativa ($F[2,25] = 5.15$; $p = 0.013$; R^2 ajustado = 0.24), sendo que o modelo final ajustado explicou cerca de 24% da variância da catastrofização da dor. A variável respostas punitivas ($\beta = 0.42$; $p = 0.030$) emergiu como único preditor significativo da catastrofização da dor, após análise dos coeficientes de regressão estandardizados, indicado que, quanto mais respostas punitivas do parceiro, maior será a catastrofização da dor.

Tabela 11 - Análise de regressão múltipla (método *enter*) para respostas solícitas e respostas punitivas, como preditores da catastrofização na mulher (n=28)

Preditores	B	Erro-Padrão	β	t	p
Respostas Solícitas	-4.501	3.964	-.208	-1.135	.267
Respostas Punitivas	5.342	2.319	.423	2.303*	.030

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

3.6. Respostas Distratoras e Respostas Facilitativas e Intensidade da Dor e Catastrofização na mulher

Para se testar a hipótese de que a presença de mais respostas distratoras e facilitativas do parceiro face à dor, predizem maiores níveis de intensidade de dor e de catastrofização, foram realizadas duas regressões lineares múltiplas (*enter*), uma para cada variável dependente (intensidade da dor e catastrofização).

Para o parceiro da mulher com dor sexual (ver Tabela 12), os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F[2,26] = 16.98$; $p < 0.001$; R^2 ajustado = 0.53), sendo que o modelo final ajustado explicou cerca de 53% da variância da intensidade da dor. Através da análise dos coeficientes de regressão estandardizados, a variável respostas facilitativas ($\beta = -0.62$; $p = 0.001$) foi identificada como único preditor significativo da intensidade da dor, indicando que, quanto menos respostas facilitativas do parceiro, maior será a intensidade da dor.

Tabela 12 - Análise de regressão múltipla (método *enter*) para respostas distratoras e respostas facilitativas, como preditores da intensidade da dor na mulher (n=29)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro-Padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Respostas Distratoras	-3.644	2.833	-.204	-1.287	.210
Respostas Facilitativas	-7.893	2.027	-.616	-3.894**	.001

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

Relativamente à catastrofização da dor sexual (ver Tabela 13), os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F[2,27] = 5.92$; $p = 0.007$; R^2 ajustado = 0.25), sendo que o modelo final ajustado explicou cerca de 25% da variância da catastrofização da dor. A análise dos coeficientes de regressão estandardizados não apontou nenhuma variável como preditor significativo da catastrofização da dor.

Tabela 13 - Análise de regressão múltipla (método *enter*) para respostas distratoras e respostas facilitativas, como preditores da catastrofização na mulher (n=30)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro-Padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Respostas Distratoras	-7.823	3.998	-.396	-1.957	.061
Respostas Facilitativas	-3.009	2.868	-.212	-1.049	.303

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

4. Discussão

O presente estudo teve como objetivo primordial avaliar o papel de diferentes variáveis psicossociais e relacionais, como a satisfação relacional, a satisfação sexual, o funcionamento sexual e a percepção das respostas do parceiro perante a dor, nos níveis de intensidade e catastrofização da dor sexual feminina. Pretendeu-se igualmente averiguar de que forma estas variáveis, medidas na ótica da mulher e do seu respetivo parceiro, influenciam a intensidade da dor e a catastrofização percecionadas pela mulher com dor sexual.

De uma forma geral, os resultados obtidos neste estudo mostram-se consonantes com os estudos em mulheres com dor sexual, que incluem os seus parceiros (Desrosiers et al., 2008; Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert, & Steben, 2012; Rosen et al., 2012; Rosen et al., 2014a). Os mesmos indicaram que, relativamente à intensidade da dor, surgem como principais preditores a satisfação relacional e a percepção de repostas punitivas e facilitativas do parceiro, tendo em conta as variáveis femininas, e o funcionamento sexual,

respostas punitivas e facilitativas, tendo em conta as variáveis do parceiro. No que diz respeito à catastrofização, surgiram como principais a satisfação relacional, a percepção de respostas solícitas e facilitativas do parceiro, relativas à mulher e as respostas punitivas, relativas ao companheiro.

Para explicar a associação encontrada entre a satisfação relacional e a intensidade da dor, a literatura tem sugerido que a presença de uma disfunção sexual pode, por vezes, aumentar a satisfação relacional e a intimidade, não as afectando negativamente (Smith, Pukall, & Chamberlain, 2013). Estes casos podem suscitar no parceiro sem disfunção, sentimentos de empatia para com o outro, promovendo uma forma positiva de lidar com a dor e com o sofrimento, através de respostas e cognições mais adaptativas e positivas. Como resultado, verifica-se uma maior aproximação do casal que, por sua vez, diminuirá o impacto da disfunção, contribuindo para um aumento significativo da satisfação relacional. Para Rosen, Rancourt, Bergeron e Corsini-Munt (2014b), a dor sexual acarreta consequências ao nível da saúde sexual, relacional e psicológica, quer da mulher, quer do seu parceiro. No entanto, um relacionamento com uma base sólida poderá ter um efeito positivo na dor sexual.

O papel do parceiro tem vindo a surgir na literatura como um fator de modulação da dor sentida pela mulher (Desrosiers et al., 2008), embora os estudos nesta área sejam ainda escassos. O facto do funcionamento sexual masculino ter surgido como preditor negativo e significativo da intensidade da dor, pode estar relacionado com a influência que a dor sentida pela sua parceira exerce no seu companheiro. Num estudo de Smith e Pukall (2014), verificou-se que os parceiros de mulheres com dor reportam uma função erétil mais pobre, devido ao evitamento da atividade sexual das respetivas parceiras. Este evitamento tende a diminuir igualmente a qualidade de outras dimensões do funcionamento sexual.

No que diz respeito à percepção, por parte das mulheres, das respostas do outro face à dor, os resultados surgiram relativamente congruentes, quer com os dados da literatura (Rosen et al., 2010; 2012), quer com as próprias repostas dadas pelo parceiro. Verificou-se assim uma associação negativa entre respostas punitivas (*“Mostro-lhe a minha fúria”*), e uma associação positiva entre respostas facilitativas (*“Digo que a amo”*; *“Digo-lhe coisas simpáticas”*) e intensidade da dor. Também Desrosiers e colaboradores (2008), verificaram no seu estudo que as mulheres que percecionaram mais respostas punitivas e negativas (*“Questiono a sua capacidade para se envolver em atividade sexual”*), da parte dos parceiros, reportam maiores níveis de intensidade de dor. Respostas desta natureza

parecem influenciar de forma negativa o ajustamento psicológico da mulher perante a dor, potenciando o desenvolvimento e manutenção de sintomas depressivos, que surgem na literatura relacionados com a dor crónica e dor sexual e como preditores significativos da intensidade da dor e respetivos níveis incapacidade (Desrosiers et al., 2008). Adicionalmente, a presença de respostas punitivas ao não favorecerem um contexto positivo para a ocorrência da relação sexual, onde haja compreensão da dor da mulher e foco em outras atividades sexuais que não a penetração, podem ter igualmente impacto negativo (Desrosiers et al., 2008). Por outro lado, as respostas facilitativas parecem promover um nível de *coping* mais adaptativo face à dor e à catastrofização. Estas são respostas que facilitam o envolvimento da mulher em atividades sexuais menos dolorosas, promovendo um melhor funcionamento sexual geral, fomentando a proximidade emocional e intimidade do casal (Rosen et al., 2012, 2014a). Promovem igualmente o surgimento cognições positivas acerca da dor, como por exemplo, esta ser controlável e tolerável. Todos estes fatores parecem levar a mulher a percecionar menores níveis de intensidade de dor, devido à presença de menores níveis de hipervigilância e catastrofização. Congruentemente, outros estudos (Rosen et al., 2012; 2014a) indicaram que o encorajamento e o apoio face à presença de dor, por parte do parceiro, estão associados a uma menor intensidade da dor e melhores níveis de satisfação e funcionamento sexual. Um estudo de Gordon e colaboradores (2003), revelou que a percepção da mulher de um companheiro mais compreensivo, foi a componente que melhor a ajudou a lidar emocionalmente com a sua dor. A presença de respostas facilitativas parecem assim incentivar a pessoa a lidar com a dor de forma mais adaptativa, não havendo um reforço dos comportamentos de dor ou evitamento das situações indesejadas (Rosen et al., 2012; 2014a).

No que diz respeito à catastrofização, verificou-se, tal como para a intensidade da dor, que a satisfação relacional da mulher foi um preditor significativo. Dada a escassez de literatura nesta temática, podemos colocar a hipótese que o facto da mulher se sentir próxima do seu parceiro e valorizada por este, poderá resultar na minimização de expressões de catastrofização, devido à presença de estruturas cognitivas mais positivas e estilos de coping mais adaptativos para lidar com a dor.

Os resultados indicaram ainda que a percepção de respostas solícitas (“*Sugiro-lhe que paremos a atividade sexual*”; “*Sugiro ligar a televisão ou dormir*”), e facilitativas dos parceiros face à dor, da parte das mulheres, e a presença de respostas punitivas da parte do

parceiro emergiram como preditores significativos. Estes resultados podem ser interpretados tendo em conta o modelo operante de aprendizagem de Fordyce (1982), segundo o qual, a percepção das mulheres da presença de respostas solícitas e negativas da parte do parceiro facilitam o surgimento de estruturas cognitivas negativas relativas à dor, refletindo-se em níveis elevados de catastrofização, ansiedade, hipervigilância, intensidade da dor (Fordyce, 1976 *cit in* Rosen et al., 2012) e evitamento (Romano et al., 1995; Schwartz et al., 2005). Num outro estudo, Boothby, Thorn, Overduin e Ward (2004) verificaram que apenas as respostas punitivas surgem como preditoras da catastrofização, o que está de acordo com os nossos dados na perspetiva masculina. Assim, numa fase inicial de surgimento da dor, níveis altos de catastrofização podem suscitar sentimentos de simpatia e atenção (respostas solícitas) no outro significativo. Contudo, com a continuidade, e à medida que a dor se vai tornando crónica, a catastrofização poderá provocar no outro irritação e frustração, ou seja, respostas punitivas (Boothby et al., 2004), algo que pode estar na base da divergência de perspetiva que encontramos nos nossos resultados. Já as respostas facilitativas, por sua vez, possibilitam um melhor ajustamento psicológico à condição de dor não reforçando comportamentos de evitamento e a presença de pensamentos e emoções desajustados, que poderiam resultar numa maior catastrofização, sentimentos de culpa e ansiedade (Rosen et al., 2014b).

Assim, por elucidarem a importância que as variáveis masculinas têm na dor sexual feminina, estes resultados permitem-nos inferir que, não só as devemos ter em conta na intervenção na dor, como também devemos ter em conta a presença do parceiro no tratamento da dor, com vista à promoção de um bom funcionamento sexual do casal.

Estudos que abordaram o tratamento de diferentes dificuldades sexuais e outras condições de saúde crónicas têm vindo a demonstrar que, a inclusão do parceiro, claramente beneficia os resultados terapêuticos (Manne, Ostroff, & Winkel, 2007).

Os resultados deste estudo devem ser interpretados com precaução devido à presença de diferentes limitações. Este é um estudo de carácter essencialmente exploratório com uma amostra reduzida e obtida por conveniência. O estudo foi principalmente difundido via *online*. Consequentemente são várias as pessoas que não têm acesso a este recurso, principalmente as que se situam numa faixa etária mais envelhecida e num nível socio-económico mais baixo. Estas limitações, impedem a generalização dos resultados à população geral.

Por outro lado, o recurso a instrumentos de autorresposta, em que os participantes fazem uma auto-avaliação das suas problemáticas, não corresponde ao procedimento mais adequado para atestar a veracidade da real presença de dor sexual, podendo haver um enviesamento dos resultados. Também no caso do Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor, surgiram valores baixos de consistência interna para a subescala respostas solícitas na versão feminina e masculina, apesar do total das escalas ter revelado uma bons níveis de fiabilidade. Assim, os resultados obtidos com esta subescala devem ser interpretados com especial cautela.

É assim primordial o desenvolvimento de mais estudos que permitam, em primeiro lugar, um diagnóstico médico e psicológico da presença de dor sexual na mulher, seguida de uma avaliação mais aprofundada das diferentes variáveis no casal, de forma a se reduzir o risco da desejabilidade social que poderá surgir no preenchimento dos questionários de auto-resposta. Estudos futuros deverão ainda incluir uma amostra de maior dimensão que promova uma generalização de resultados.

De uma forma geral, o presente estudo contribuiu para uma maior compreensão do papel que as variáveis psicossociais e relacionais, como a satisfação relacional ou a perceção das respostas do outro, têm na dor sexual. Especificamente, esta investigação mostrou-nos que uma maior satisfação relacional está associada com menores níveis de intensidade da dor e de catastrofização, bem como uma maior frequência de respostas facilitativas está associada igualmente com menores níveis de intensidade da dor e de catastrofização. Estes são indicadores essenciais a uma intervenção em casais que lidem de perto com a dor sexual.

5. Conclusão

A dor, como mecanismo de proteção e sobrevivência do organismo, tem uma origem multifatorial, suscitando interesse, desde muito cedo, nos diferentes campos de estudo relativos à saúde física e psicológica. A dor sexual, por assumir um contexto mais específico e relacional, revela-se como um alvo de especial interesse de diferentes investigadores, por se constituir como um desafio ao nível da avaliação e intervenção devido à falta de conhecimento em torno da sua definição e conceptualização.

De forma consistente com o que a literatura tem vindo a descrever neste campo, os resultados deste estudo sugerem que, uma maior satisfação relacional feminina, mais

respostas facilitativas do companheiro, percebidas pela mulher, e mais respostas facilitativas do parceiro, predizem menores níveis de intensidade da dor. Por outro lado, mais respostas punitivas do parceiro, percebidas pela mulher, um maior funcionamento sexual masculino e a presença de respostas punitivas do parceiro, predizem maiores níveis de intensidade da dor. Todas estas dimensões assumem um papel fundamental no mecanismo da dor sexual devendo ser alvo de intervenção terapêutica, quer como fatores protetores, quer como fatores desencadeadores desde tipo de dificuldades na mulher e respetivos casais.

Mais ainda, este estudo permitiu identificar alguns preditores da catastrofização nas mulheres com dor sexual. Por um lado, uma maior satisfação relacional feminina, mais respostas solícitas, e mais respostas facilitativas do parceiro, percebidas pela mulher, predizem menores níveis de intensidade da dor. Por outro, mais respostas punitivas do parceiro, predizem maiores níveis de catastrofização. Mais uma vez, os resultados sublinham a importância destas variáveis no delineamento de um plano de intervenção para a dor sexual, bem como da necessidade de aprofundar a investigação nesta área, com mais estudos orientados para casais.

Apesar das limitações deste estudo, as informações veiculadas pelos resultados, permitem-nos refletir acerca da dor sexual como um construto heterogêneo com origem multifatorial e sobretudo, acerca das variáveis suscetíveis de a influenciar. Neste caso específico, focamo-nos sobre variáveis psicossociais e relacionais e verificámos que o parceiro é verdadeiramente suscetível de influenciar quer positiva, quer negativamente a vivência da dor pela mulher. Neste sentido, importa investigar os efeitos que as diferentes variáveis têm na mulher, e utilizá-las em nosso benefício, como alvos de intervenção, no tratamento destes quadros clínicos, envolvendo sempre o parceiro neste processo.

Com este estudo pretendemos estimular a investigação desta problemática, com vista à obtenção de uma melhor compreensão de todos os fatores que compõem este quadro clínico e de que forma estes se relacionam entre si. Investigações futuras devem ser projetadas com o menor número de limitações possível ao nível metodológico, para que os seus resultados possam ser transpostos para o campo da avaliação e intervenção da dor sexual feminina com relativa segurança.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000), Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais – DSM-IV-TR (4ª Ed.) Texto Revisto. Lisboa: Climepsi Editora.
- American Psychiatric Association (2013) – Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DMS-V (5th ed). Arlington: American Psychiatric Publishing
- Azevedo, L.F., Pereira, A.C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., Patto, T., Vaz-Serra, S., Abrunhosa, R. et al., (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, 15, 6-37
- Banks, S. M., & Kerns, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 119(1), 95-110. doi:10.1037/0033-2909.119.1.95
- Baron, S. R., Florendo, J., Sandbo, S., Mihai, A., & Lindau, S. (2011). Sexual Pain Disorders in Women. *Clinician Reviews*, 21(5), 32-38.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., & ... Schultz, W. (2004). Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. *Journal Of Sexual Medicine*, 1(1), 40-48. doi:10.1111/j.1743-6109.2004.10107.x
- Binik, Y., Brotto, L., Graham, C., & Segraves, R. (2010). Response of the DSM-V Sexual Dysfunctions subworkgroup to commentaries published in JSM. *The Journal Of Sexual Medicine*, 7(7), 2382-2387. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01899.x
- Binik, Y., Reissing, E., Pukall, C., Flory, N., Payne, K., & Khalifé, S. (2002). The female sexual pain disorders: genital pain or sexual dysfunction? *Archives Of Sexual Behavior*, 31(5), 425-429.
- Binik, Y. (2005). Dyspareunia Looks Sexy on First But How Much Pain Will It Take for It to Score? A Reply to My Critics Concerning the DSM Classification of Dyspareunia as a Sexual Dysfunction. *Archives Of Sexual Behavior*, 34(1), 63-67.
- Boothby, J., Thorn, B., Overduin, L., & Ward, L. C. (2004). Catastrophizing and perceived partner responses to pain. *Pain (03043959)*, 109(3), 500-506. doi:10.1016/j.pain.2004.02.030

- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain* (03043959), 107(1-2), 99-106. doi:10.1016/j.pain.2003.10.003
- Cano, A., Weisberg, J. N., & Gallagher, R. M. (2000). Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample. *Pain Medicine*, 1(1), 35-43.
- Casey C, Greenberg M, Nicassio P, Harpin R, Hubbard D. (2008) Transition from acute to chronic pain and disability: A model including cognitive, affective, and trauma factors. *Pain*. 134:69–79. Davis, H., & Reissing, E. (2007). Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: a critical review of the literature. *Sexual & Relationship Therapy*, 22(2), 245-254.
- Derogatis, L. R., Laan, E., Brauer, M., van Lunsen, R. W., Jannini, E. A., Davis, S. R., & ... Goldstein, I. (2010). Responses to the Proposed DSM-V Changes. *Journal Of Sexual Medicine*, 7(6), 1998-2014. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01865.x
- Desrochers G, Bergeron S, Landry T, Jodoin M. (2008) Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *J Sex Marital Therapy*, 34: 198–226.
- Desrosiers M, Bergeron S, Meana M, Leclerc B, Binik YM, Khalifé S. (2008) Psychosexual characteristics of vestibulodynia couples: Partner solicitousness and hostility are associated with pain. *J Sex Med* 5:418–27. Doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00705
- Fordyce, W.E. (1982). A behavioral perspective on chronic pain. *British Journal of Clinical Psychology*. 21, 313-320. doi: 10.1111/j.2044-8260.1982.tb00569.x.
- Gatzounis, R., Schrooten, M., Crombez, G., & Vlaeyen, J. (2012). Operant learning theory in pain and chronic pain rehabilitation. *Current Pain & Headache Reports*, 16(2), 117-126. doi:10.1007/s11916-012-0247-1
- Gomes, A. (2008). *Abordagem Psicológica no Controlo da Dor*. Lisboa: Permanyer Portugal
- Graziottin A. (2006). Sexual pain disorders: dyspareunia and vaginismus. In: Porst H. Buvat J. (Eds), ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, *Standard practice in Sexual Medicine* (pp. 342-350). Blackwell, Oxford, UK.

- Jodoin, M., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M., Desrochers, G., & Leclerc, B. (2011). Attributions about pain as predictors of psychological symptomatology, sexual function, and dyadic adjustment in women with vestibulodynia. *Archives Of Sexual Behavior*, 40(1), 87-97. doi:10.1007/s10508-010-9647-7
- Kerns, R.D., Haythornthwaite, J., Southwick, S., & Giller, E.L. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. *Journal of Psychosomatic Research*. 34; 401-408. Doi: 10.1016/0022-3999(90)90063-A
- Lawrance, K., & Byers, E. (1992). Development of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction in long term relationships. *Canadian Journal Of Human Sexuality*, 1(3), 123-128.
- Lawrance, K., & Byers, E. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285. doi:10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x
- Lemieux, A., Bergeron, S., Steben, M., & Lambert, B. (2013). Do Romantic Partners' Responses to Entry Dyspareunia Affect Women's Experience of Pain? The Roles of Catastrophizing and Self-Efficacy. *The Journal Of Sexual Medicine*,
- Leonard, M. T., Cano, A., & Johansen, A. B. (2006). Chronic Pain in a Couples Context: A Review and Integration of Theoretical Models and Empirical Evidence. *The Journal Of Pain*, 7(6), 377-390. doi:10.1016/j.jpain.2006.01.442
- Loeser, J., & Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *Lancet*, 353(9164), 1607-1609.
- Lofrisco, B. (2011). Female sexual pain disorders and cognitive behavioral therapy. *Journal Of Sex Research*, 48(6), 573-579. doi: 10.1080/00224499.2010.540682
- Lousberg, R., Schmidt, A.J.M., & Groenman, N.H. (1992). The relationship between spouse solicitousness and pain behavior: Searching for more experimental evidence. *Pain*, 51, 75-79. doi: 10.1016/0304-3959(92)90011-Y.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maruta, T., & Osborne, D. (1978). Sexual activity in chronic pain patients. *Psychosomatics*, 19, 531-537.
- Meana, M., Binik, I., Khalife, S., & Cohen, D. (1998). Affect and marital adjustment in women's rating of dyspareunic pain. *The Canadian Journal Of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 43(4), 381-385.

- Meana, M., Binik, Y. M., Khalife, S., & Cohen, D. (1999). Psychosocial correlates of pain attributions in women with dyspareunia. *Psychosomatics: Journal Of Consultation Liaison Psychiatry*, 40(6), 497-502. doi:10.1016/S0033-3182(99)71188-6
- Melzack, R. (1984). Short- Form McGill Pain Questionnaire . Unpublished manuscript.
- Melzack, R. (1987). The short form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30(2), 191-197. doi:10.1016/0304-3959(87)91074-8.
- Melzack, R. (1989). Phantom limbs, the self and the brain (The D.O. Hebb memorial lecture). *Canadian Psychology*, 30, 1-14.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain Supplement*, 6, 121-126. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00145-1
- Melzack, R. (2011). The story of pain. *Psychologist*, 24(6), 470-471.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F.A. (2003). Sexual Dysfunctional beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(2), 171-204. doi:10.1080/1468199031000061281.
- Oliveira, C. (2013). *Determinantes Psicossociais da Dor Sexual Na Mulher Portuguesa*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Aveiro.
- Pascoal, P. (2012). *Contributo de Variáveis Individuais e Relacionais para a Satisfação Sexual de Pessoas em Relação de Conjugalidade com e sem Problemas Sexuais*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Pascoal, P.M., Narciso, I., Pereira, N. & Ferreira, A. (2013). Processo de validação da *Global Measure of Sexual Satisfaction* em três amostras da população portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. vol.26, n.4, pp. 691-700. Doi: 10.1590/S0102-7972201311000400009.
- Pascoal, P. M., Oliveira, L., & Raposo, C. (2015). Evidências de validade da *Global Measure of Relationship Satisfaction* (GMREL) em três amostras da população portuguesa. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 28(1):41-48. Doi:10.1590/16787153.201528105
- Payne, K., Binik, Y., Amsel, R., & Khalifé, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *European Journal Of Pain (London, England)*, 9(4), 427-436.
- Payne, B., & Norfleet, M. (1986). Chronic pain and the family: A review. *Pain*, 26, 1-22.

- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de funcionamento sexual feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 34-44.
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2003). Etiological Correlates of Vaginismus: Sexual and Physical Abuse, Sexual Knowledge, Sexual Self-Schema, and Relationship Adjustment. *Journal Of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 47.
- Romano, J. M., Turner, J. A., Jensen, M. P., Friedman, L.S., Bulcroft, R.A., Hops, H., & Wright, S.F. (1995). Chronic pain patient-spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain*. 63; 353. Doi: 10.1016/0304-3959(95)00062-3
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Glowacka, M., Delisle, I., & Baxter, M. (2012). Harmful or Helpful: Perceived Solicitous and Facilitative Partner Responses Are Differentially Associated with Pain and Sexual Satisfaction in Women with Provoked Vestibulodynia. *Journal Of Sexual Medicine*, 9(9), 2351-2360. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02851.x
- Rosen, N., Bergeron, S., Lambert, B., & Steben, M. (2013). Provoked Vestibulodynia: Mediators of the Associations Between Partner Responses, Pain, and Sexual Satisfaction. *Archives Of Sexual Behavior*, 42(1), 129-141. doi:10.1007/s10508-012-9905-y
- Rosen, N. O., Bergeron, S., Leclerc, B., Lambert, B., & Steben, M. (2010). Woman and Partner-Perceived Partner Responses Predict Pain and Sexual Satisfaction in Provoked Vestibulodynia (PVD) Couples Rosen et al. Woman and Partner-Perceived Partner Responses. *Journal Of Sexual Medicine*, 7(11), 3715-3724. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01957.x
- Rosen, N.O., Bergeron, S., Sadikaj, G., Glowacka, M., Delisle, I., & Baxter, M.-L. (2014a). Impact of male partner responses on sexual function in women with vulvodynia and their partners: A dyadic daily experience study. *Health Psychology*, 33, 823-831. doi: 10.1037/a0034550
- Rosen NO, Rancourt K, Bergeron S, Corsini-Munt S. (2014b) Not just the “woman’s problem”: The role of relationship processes in genital pain. *Curr Sex Health Rep*; 6: 1–10. doi:10.1007/s11930-013-0006-2
- Rosen, R., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.

- Santoro, D., Bellinghieri, G., & Savica, V. (2011). Development of the concept of pain in history. *Journal Of Nephrology*, 24 Suppl 17S133-S136. doi:10.5301/JN.2011.6481
- Schwartz, L., & Ehde, D. M. (2000). Couples and chronic pain. In K. B. Schmalings, T. Sher (Eds.), *The psychology of couples and illness: Theory, research, & practice* (pp. 191-216). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/10360-007
- Schwartz, L., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2005). The development and psychometric evaluation of an instrument to assess spouse responses to pain and well behavior in patients with chronic pain: The spouse response inventory. *The Journal of Pain*, 6, 243–252.
- Sharp, T. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research And Therapy*, 39(7), 787-800.
- Smith, K. B. and Pukall, C. F. (2014), Sexual Function, Relationship Adjustment, and the Relational Impact of Pain in Male Partners of Women with Provoked Vulvar Pain. *Journal of Sexual Medicine*. 11: 1283–1293. doi: 10.1111/jsm.12484
- Smith KB, Pukall CF, and Chamberlain SM. Sexual and relationship satisfaction and vestibular pain sensitivity among women with provoked vestibulodynia. (2013) *J Sex Med*; 10:2009–2023. Doi: 10.1111/jsm.12213
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S., & Pivic, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524–532. doi:10.1037/1040-3590.7.4.524
- Sullivan, M., Thorn, B., Haythornthwaite, J., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L., & Lefebvre, J. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal Of Pain*, 17(1), 52-64.
- Sullivan, M.J.L., Tripp, D.A., Santor, D. (2000) Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *Cognitive Therapy Research*. 24:121-134. Doi. 0147-5916/00/0200-0121
- Turk, D. C. (1999). The role of psychological factors in chronic pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43(9), 885-888. doi:10.1034/j.1399-6576.1999.430904.x
- Turk, D. C. (2002). A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Research & Management*, 7(1), 9-20.

- Turk., D.C., & Flor, H. (1999). The behavioral perspective of pain. In R.J. Gatchel, & D.C. Turk (Eds.). *Psychosocial factors in pain: Clinical perspectives* (pp. 18-34). New York: The Guilford Press.
- Turk., D.C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: The Guilford Press.
- Van Lankveld, J. M., Granot, M., Schultz, W., Binik, Y. M., Wesselmann, U., Pukall, C. F., & ... Achtrari, C. (2010). Women's Sexual Pain Disorders. *Journal Of Sexual Medicine*, 7(1), 615-631. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01631.x

ANEXO A
Protocolo Feminino

O Papel da Qualidade da Relação e da Resposta do Parceiro na Dor Sexual Feminina

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar as dimensões relacional e sexual na vivência da dor sexual feminina, em casais heterossexuais.

Para este efeito, solicitamos a colaboração de mulheres que apresentem dor sexual e dos respetivos parceiros, para o preenchimento de um questionário *online*.

Estão disponíveis dois *links*, sendo um dirigido especificamente à **mulher com dor sexual** e outro destinado ao seu **parceiro**. Por favor seleccione aquele onde se enquadra.

▶ **Mulher com Dor Sexual**

▶ **Parceiro**

No decorrer do preenchimento do questionário poderá sentir dificuldade relativamente a algumas questões, contudo seria importante responder a todas, mesmo não tendo a certeza em relação à resposta, seleccionando sempre a resposta que lhe pareça mais adequada. Para que este estudo obtenha informação válida, agradecemos a **sinceridade** e a **veracidade** na resposta às perguntas deste questionário.

O questionário deverá ser respondido de forma autónoma, isto é, sem ajuda externa e **sem ajuda do companheiro**. Agradecemos que **tente responder a todas as perguntas, certificando-se de que não deixou respostas em branco**.

Para no futuro conseguirmos associar o questionário dos dois membros do casal, sem que seja necessário qualquer tipo de identificação, solicitamos a combinação prévia de um código que deverá ser utilizado por ambos os membros do casal. Como exemplo, poderão ser utilizadas as iniciais dos apelidos e os meses de nascimento em numeração (Ex: OF125). Este código será solicitado no Questionário Introdutório.

Tendo em conta o conteúdo deste estudo, **o questionário é totalmente ANÓNIMO**, não sendo pedidos quaisquer dados que possam identificar os seus respondentes.

Caso deseje obter qualquer tipo de informação adicional poderá entrar em contacto através do email lisete.ferreira15@gmail.com.

Consentimento Informado

Estou de acordo em participar no estudo intitulado “ **O Papel da Qualidade da Relação e da Resposta do Parceiro na Dor Sexual Feminina**”, integrado na dissertação de mestrado, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, pela aluna Lisete Ferreira, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. O presente estudo encontra-se sob orientação do Prof. Dr. Pedro Nobre e da Prof. Dra. Cátia Oliveira.

Foi-me dada uma explicação integral acerca da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de indagar e esclarecer todos os aspetos que pareceram pertinentes.

Sei que sou livre de abandonar o estudo em qualquer altura, se assim for o meu desejo.

A minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais. Concordo que estes sejam analisados pelos investigadores responsáveis pelo estudo, sob autoridade delegada do investigador principal.

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

☐

Sim, concordo.

Questionário Introdutório para Grupo de Mulheres com Dor Sexual (Cátia Oliveira)

Data ____/____/____ Código do casal _____

Idade: _____ (Ano 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 fato ☐ Solteira ☐ Viúva ☐ Separada ou divorciada

Há quanto tempo dura a relação com o seu companheiro atual (por favor, especifique duração em anos e/ou meses)?

Especifique, por favor, o tipo de relação com o seu companheiro atual (assinale uma ou mais opções):

- ☐ Marital ☐ União de fato ☐ 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					
	Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito mau
Assinale com um círculo ou uma cruz o número correspondente à sua resposta					
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 seu companheiro?	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				
Infecções sexualmente transmissíveis (link 1)				
Dores de cabeça crónicas/enxaquecas				
Endometriose				
Epilepsia				
Excesso de colesterol				
Fibromialgia				
Hipertensão arterial				
Hipotensão arterial				
Problemas de tiróide				
Síndrome de fadiga crónica				
Síndrome do cólon irritável				
Abuso de álcool/drogas				
Asma				
Anemia				
Doenças de pele				
Dor Crónica				
Outros problemas de saúde (por favor, especifique): _____ _____				

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

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

Medicação

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

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

Cirurgias

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

Se sim, qual dos seguintes:

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

Indique (caso se aplique) outras cirurgias a que tenha sido sujeita e inclua as 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	10

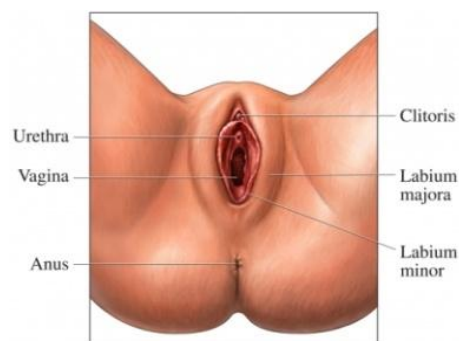
11. Por favor assinale a intensidade média de desconforto durante as tentativas de penetração nos últimos 4 a 6 meses.

☐ Não houve tentativa de penetração vaginal

Sem dor				Dor moderada					Pior Dor Possível
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

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



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

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

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 seu parceiro?

Nenhum	Pouco	Algum	Moderada	Elevado
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/sempre presentes (ocorrem sem haver toque, por exemplo quando está deitada)
- ☐ Intermitentes (ocorrem sem toque)
- ☐ Cíclicos (ocorrem sem toque)
- ☐ Ocorrem com qualquer tipo de toque ou pressão na zona genital (por exemplo, andar de bicicleta, costura das calças)
- ☐ Ocorrem com actividade sexual sem penetração ou toque
- ☐ Ocorrem com actividade sexual com penetração

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

Se sim, por favor indique _____

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

Se sim, por favor indique _____

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

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

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

	Inexistente				Completamente Satisfeita
a. Em relação à ajuda 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	0	1	2	3	4
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 parceiro 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 fato:

- ☐ não tentei porque a minha expectativa é que ia ser muito doloroso
☐ não tentei porque fui aconselhada a não fazê-lo
☐ 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 que 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 companheiro: (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 seu parceiro tem noção do seu problema?

☐ Sim ☐ Não

15. Como classifica o suporte do seu companheiro no que diz respeito à sua condição?

0=Inexistente 10 = completo

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

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

Se respondeu sim, a que nível sente mais esse problema? (Assinale, por favor, **apenas uma** 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 ter mais algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual além do acima referido? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu sim, a que nível considera que existe esse problema? (Assinale, por favor, **apenas uma** das seguintes opções)

☐ Desejo ☐ Excitação ☐ Lubrificação ☐ Orgasmo ☐ Aversão

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

23. 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

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

25. 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)

26. Considera que o seu parceiro 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, **apenas uma** das seguintes opções de resposta)

(opções no caso de um parceiro sexual)

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

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

29. Considera que o seu parceiro tem mais algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual além do acima referido?

☐ Sim ☐ Não

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

(opções no caso de um parceiro sexual)

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

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

32. 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:	
33. 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	
34. Atualmente tem sido incomodada com situações tais como pensamentos ou sonhos acerca do acontecimento, ou sente mal-estar quando vê ou ouve algo que a faz lembrar o acontecimento?	
☐ Não ☐ Sim	
35. Alguma vez se envolveu em atividades que a pusessem em risco de contrair SIDA? ☐ Sim ☐ Não	
Em caso afirmativo, por favor, explique: _____	
História da Menstruação e Ginecológica	
1. Idade da primeira menstruação: _____ anos	
2. Indique, por favor, em que fase se encontra atualmente:	
☐ Pré-menopausa (ainda tem menstruações regularmente)	
☐ Peri-menopausa (tem menstruações irregulares e intercaladas; não menstrua há 2 meses ou mais, até 12 meses)	
☐ Pós-menopausa (não menstrua há 12 meses ou mais)	
3. O seu período menstrual é regular? ☐ Sim ☐ Não	
4. Qual foi a data da sua última menstruação? _____	
5. Habitualmente a hemorragia menstrual tem a duração de quantos dias? _____	
6. Que tipo de produto sanitário usa para a sua higiene íntima? _____	
7. Sofre de algum problema de pele, couro cabeludo e /ou unhas (p. ex. eczema)? ☐ Sim ☐ Não	
8. A sua pele apresenta algum tipo de sensibilidade a perfumes, sabonete, etc? ☐ Sim ☐ Não	
9. Ocorrem hemorragias entre os períodos menstruais? ☐ Sim ☐ Não	
10. Experiencia dor com o seu ciclo menstrual? ☐ Sim ☐ Não	
11. Ocorre algum tipo de hemorragia após a penetração vaginal? ☐ Sim ☐ Não	
12. Apresenta atualmente algum corrimento vaginal fora do normal? ☐ Sim ☐ Não	
13. Notou algum tipo de lesão física (cortes, prurido, bolhas, etc) na vulva (órgão genitais externos)? ☐ Sim ☐ Não	
16. Quando é que realizou o último exame de Papanicolau? _____ / _____ (mês/ano)	

17. Alguma vez teve resultados fora do normal neste exame? ☐ Sim ☐ Não

História da Contraceção

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

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: _____

8. A sua condição de dor teve impacto na sua gravidez? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, explique como: _____

9. 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 factores
☐ Outro _____

MEDIDA GLOBAL DA SATISFAÇÃO RELACIONAL (GMREL; Lawrance & Byers,1998)
(Versão portuguesa de Patrícia Pascoal & Isabel Narciso, 2006)

Em geral, como descreveria a sua satisfação *global* com o/a seu/sua companheiro/a? Para *cada* par de palavras abaixo, circule o número que melhor descreve a sua relação como um todo.

Muito boa	1	2	3	4	5	6	7	Muito má
Muito agradável	1	2	3	4	5	6	7	Muito desagradável
Muito positiva	1	2	3	4	5	6	7	Muito negativa
Muito satisfatória	1	2	3	4	5	6	7	Muito insatisfatória
Muito valiosa	1	2	3	4	5	6	7	Sem valor

MEDIDA GLOBAL DA SATISFAÇÃO SEXUAL (GMSEX; Lawrance & Byers,1998)
(Versão portuguesa de Patrícia Pascoal & Isabel Narciso, 2006)

Na globalidade, como descreveria a sua relação *sexual* com o seu companheiro? Para *cada* par de palavras abaixo, circule o número que melhor descreve a vossa relação sexual.

Muito boa	1	2	3	4	5	6	7	Muito má
Muito agradável	1	2	3	4	5	6	7	Muito desagradável
Muito positiva	1	2	3	4	5	6	7	Muito negativa
Muito satisfatória	1	2	3	4	5	6	7	Muito insatisfatória
Muito valiosa	1	2	3	4	5	6	7	Sem valor

ESCALA DE AJUSTAMENTO DIÁDICO – VERSÃO REDUZIDA (7 ITENS)
(SISF-DAS; Hunsley et al., 2001)

(Tradução e adaptação de Pedro Nobre, Ana Quinta-Gomes, Cátia Oliveira, Joana Carvalho, Pedro Laja, & Sandra Vilarinho, 2009)

A maioria das pessoas tem discordâncias nos seus relacionamentos. Por favor, para cada um dos itens da seguinte lista indique o grau aproximado de concordância ou discordância entre si e o seu parceiro:

	Concordo sempre	Concordo quase sempre	Discordo ocasionalmente	Discordo frequentemente	Discordo quase sempre	Discordo sempre
1. Filosofia de vida	5	4	3	2	1	0
2. Aspirações, objectivos e assuntos considerados importantes	5	4	3	2	1	0
3. Tempo passado em conjunto	5	4	3	2	1	0

Com que frequência diria que as seguintes situações ocorrem entre si e o seu parceiro:

	Nunca	Menos de uma vez/mês	Uma ou duas vezes/mês	Uma duas vezes/semana	Uma vez por dia	Mais de uma vez por dia
4. Ter uma estimulante troca de ideias	0	1	2	3	4	5
5. Discutir calmamente um assunto	0	1	2	3	4	5
6. Trabalhar em conjunto num projecto	0	1	2	3	4	5

Os pontos na linha em baixo representam graus diferentes de felicidade na vossa relação. O ponto “feliz” representa o grau de felicidade da maioria das relações. Por favor faça um círculo sobre o ponto que melhor descreve o grau de felicidade, considerando todas as componentes da vossa relação.

0	1	2	3	4	5	6
Extremamente infeliz	Razoavelmente infeliz	Ligeiramente infeliz	Feliz	Muito feliz	Extremamente feliz	Perfeito

Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor – Versão Feminina
(Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert & Steben, 2010)
Tradução e adaptação por Ferreira, Oliveira e Nobre, 2013)

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

1. Coloca à minha disposição lubrificante, um gel anestésico ou outra forma de alívio da dor.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

2. Pergunta-me como pode ajudar.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

3. Sugere que paremos a atividade sexual.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

4. Conforta-me.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

5. Sugere que deixemos de ter relações sexuais.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

6. Sugere ligar a televisão ou dormir.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

7. Mostra-me a sua irritação.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

8. Mostra-me a sua frustração.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

9. Mostra-me a sua fúria.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

10. Ignora-me

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

11. Tenta envolver-me na atividade sexual.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

12. Fala comigo sobre qualquer outra coisa para me distrair da dor

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

13. Incentiva o meu envolvimento em práticas sexuais não dolorosas.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

14. Faz alguma coisa para me ajudar a focar nas sensações de prazer em vez da dor.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

15. Demonstra felicidade por eu me envolver em atividade sexual.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

16. Abraça-me e/ou beija-me

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

17. Diz que me ama.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

18. Diz-me coisas simpáticas.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

19. Sorri

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

20. Diz-me que lhe estou a dar prazer.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

21. Questiona a minha capacidade para me envolver em atividade sexual.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

22. Diz-me para abrandar.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

23. Avisa que me posso realmente magoar-me por me envolver em atividade sexual.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

24. Demonstra preocupação comigo por eu ter actividade sexual

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

Modelo Resumido - Questionário McGill sobre a Dor
(Short-form McGill Pain Questionnaire SF-MPQ)

Form X

3 ☐ Not Done

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

(assinale com uma cruz (X) um quadrado em cada linha.)

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

B. CLASSIFIQUE AS SUAS DORES AO LONGO DA ÚLTIMA SEMANA

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

Sem dor	A pior dor possível	Score in mm (investigator's use only)		

C. INTENSIDADE ACTUAL DA DOR

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

Questionário elaborado por: Ronald Melzack

Copyright R. Melzack, 1970, 1987

Michael JL Sullivan

PCS-PO

Client No.: _____ Idade: _____ Sexo: M(____) F(____) Data: _____

Toda a gente passa por situações de dor em certos momentos da sua vida. Estas experiências podem incluir dores de cabeça, dores de dentes, dores articulares ou dores musculares. As pessoas estão muitas vezes expostas a situações que podem causar dor, tais como doenças, ferimentos, intervenções de dentista ou cirurgias.

Queremos conhecer os pensamentos e sentimentos que tem quando está a sentir dores. Em baixo encontra-se uma lista com treze afirmações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem estar associados à dor. Usando a escala seguinte, por favor indique em que medida tem estes pensamentos e sentimentos quando está com dores.

0 – nunca 1 – ligeiramente 2 – moderadamente 3 – bastante 4 – sempre

Quando estou com dores ...

- 1 ☐ Estou constantemente preocupado(a) em saber se a dor terá fim.
- 2 ☐ Sinto que não consigo continuar.
- 3 ☐ É terrível e penso que nunca mais vai melhorar.
- 4 ☐ É horrível e sinto que me ultrapassa completamente.
- 5 ☐ Sinto que já não aguento mais.
- 6 ☐ Fico com medo que a dor piore.
- 7 ☐ Estou sempre a pensar noutras situações dolorosas.
- 8 ☐ Quero ansiosamente que a dor desapareça.
- 9 ☐ Não consigo deixar de pensar nisso.
- 10 ☐ Estou sempre a pensar no quanto dói.
- 11 ☐ Estou sempre a pensar que quero muito que a dor passe.
- 12 ☐ Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor.
- 13 ☐ Pergunto -me se poderá acontecer algo grave.

...Total

ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO(FSFI; Rosen et al., 2000 – tradução e adaptação de Pedro 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/sempr
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

2. Como classifica o seu nível de desejo ou interesse sexual?

- ☐ Muito elevado
- ☐ Elevado
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo/nenhum

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

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre/sempr
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

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

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

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

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Confiança muito elevada
- ☐ Confiança elevada
- ☐ Confiança moderada
- ☐ Confiança baixa
- ☐ Confiança muito baixa/nenhuma

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

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre/sempr
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

7. Com que frequência ficou lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre/sempr
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

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

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

- ☐ Não tive actividade sexual
- ☐ Quase sempre/sempr
- ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- ☐ Quase nunca/nunca

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

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

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

☐ Não tive actividade sexual ☐ Quase sempre/sempe ☐ A maior parte das vezes (mais de metade das vezes) ☐ Algumas vezes (cerca de metade das vezes) ☐ Poucas vezes (menos de metade das vezes) ☐ Quase nunca/nunca
--

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

☐ Não tive actividade sexual ☐ Extremamente difícil ou impossível ☐ Muito difícil ☐ Difícil ☐ Ligeiramente difícil ☐ Nenhuma dificuldade

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

☐ Não tive actividade sexual ☐ Muito satisfeita ☐ Moderadamente satisfeita ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita ☐ Moderadamente insatisfeita ☐ Muito insatisfeita
--

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 tive actividade sexual ☐ Muito satisfeita ☐ Moderadamente satisfeita ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita ☐ Moderadamente insatisfeita ☐ Muito insatisfeita
--

15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

☐ Muito satisfeita ☐ Moderadamente satisfeita ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita ☐ Moderadamente insatisfeita ☐ Muito insatisfeita

16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

☐ Muito satisfeita ☐ Moderadamente satisfeita ☐ Igualmente satisfeita e insatisfeita ☐ Moderadamente insatisfeita ☐ Muito insatisfeita

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

☐ Não tentei ter relações sexuais ☐ Quase sempre/sempe ☐ 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

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

☐ Não tentei ter relações sexuais ☐ Quase sempre/sempe ☐ 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
--

20. Com que frequência a contracção dos músculos da sua vagina dificultou ou impediu a penetração do pénis durante qualquer relação sexual ?

☐ Não tentei ter relações sexuais ☐ Quase sempre/sempe ☐ 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 B
Protocolo Masculino

O Papel da Qualidade da Relação e da Resposta do Parceiro na Dor Sexual Feminina

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar as dimensões relacional e sexual na vivência da dor sexual feminina, em casais heterossexuais.

Para este efeito, solicitamos a colaboração de mulheres que apresentem dor sexual e dos respetivos parceiros, para o preenchimento de um questionário *online*.

Estão disponíveis dois *links*, sendo um dirigido especificamente à **mulher com dor sexual** e outro destinado ao seu **parceiro**. Por favor selecione aquele onde se enquadra.

▶ **Mulher com Dor Sexual**

▶ **Parceiro**

No decorrer do preenchimento do questionário poderá sentir dificuldade relativamente a algumas questões, contudo seria importante responder a todas, mesmo não tendo a certeza em relação à resposta, seleccionando sempre a resposta que lhe pareça mais adequada. Para que este estudo obtenha informação válida, agradecemos a **sinceridade** e a **veracidade** na resposta às perguntas deste questionário.

O questionário deverá ser respondido de forma autónoma, isto é, sem ajuda externa e **sem ajuda do companheiro**. Agradecemos que **tente responder a todas as perguntas, certificando-se de que não deixou respostas em branco**.

Para no futuro conseguirmos associar o questionário dos dois membros do casal, sem que seja necessário qualquer tipo de identificação, solicitamos a combinação prévia de um código que deverá ser utilizado por ambos os membros do casal. Como exemplo, poderão ser utilizadas as iniciais dos apelidos e os meses de nascimento em numeração (Ex: OF125). Este código será solicitado no Questionário Introdutório.

Tendo em conta o conteúdo deste estudo, **o questionário é totalmente ANÓNIMO**, não sendo pedidos quaisquer dados que possam identificar os seus respondentes.

Caso deseje obter qualquer tipo de informação adicional poderá entrar em contacto através do email lisete.ferreira15@gmail.com.

Consentimento Informado

Estou de acordo em participar no estudo intitulado “ **O Papel da Qualidade da Relação e da Resposta do Parceiro na Dor Sexual Feminina**”, integrado na dissertação de mestrado, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, pela aluna Lisete Ferreira, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. O presente estudo encontra-se sob orientação do Prof. Dr. Pedro Nobre e da Prof. Dra. Cátia Oliveira.

Foi-me dada uma explicação integral acerca da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de indagar e esclarecer todos os aspetos que pareceram pertinentes.

Sei que sou livre de abandonar o estudo em qualquer altura, se assim for o meu desejo.

A minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais. Concordo que estes sejam analisados pelos investigadores responsáveis pelo estudo, sob autoridade delegada do investigador principal.

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

☐ Sim, concordo.

Protocolo masculino
Questionário introdutório masculino (Cátia Oliveira)

Data ____/____/____ Código do casal _____

Idade: _____ (Ano 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:

- ☐ Ativo(especifique, por favor _____)
- ☐ Desempregado
- ☐ Reformado
- ☐ 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:

- ☐ Casado ou em união de fato ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Separado ou divorciado

Há quanto tempo dura a relação com a sua companheira atual (por favor, especifique duração em anos e/ou meses)?

Especifique, por favor, o tipo de relação com a sua companheira atual (assinale uma ou mais opções):

- ☐ Marital ☐ União de fato ☐ 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 da sua companheira?	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				
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): _____ _____				
---	--	--	--	--

Se assinalou a opção "Infecções sexualmente transmissíveis", por favor indique a(s) que se aplique(m) a si. Caso contrário, siga para a próxima questão:

- ☐ Clamídia
- ☐ Verrugas genitais
- ☐ Herpes genital
- ☐ Gonorreia
- ☐ HIV
- ☐ HPV
- ☐ Hepatite B
- ☐ Doença Inflamatória Pélvica
- ☐ Sífilis
- ☐ Candidíase
- ☐ Tricomoníase

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 dos seguintes exames urológicos/andrológicos? Por favor, assinale a(s) opções que correspondam ao seu caso. Se realizou outro procedimento, por favor, indique qual foi. Se nunca realizou nenhum exame, assinale a opção “Nenhum”.

☐ Sim ☐ Não ☐ Nenhum

Se sim, qual dos seguintes:

- ☐ Ecografia peniana
- ☐ Ecografia com doppler peniana
- ☐ Cavernosografia (ecografia que permite detectar fugas venosas)
- ☐ Toque retal
- ☐ Exame e cultura de urina
- ☐ Urodinâmica (estudo da capacidade de retenção e expulsão de urina)
- ☐ Imagiologia do pavimento pélvico
- ☐ Outro (Indique qual: _____)
- ☐ Nenhum

Indique (caso se aplique) outras cirurgias urológicas ou andrológicas a que tenha sido submetido 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 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 aconselhado a não fazê-lo
☐ Não tentei por outras razões (indique, por favor _____)

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

8. No momento presente a sua parceira sofre de dor no decorrer da penetração vaginal? ☐ Sim ☐ Não

9. A dor surge com a penetração na vagina? ☐ Sim ☐ Não

10. A dor ocorre em profundidade na zona pélvica? ☐ Sim ☐ Não

11. Acontece, por vezes, a penetração vaginal não ser possível? ☐ Sim ☐ Não

12. Quando os sintomas da sua parceira impedem a atividade sexual, você e a sua companheira: (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.

13. Tem noção do problema da sua parceira?

☐ Sim ☐ Não

14. Como classifica o seu suporte no que diz respeito à condição da sua parceira?

0=Inexistente

10 = completo

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

15. Considera que tem algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu **sim**, a que nível sente mais esse problema? (Assinale, por favor, **apenas uma** das seguintes opções)

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

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

17. 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

18. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar à sua parceira?

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

19. 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 a sua parceira
- ☐ Procurou informação
- ☐ Não fez nada
- ☐ Outra (especifique, por favor)

20. Considera ter mais algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual além do acima referido? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu sim, a que nível considera que existe esse problema? (Assinale, por favor, **apenas uma** das seguintes opções)

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

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

22. 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

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

24. 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 a sua parceira
- ☐ Procurou informação
- ☐ Não fez nada
- ☐ Outra (especifique, por favor)

25. Considera que a sua parceira 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, **apenas uma** das seguintes opções de resposta)

(opções no caso de uma parceira sexual)

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

26. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar à sua parceira?

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

28. Considera que a sua parceira tem mais algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual além do acima referido?

☐ Sim ☐ Não

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

(opções no caso de uma parceira sexual)

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

29. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar à sua parceira?

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

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

☐ Nada ☐ Alguma coisa ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Extremamente

31. 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
Injecções Vasodilatadoras	
Viagra	
Medicação oral (para além do Viagra)	
Lubrificantes vaginais	
MUSE (medicação Intra-uterina)	
Dispositivos de Vácuo	
Psicoterapia	
Terapia Sexual	
Implante Peniano	
Terapia de casal	

Outros:

32. 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

33. Atualmente tem sido incomodado com situações tais como pensamentos ou sonhos acerca do acontecimento, ou sente mal-estar quando vê ou ouve algo que o faz lembrar o acontecimento?

☐ Não ☐ Sim

34. Alguma vez se envolveu em atividades que o pusessem em risco de contrair SIDA? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, por favor, explique: _____

História da Contraceção		
1. Assinale em que medida você e a sua parceira utilizam os seguintes métodos contraceptivos?		
	No passado	No presente
Pílula Contraceptiva	☐	☐ Idade da primeira toma _____
Preservativo Masculino	☐	☐
Preservativo Feminino	☐	☐
DIU	☐	☐
Anel vaginal	☐	☐
Implante subdérmico	☐	☐
Espemicidas	☐	☐
Métodos naturais (calendário, temperatura)	☐	☐
Outro: _____	☐	☐
Não uso nenhum método contraceptivo	☐	

MEDIDA GLOBAL DA SATISFAÇÃO RELACIONAL (GMREL; Lawrance & Byers,1998)
(Versão portuguesa de Patrícia Pascoal & Isabel Narciso, 2006)

Em geral, como descreveria a sua satisfação *global* com o/a seu/sua companheiro/a? Para cada par de palavras abaixo, circule o número que melhor descreve a sua relação como um todo.

Muito boa	1	2	3	4	5	6	7	Muito má
Muito agradável	1	2	3	4	5	6	7	Muito desagradável
Muito positiva	1	2	3	4	5	6	7	Muito negativa
Muito satisfatória	1	2	3	4	5	6	7	Muito insatisfatória
Muito valiosa	1	2	3	4	5	6	7	Sem valor

MEDIDA GLOBAL DA SATISFAÇÃO SEXUAL (GMSEX; Lawrance & Byers,1998)
(Versão portuguesa de Patrícia Pascoal & Isabel Narciso, 2006)

Na globalidade, como descreveria a sua relação *sexual* com o seu companheiro? Para cada par de palavras abaixo, circule o número que melhor descreve a vossa relação sexual.

Muito boa	1	2	3	4	5	6	7	Muito má
Muito agradável	1	2	3	4	5	6	7	Muito desagradável
Muito positiva	1	2	3	4	5	6	7	Muito negativa
Muito satisfatória	1	2	3	4	5	6	7	Muito insatisfatória
Muito valiosa	1	2	3	4	5	6	7	Sem valor

ESCALA DE AJUSTAMENTO DIÁDICO – VERSÃO REDUZIDA (7 ITENS)

(SISF-DAS; Hunsley et al., 2001)

(Tradução e adaptação de Pedro Nobre, Ana Quinta-Gomes, Cátia Oliveira, Joana Carvalho, Pedro Laja, & Sandra Vilarinho, 2009)

A maioria das pessoas tem discordâncias nos seus relacionamentos. Por favor, para cada um dos itens da seguinte lista indique o grau aproximado de concordância ou discordância entre si e o seu parceiro:

	Concordo sempre	Concordo quase sempre	Discordo ocasionalmente	Discordo frequentemente	Discordo quase sempre	Discordo sempre
7. Filosofia de vida	5	4	3	2	1	0
8. Aspirações, objectivos e assuntos considerados importantes	5	4	3	2	1	0
9. Tempo passado em conjunto	5	4	3	2	1	0

Com que frequência diria que as seguintes situações ocorrem entre si e o seu parceiro:

	Nunca	Menos de uma vez/mês	Uma ou duas vezes/mês	Uma duas vezes/semana	Uma vez por dia	Mais de uma vez por dia
10. Ter uma estimulante troca de ideias	0	1	2	3	4	5
11. Discutir calmamente um assunto	0	1	2	3	4	5
12. Trabalhar em conjunto num projecto	0	1	2	3	4	5

Os pontos na linha em baixo representam graus diferentes de felicidade na vossa relação. O ponto “feliz” representa o grau de felicidade da maioria das relações. Por favor faça um círculo sobre o ponto que melhor descreve o grau de felicidade, considerando todas as componentes da vossa relação.

0	1	2	3	4	5	6
Extremamente infeliz	Razoavelmente infeliz	Ligeiramente infeliz	Feliz	Muito feliz	Extremamente feliz	Perfeito

Questionário de Resposta do Outro Significativo Face à Dor – Versão Masculina
(Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert & Steben, 2010)
Tradução e adaptação por Ferreira, Oliveira e Nobre, 2013)

Em geral, como responde quando a sua parceira sente dor durante ou depois da relação sexual?

1. Coloco à sua disposição um lubrificante, um gel anestésico ou outra forma para aliviar a dor.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

2. Pergunto-lhe como posso ajudar.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

3. Sugiro-lhe que paremos a atividade sexual.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

4. Conforto-a.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

5. Sugiro que deixemos de ter relações sexuais.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

6. Sugiro ligar a televisão ou dormir.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

7. Mostro-lhe a minha irritação.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

8. Mostro-lhe a minha frustração

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

9. Mostro-lhe a minha fúria.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

10. Ignoro-a.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

11. Tento envolvê-la na atividade sexual.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

12. Falo com ela sobre qualquer outra coisa para a distrair da dor.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

13. Incentivo o seu envolvimento em práticas sexuais não dolorosas.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

14. Faço alguma coisa para a ajudar a focar-se nas sensações de prazer em vez da dor.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

15. Demonstro felicidade por ela se envolver em atividade sexual.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

16. Abraço-a e/ou beijo-a.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

17. Digo que a amo.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

18. Digo-lhe coisas simpáticas.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

19. Sorrio-lhe.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

20. Digo-lhe que me está a dar prazer.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

21. Questiono a sua capacidade para se envolver em atividade sexual.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

22. Digo-lhe para abrandar.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

23. Aviso que se pode realmente magoar por se envolver em atividade sexual.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

24. Demonstro-lhe a minha preocupação por ela ter atividade sexual.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

Modelo Resumido - Questionário McGill sobre a Dor

(Short-form McGill Pain Questionnaire SF-MPQ)

Form X

B. CLASSIFIQUE AS SUAS DORES AO LONGO DA ÚLTIMA SEMANA

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

 Sem dor	 A pior dor possível	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Score in mm (investigator's use only)			

C. INTENSIDADE ACTUAL DA DOR

Assinale a opção que pensa ser a mais adequada à intensidade atual de dor da sua parceira

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

Questionário elaborado por: Ronald Melzack
--

Copyright R. Melzack, 1970, 1987

ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNÇÃO ERÉCTIL
(IIEF; Rosen et al., 1997 – tradução e adaptação de Pedro 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 foi capaz de conseguir uma erecção durante a sua actividade sexual ?

- ☐ 0-Não tive actividade sexual
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

2. Quando teve erecções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas erecções foram suficientemente rígidas para permitir a penetração ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua companheira ?

- ☐ 0-Não tentei ter relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

4. Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de manter a sua erecção depois de ter penetrado a sua companheira ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua erecção até ao fim da relação sexual ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

6. Quantas vezes tentou ter relações sexuais ?

- ☐ 0-Não tentei
- ☐ 1-Uma a duas tentativas
- ☐ 2-Três a quatro tentativas
- ☐ 3-Cinco a seis tentativas
- ☐ 4-Sete a dez tentativas
- ☐ 5-Onze ou mais tentativas

7. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito

- ☐ 0-Não tentei ter relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

8. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

9. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência ejaculou ?

- ☐ 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

10. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax ?

- ☐ 0-Não tive estimulação/relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

11. Com que frequência sentiu desejo sexual ?

- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes
- ☐ 3-Algumas vezes
- ☐ 4-A maior parte das vezes
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

12. Como classifica o seu desejo sexual ?

- ☐ 1-Muito baixo/nenhum
- ☐ 2-Baixo
- ☐ 3-Moderado
- ☐ 4-Elevado
- ☐ 5-Muito elevado

13. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral ?

- ☐ 1-Grande insatisfação
- ☐ 2-Insatisfação moderada
- ☐ 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- ☐ 4-Satisfação moderada
- ☐ 5-Grande satisfação

14. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira ?

- ☐ 1-Grande insatisfação
- ☐ 2-Insatisfação moderada
- ☐ 3-Igualmente satisfeito e insatisfeito
- ☐ 4-Satisfação moderada
- ☐ 5-Grande satisfação

15. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma erecção ?

- ☐ 1-Muito baixa
- ☐ 2-Baixa
- ☐ 3-Moderada
- ☐ 4-Elevada
- ☐ 5-Muito elevada

16. Quando teve erecções com estimulação sexual qual o grau de dificuldade que teve para atingir o orgasmo ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

17. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo durante a actividade sexual ?

- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação

18. Durante as relações sexuais, com que frequência ejaculou sem o desejar, antes ou logo após a penetração?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Quase nunca/nunca
- ☐ 2-Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
- ☐ 3-Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- ☐ 4-A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
- ☐ 5-Quase sempre/sempre

19. Durante as relações sexuais qual a dificuldade que teve para controlar a sua ejaculação ?

- ☐ 0-Não tive relações sexuais
- ☐ 1-Extrema dificuldade
- ☐ 2-Muita dificuldade
- ☐ 3-Dificuldade moderada
- ☐ 4-Ligeira dificuldade
- ☐ 5-Nenhuma dificuldade

20. Qual o seu nível de satisfação com a sua capacidade para controlar a ejaculação durante a actividade sexual?

- ☐ 1-Nenhuma satisfação
- ☐ 2-Pouca satisfação
- ☐ 3-Satisfação moderada
- ☐ 4-Grande satisfação
- ☐ 5-Muito grande satisfação