



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2013

**CÁTIA MARGARIDA
DOS SANTOS
PEREIRA DE
OLIVEIRA**

**DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS DA DOR
SEXUAL NA MULHER PORTUGUESA**



**CÁTIA MARGARIDA
DOS SANTOS
PEREIRA DE
OLIVEIRA**

**DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS DA DOR
SEXUAL NA MULHER PORTUGUESA**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, realizada sob a orientação científica do Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre, Professor Associado com Agregação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e da Doutora Sandra Maria de Celeste Serapicos Vilarinho, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Apoio financeiro da FCT e do FSE no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio.
(referência SFRH/ BD/ 43839/ 2008).



Aos meus pais. Ao meu irmão. Ao Hugo.

À Filipa, Lara e Lia.

o júri

presidente

Prof. Doutor João Lemos Pinto
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

vogais

Prof. Doutor Carlos Fernandes da Silva
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre
Professor Associado com Agregação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Prof. Doutora Vera Margarida Seabra de Almeida
Professora Auxiliar da Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário

Prof. Doutora Ana Alexandra Carvalheira dos Santos
Investigadora do Centro de Investigação do Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Prof. Doutora Sandra Maria de Celeste Serapicos Vilarinho
Investigadora de Pós-Doutoramento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

agradecimentos

*Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.*

Ricardo Reis

A presente dissertação representa o culminar de um objetivo pessoal, claramente encorajado por notáveis professores, clínicos e investigadores que têm impulsionado o meu percurso profissional, e verdadeiramente inspirado nas pessoas que tão corajosamente narram a sua vida e depositam a sua confiança na minha mestria e humanidade. Como em qualquer caminhada, vários desafios, obstáculos e angústias foram defrontados, sempre com a humilde determinação de que iriam contribuir para o meu crescimento pessoal e profissional. Esta foi uma oportunidade única e uma conquista, apenas possível com a orientação, suporte, afeto, perseverança e ajuda de diversas pessoas. Por representarem o melhor do meu Mundo, a elas desejo aqui expressar o meu profundo agradecimento.

Ao Professor Pedro Nobre, que generosamente me abriu portas e me permite caminhar a seu lado no Mundo da investigação científica, com todo o seu saber, tolerância, empenho, criatividade, competência e respeito pelo outro. A si agradeço o constante interesse, disponibilidade e supervisão científica do presente trabalho, bem como o espaço de discussão onde aprendo sempre tanto. Agradeço a sua amizade e confiança, bem como o alento e as palavras motivadoras que nunca me permitiram desanimar nos momentos mais difíceis. Mais do que o orientador desta tese, é uma verdadeira fonte de inspiração a quem devo parte do que sou hoje.

À Professora Sandra Vilarinho, pelo seu entusiasmo, interesse, disponibilidade e supervisão científica do presente trabalho, bem como pela estimulação de ideias em momentos determinantes. À Sandra, companheira de tantos desafios, agradeço a partilha da tua sabedoria, o teu constante reforço positivo, amizade e voto de confiança.

Ao Prof. Erick Janssen, pela sua franca disponibilidade, otimismo e reforço que permite sempre uma estimulante troca e discussão de ideias. A si agradeço o fato de me despertar para a temática deste projeto.

À Nelinha, que me tem presenteado com a sua amizade e companheirismo, agradeço a sua paciência para o meu desassossego, bem como a sua estoica perseverança na revisão do presente trabalho.

À Ana, Joana, Pedro Laja, Manuela, Vera e Ricardo, equipa do Sexlab, pela força, partilha e interesse, que em tanto tem contribuído para o meu crescimento como profissional, mas também como pessoa. Ana, chegámos ao nosso destino após esta longa caminhada....

Agradeço à Universidade de Aveiro e Departamento de Educação, pelo facto de me terem excecionalmente acolhido e proporcionado as condições necessárias para realização da reta final deste projeto. Em particular, agradeço à Susana Azevedo que possibilitou a colocação célere e eficiente dos questionários *online*.

Às *bloguers*, conhecidos, colegas, amigos e familiares pela divulgação do estudo *online* e apelo à participação. Sem esta ajuda os objetivos não teriam sido alcançados. O meu grande bem-haja.

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

Finalmente, mas não em último, gostaria de agradecer à minha família e amigos, fonte inesgotável de energia, carinho, partilha e sentimento de pertença.

Agradeço aos meus pais por estarem sempre ao meu lado, pelo vosso exemplo e por me ajudarem, me motivarem e me apoiarem incondicionalmente nas minhas tomadas de decisão. Ao meu pai, por me ensinares que na vida o esforço compensa, sem nunca esquecer onde pertencemos e o que queremos ser. Por me ensinares que o coração vem sempre primeiro. À minha Mãe, por seres o meu porto seguro, o meu colo preferido. És uma guerreira, uma força da natureza e todos os dias me inspiras a querer ser como tu. Ao meu mano, pela segurança e calma que sempre me transmitiste, pela tua partilha, entusiasmo e exemplo. Pela tua paciência e resiliente espera perante todas as minhas “faltas” nos últimos anos. És o meu maior exemplo, a minha maior força. À Filipa, minha cunhada e amiga, pela tua presença, interesse, força e sorriso aberto, pelo teu abraço caloroso. À Lara e Lia, minhas sobrinhas, pela vossa energia colorida e renovadora, amor incondicional, curiosidade, animação, paciência e tolerância às minhas tantas ausências.

Ao Hugo, o meu marido, o meu companheiro, o meu amor. Sem ti, jamais teria conseguido. Pelo teu apoio, perseverança, humor e serenidade, sempre tão presentes. Por me permitires ser “Eu”, com as minhas virtudes e defeitos e por me fazeres feliz todos os dias.

Agradeço à minha família mais próxima. À minha Avó Maria e Avô Xico (à sua memória), fonte inigualável de carinho, pelo vosso constante interesse e preocupação com o meu bem-estar e por colorirem a minha vida com a vossa sabedoria e força.

À Tia Conceição, Tio Fonseca “Pimentel” e Luís “Cousin”, o meu sincero “obrigadinho” pela vossa ajuda na divulgação do estudo, constante interesse e força. Agradeço-vos a paciência com as minhas constantes ausências, o vosso companheirismo e acima de tudo, o facto de contribuírem de forma tão positiva e determinante para a minha felicidade e para a pessoa que sou hoje.

À memória da minha Avó “Mãe” e Avô Netinho, que apesar da ausência, preenchem muitas das minhas boas memórias.

À minha família mais recente, Teresa, Zé, Miguel, Rita, Carla, Beatriz, Vasco, Tiago, Carolina e João, pela vossa paciência, interesse, boa disposição e tolerância às minhas constantes ausências. Sou uma sortuda por me deixarem fazer parte das vossas vidas.

Aos meus amigos. À Mara e Marta, os meus pilares emocionais e o meu porto seguro, pela vossa força e entusiasmo incondicionais, pela vossa energia tão positiva e pela vossa amizade, grande, grande. Ao Ricardo, por seres tão presente e por tão pacientemente contribuíres para o meu equilíbrio. À Ana, companheira e amiga de uma vida, por teimares comigo como ninguém, pela tua amizade, força e sentido de humor, tão preciosos em tantos e tantos momentos.

À Célia, Paulinha, Matilde, Alex (“Big”), Filipe, Dora, Xano, Rodolfo, Lilas, Zé Pedro, Filipe e Cláudia, pela vossa imensa amizade e companheirismo de tantos anos e pela vossa tolerância a tantos desencontros. Ao Samuel, Zé, Pedro e pequeno grande David, pela imensa partilha, energia e boa disposição em tantos momentos que me ajudaram a sentir humana em todo este processo.

Ao Nuno Oliveira, Lúcia Ferros e Sandra Barbosa. A distância, tantas vezes imposta pelas nossas vidas pessoais, não esmorece o significado e emoção que a vossa amizade representa para mim.

palavras-chave

dor, dor sexual, dor crónica, dispareunia, vaginismo, mindfulness, afeto-traço, pensamentos automáticos, crenças sexuais, catastrofização à dor, percepção e vigilância à dor, percepção da resposta do outro significativo, autoestima, autoestima sexual, ajustamento diádico, funcionamento sexual.

resumo

A dor é uma experiência perceptualmente complexa, influenciada por um conjunto variado de fatores biológicos e também psicossociais. A sua vivência varia de pessoa para pessoa, havendo diferentes níveis de impacto no funcionamento emocional, interpessoal, motivacional e físico. A dor sexual, mais conhecida por dispareunia e vaginismo, é uma problemática de natureza habitualmente crónica que afeta muitas mulheres. Apesar de ser um importante alvo de estudo nas últimas décadas, e apesar do impacto que tem nas vidas de muitas mulheres, é ainda uma temática pouco abordada junto dos profissionais de saúde, sendo igualmente difícil a determinação da sua causa e respetivo tratamento. A sua conceitualização tem sido um dos principais alvos de discussão entre investigadores e clínicos, havendo quem defenda que a mesma deve ser considerada, ou como uma perturbação de dor, ou como uma disfunção sexual. Contudo, mesmo com um crescimento significativo da literatura, não existem ainda dados que clarifiquem o papel que determinadas variáveis psicossociais exercem no desenvolvimento e manutenção da dor sexual e que forma estas aproximam, ou distanciam, este quadro clínico da dor crónica e de outras disfunções sexuais.

Neste contexto, o objetivo do presente estudo consistiu em avaliar a influência do Mindfulness, do afeto-traço, dos pensamentos automáticos, das crenças sexuais, da percepção, vigilância e catastrofização face à dor, da percepção da resposta do outro significativo à dor, da autoestima, da autoestima sexual, do ajustamento diádico e do funcionamento sexual em mulheres com dor sexual, comparando-as com três grupos específicos: mulheres com dor crónica, mulheres com outras dificuldades sexuais e mulheres da população geral, sem nenhuma destas dificuldades. Por outro lado, foi avaliada a capacidade preditiva de cada uma destas variáveis psicossociais na intensidade da dor em mulheres que sofrem de dor sexual e dor crónica.

Um total de 1233 mulheres colaboraram no presente estudo: 371 mulheres com dor sexual, 245 mulheres com dor crónica, 94 mulheres com disfunção sexual e 523 mulheres da população geral. As participantes responderam a um conjunto de questionários que foram disponibilizados através de um *link online* e que avaliaram cada uma das dimensões em estudo.

Os resultados mostraram que as mulheres com dor sexual e disfunção sexual apresentaram uma menor capacidade para ser *mindful*, mais pensamentos automáticos negativos de fracasso/desistência, uma maior escassez de pensamentos eróticos, uma menor autoestima e autoestima sexual e uma menor qualidade do ajustamento diádico e funcionamento sexual, quando comparadas com as mulheres com dor crónica e da população geral. Por outro lado, as mulheres com dor sexual e dor crónica apresentaram maiores níveis de percepção, vigilância e catastrofização face à dor, quando comparadas com as mulheres com disfunção sexual e da população geral. Ao nível da percepção da resposta do outro significativo, as mulheres com dor sexual apresentaram significativamente uma menor percepção de respostas solícitas que as mulheres com dor crónica e da população geral. Não foram encontradas diferenças entre os grupos ao nível do afeto-traço e crenças sexuais disfuncionais.

No que diz respeito à intensidade da dor nas mulheres com dor sexual, emergiram como preditores significativos os pensamentos de fracasso, as crenças sexuais de desejo sexual como pecado, a magnificação e o desânimo face à dor, a atenção à dor, a percepção de resposta de punição do outro significativo, o ajustamento diádico, a autoestima e a autoestima sexual. Em relação ao grupo com dor crónica, surgiram como preditores significativos o afeto negativo, o desânimo face à dor, a atenção à dor e a percepção de resposta de punição do outro significativo. Uma análise conjunta de todos estes preditores para cada um dos grupos, demonstrou que a percepção da resposta de punição da parte de outro significativo se constituiu como o melhor preditor da intensidade da dor nas mulheres com dor sexual, enquanto que o desânimo face à dor se mostrou como o mais significativo nas mulheres com dor crónica.

De uma forma geral, os resultados demonstraram a importância das diferentes variáveis psicossociais na vivência da dor sexual e na respetiva intensidade da dor. Revelaram ainda que a dor sexual apresenta aspetos em comum, quer com a dor crónica, principalmente ao nível da relação com a dor, quer com outras disfunções sexuais, nomeadamente em termos cognitivos e relacionais. O presente estudo vem assim reforçar a ideia de que este é um quadro clínico multidimensional e complexo, trazendo consigo importantes implicações ao nível da sua concetualização, avaliação e tratamento.

keywords

pain, sexual pain, chronic pain, dyspareunia, vaginismus, mindfulness, trait-affect, automatic thoughts, sexual beliefs, pain catastrophizing, pain vigilance and awareness, response by significant others to pain, self-esteem, sexual self-esteem, dyadic adjustment, sexual functioning.

abstract

The pain is a perceptually complex experience, influenced by a wide range of biological and psychosocial factors. Its experience varies from person to person and has different levels of impact on the emotional, interpersonal, motivational, and physical functioning. The sexual pain, often defined as dyspareunia and vaginismus, is usually a chronic problem that affects many women. Despite the growing research interest in the last decades, and the impact of sexual pain in women's lives, this is still a rarely addressed topic by health professionals, probably due to difficulties regarding its causes and successful treatment. Its conceptualization has been a major target among researchers and clinicians, who argued that it should be considered either as a pain disorder, or as a sexual dysfunction. However, even with the significant literature growth, it is not yet clear the role that some psychosocial variables have in the development and maintenance of sexual pain, and how they relate or discriminate the sexual pain from both chronic pain and other sexual dysfunctions.

In this context, the objective of the present study was to evaluate the influence of Mindfulness, trait-affect, automatic thoughts, sexual beliefs, pain perception, vigilance and catastrophizing, the perception of significant other responses to pain, self-esteem, sexual self-esteem, dyadic adjustment and sexual functioning in women with sexual pain, compared to three specific groups: women with chronic pain, women with other sexual difficulties, and women from the general population without any of these difficulties. Furthermore, we evaluated the predictive capacity of each of these psychosocial variables regarding the pain intensity of women with sexual pain and chronic pain.

A total of 1233 women participated in this study: 371 women with sexual pain, 245 women with chronic pain, 94 women with sexual dysfunction and 523 women from the general population. The participants answered a set of questionnaires that evaluated each of these dimension and that were made available through an online link.

The results showed that women with sexual pain and sexual dysfunction were less mindful, had more failure/disengagement thoughts, and a lack of erotic thoughts, lower self-esteem and sexual self-esteem, lower dyadic adjustment and poorer sexual functioning, when compared with women with chronic pain and from the general population. Moreover, women with sexual pain and chronic pain had higher levels of perception, vigilance and catastrophizing to pain, when compared to women with sexual dysfunction and the general population. Regarding the perception of significant other responses to pain, women with sexual pain had a significantly lower perception of solicitous responses in comparison to women with chronic pain and the general population. No differences were found between the groups in terms of trait-affect and sexual beliefs.

With respect to predictors of pain intensity in women with sexual pain, several dimensions emerged such as failure/disengagement thoughts, beliefs of sexual desire and pleasure as sin, attention, magnification and helplessness to pain, the perception of punishment responses from significant other, dyadic adjustment, self-esteem and sexual self-esteem. Regarding the group with chronic pain, negative trait-affect, attention and discouragement to pain, and perception of punishment responses of the significant other have emerged as significant predictors. A combined regression analysis with all these predictors for each group showed that the perception of punishment responses from significant other was the best predictor of pain intensity in women with sexual pain, while helplessness to pain was the most significant predictor in women presenting chronic pain.

In general, the results showed the important role of several psychosocial variables on sexual pain and pain intensity. They also revealed that sexual pain shares several aspects with both chronic pain (such as specific pain characteristics) and other sexual dysfunctions (such as cognitive and relational dimensions). This study reinforces the complexity and multidimensionality of the sexual pain, and may have several implications in the conceptualization, clinical evaluation, and treatment of these difficulties.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE GERAL.....	1
ÍNDICE DETABELAS.....	5
INTRODUÇÃO.....	7
PARTE I.....	13
Capítulo I – O Fenómeno da Dor	15
1.1. Definição e Classificação.....	16
1.2. Epidemiologia e Comorbilidade da Dor Crónica.....	18
1.3. Modelos da Dor.....	20
1.3.1. Modelos Biomédicos Tradicionais da Dor.....	20
1.3.2. Teoria do Portão de Controlo da Dor.....	21
1.3.3. Modelo Neuromatrix da Dor.....	22
1.3.4. Modelo Operante da Dor.....	23
1.3.5. Modelos Cognitivo-Comportamentais da Dor.....	25
Capítulo II – A Dor Sexual	29
2.1. Definição e Classificação.....	30
2.2. Epidemiologia.....	33
2.3. Etiologia.....	34
2.4. Fatores Psicossociais na Dor Sexual.....	36
2.4.1. Fatores Cognitivos e Dor Sexual.....	36
2.4.1.1. Crenças e Pensamentos na Dor Sexual.....	37
2.4.1.2. Catastrofização e Hipervigilância na Dor sexual.....	39
2.4.2. Fatores Emocionais, Autoestima e Autoestima Sexual na Dor Sexual.....	41
2.4.2.1. Psicopatologia e Afeto na Dor Sexual.....	41
2.4.2.2. Autoestima e Autoestima Sexual na Dor Sexual.....	45
2.4.3. Mindfulness e Dor Sexual.....	47
2.4.4. Funcionamento Sexual e Ajustamento Diádico na Dor Sexual.....	51
Parte II	57

Capítulo III – Objectivos e Metodologia	59
3.1. Objectivos Gerais	60
3.2. Métodos.....	60
3.2.1. Participantes	60
3.2.2. Procedimentos.....	66
3.2.3. Instrumentos.....	67
3.2.3.1. Questionário Introdutório Geral	67
3.2.3.2. Questionário de Atenção e Consciência Mindfulness (MAAS).....	68
3.2.3.3. Questionário das Cinco Facetas de Minsdfulness (FFMS).....	68
3.2.3.4. Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS)	69
3.2.3.5. Questionário de Modos Sexuais (QMS).....	70
3.2.3.6. Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD)	71
3.2.3.7. Questionário de Desânimo Associado à Dor (PCS).....	72
3.2.3.8. Questionário de Perceção e Vigilância da Dor (PVAQ).....	72
3.2.3.9. Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale (WHYMPI)	73
3.2.3.10. Escala de Autoestima de Rosenberg (SES).....	74
3.2.3.11. Subescala de Autoestima Sexual (SSEs)	75
3.2.3.12. Escala de Ajustamento Diádico – versão reduzida (DAS-7).....	75
3.2.3.13. Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI).....	76
3.2.3.14. Questionário McGill sobre a Dor (SF-MPQ).....	77
Capítulo IV - Estudo 1	79
4.1. Resumo.....	80
4.2. Mindfulness e Dor Sexual	80
4.3. Métodos.....	87
4.3.1. Participantes e Instrumentos.....	87
4.3.2. Análise de Dados.....	87
4.4. Resultados	88
4.5. Discussão.....	90
Capítulo V – Estudo 2	95
5.1. Resumo.....	96
5.2. Fatores Cognitivo-Emocionais na Dor Sexual	96
5.3. Métodos.....	102

5.3.1. Participantes e Instrumentos.....	102
5.3.2. Análise de Dados.....	102
5.4. Resultados	103
5.4.1. Afeto-Traço, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual	103
5.4.2. Pensamentos Automáticos Negativos em Contexto Sexual, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual	104
5.4.3. Crenças Sexuais Disfuncionais, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual	105
5.5. Discussão.....	106
Capítulo VI – Estudo 3	111
6.1. Resumo.....	112
6.2. Atenção, Catastrofização e Perceção da Resposta do Outro Significativo na Dor Sexual	113
6.3. Métodos.....	118
6.3.1. Participantes e Instrumentos.....	118
6.3.2. Análise de Dados.....	118
6.4. Resultados	119
6.4.1. Perceção e Vigilância da Dor na Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual	119
6.4.2. Catastrofização na Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual	120
6.4.3. Perceção da Resposta do Outro Significativo na Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual	121
6.5. Discussão.....	122
Capítulo VII – Estudo 4	129
7.1. Resumo.....	130
7.2. O Papel da Autoestima, Ajustamento Diádico e Funcionamento Sexual na Dor Sexual	131
7.3. Métodos.....	136
7.3.1. Participantes e Instrumentos.....	136
7.3.2. Análise de Dados.....	137
7.4. Resultados	137
7.4.1. Autoestima, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual	137
7.4.2. Autoestima Sexual, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual	138
7.4.3. Ajustamento Diádico, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual	139
7.4.4. Funcionamento Sexual, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual	140

7.5. Discussão.....	141
Capítulo VIII – Estudo 5.....	147
8.1. Resumo.....	148
8.2. Preditores Específicos da Intensidade da Dor em Mulheres com Dor Sexual e Dor Crónica.....	149
8.3. Métodos.....	157
8.3.1. Participantes e Instrumentos.....	157
8.3.2. Análise de Dados.....	158
8.4. Resultados.....	159
8.4.1. Mindfulness e Intensidade da Dor.....	159
8.4.2. Afeto-Traço e Intensidade da Dor.....	160
8.4.3. Pensamentos Automáticos Negativos Disfuncionais em Contexto Sexual e Intensidade da Dor.....	161
8.4.4. Crenças Sexuais Disfuncionais e Intensidade da Dor.....	161
8.4.5. Catastrofização e Intensidade da Dor.....	162
8.4.6. Perceção e Vigilância na Intensidade da Dor.....	163
8.4.7. Perceção da Resposta do Outro Significativo e Intensidade da Dor.....	164
8.4.8. Ajustamento Diádico e Intensidade da Dor.....	165
8.4.9. Funcionamento Sexual e Intensidade da Dor.....	165
8.4.10. Autoestima e Autoestima Sexual e Intensidade da Dor.....	166
8.4.11. Principais Preditores da Intensidade da Dor em Mulheres com Dor Sexual.....	167
8.4.12. Principais Preditores da Intensidade da Dor em Mulheres com Dor Crónica.....	168
8.5. Discussão.....	169
CONCLUSÕES GERAIS.....	177
Referências Bibliográficas.....	185

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1 - Caraterísticas Sociodemográficas do Grupo com Dor Sexual, Dor Crónica, Disfunção Sexual e População Geral da Amostra 1 (N = 1063).....</i>	<i>61</i>
<i>Tabela 2 - Caraterísticas Sociodemográficas do Grupo com Dor Sexual, Dor Crónica, Disfunção Sexual e População Geral da Amostra 2 (N = 279).....</i>	<i>63</i>
<i>Tabela 3 - Característica Sociodemográficas do Grupo com Dor Sexual e Dor Crónica da Amostra 3 (N = 616).....</i>	<i>64</i>
<i>Tabela 4 - Questionário de Atenção e Consciência Mindfulness em Função dos Quatro Grupos (Grupo com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 257).....</i>	<i>89</i>
<i>Tabela 5 - Facetas do Mindfulness em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 272).....</i>	<i>89</i>
<i>Tabela 6 - Afeto-Traço Positivo e Negativo em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 344).....</i>	<i>103</i>
<i>Tabela 7 - Pensamentos Automáticos Negativos em Contexto Sexual em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 338).....</i>	<i>104</i>
<i>Tabela 8 - Crenças Sexuais Disfuncionais em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 341).....</i>	<i>105</i>
<i>Tabela 9 - Perceção e Vigilância da Dor em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 308).....</i>	<i>120</i>
<i>Tabela 10 - Catastrofização da Dor em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 316).....</i>	<i>121</i>
<i>Tabela 11 - Perceção da Resposta do Outro Significativo em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 303).....</i>	<i>122</i>
<i>Tabela 12 - Autoestima em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 340).....</i>	<i>138</i>
<i>Tabela 13 - Autoestima Sexual em Contexto Sexual em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 340).....</i>	<i>139</i>
<i>Tabela 14 - Ajustamento Diádico em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 320).....</i>	<i>139</i>
<i>Tabela 15 - Funcionamento Sexual em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 338).....</i>	<i>141</i>

<i>Tabela 16 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para as Cinco Facetas do Mindfulness e Total do MAAS como Predictoras da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 182).....</i>	<i>160</i>
<i>Tabela 17 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para o Afeto-Traço como Predictor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 233).....</i>	<i>160</i>
<i>Tabela 18 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para o Afeto-Traço como Predictor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Crónica) (n = 176).....</i>	<i>161</i>
<i>Tabela 19 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para os Pensamentos Automáticos Negativos em Contexto Sexual como Predictores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 242)</i>	<i>161</i>
<i>Tabela 20 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para as Crenças Sexuais Disfuncionais como Predictores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 241).....</i>	<i>162</i>
<i>Tabela 21 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para Catastrofização à Dor como Predictor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 233).....</i>	<i>162</i>
<i>Tabela 22 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para Catastrofização à Dor como Predictor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Crónica) (n = 168)</i>	<i>163</i>
<i>Tabela 23 - - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para a Perceção e Vigilância à Dor como Predictores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 219).....</i>	<i>163</i>
<i>Tabela 24 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para a Perceção e Vigilância à Dor como Predictores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Crónica) (n = 167).....</i>	<i>164</i>
<i>Tabela 25 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para Perceção de Resposta do Outro Significativo à Dor como Predictor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 197).....</i>	<i>164</i>
<i>Tabela 26 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para Perceção de Resposta do Outro Significativo à Dor como Predictor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Crónica) (n = 144)</i>	<i>165</i>
<i>Tabela 27 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para o Ajustamento Diádico como Predictor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 223).....</i>	<i>165</i>
<i>Tabela 28 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para as Dimensões do Funcionamento Sexual como Predictores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 213).....</i>	<i>166</i>
<i>Tabela 29 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para a Autoestima e Autoestima Sexual como Predictores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 232).....</i>	<i>166</i>
<i>Tabela 30 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para as Dimensões Psicossociais como Predictores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 188).....</i>	<i>167</i>
<i>Tabela 31 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para as Dimensões Psicossociais Sexual como Predictores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Crónica) (n = 145).....</i>	<i>168</i>

Introdução

Até meados do século XX, o estudo da sexualidade feminina esteve sempre muito ligado às leis biológicas da reprodução e às normas sociais e culturais vigentes, claramente com base numa ideologia patriarcal. Até aqui, o ato sexual tinha como principal objetivo a procriação, não havendo lugar para a presença de interesse e prazer sexual femininos. Mulheres que eventualmente contrariassem estes pressupostos eram encaradas como possuindo um distúrbio grave sendo, inclusive, sujeitas a tratamentos médicos e internamentos psiquiátricos (Haeberle, 2007).

A publicação de Alfred Kinsey em 1953 intitulada “*Sexual Behavior in the Human Female*” veio revolucionar a visão que até aqui existia da sexualidade na mulher. Ao abordar temas como o orgasmo, masturbação, sexo pré-marital e infidelidade no casamento, este investigador conseguiu demonstrar que a sexualidade feminina não diferia, na sua essência, da sexualidade masculina. Posteriormente, as publicações de Masters e Johnson (1970) e de Kaplan (1974) tiveram um grande impacto ao nível da conceptualização e tratamento das disfunções sexuais no contexto do casal, ao mesmo tempo que vários movimentos sociais e políticos (direito ao uso de métodos contraceptivos e a luta pelos direitos das mulheres) contribuíram para uma crescente liberalização e permissividade de valores e comportamentos (Bullough, 1994; Bancroft, 2002). Tudo isto se refletiu num maior interesse, por parte de diferentes profissionais e académicos, nas questões que afetam a intimidade da mulher (nomeadamente fatores relacionados com a psicologia individual) levando a uma proliferação substancial de conferências, livros, projetos de investigação e páginas da internet.

Contudo, e apesar de todo este avanço, o estudo da sexualidade permanece hoje associada a desafios não menos importantes, em parte relacionados com os avanços da ciência e medicina, e com a crescente crise económica que se faz sentir em muitos países. As dificuldades de financiamento na investigação e crescente parceria com a indústria farmacêutica levantam várias preocupações aos investigadores e clínicos que trabalham na área, nomeadamente questões relacionadas com o segredo e integridade científica, com a negligência da complexidade psicológica e relacional da sexualidade humana, com a excessiva medicalização no campo da intervenção e com a ameaça à liberdade e não

discriminação sexual. Segundo alguns autores, corre-se o risco de a sexualidade se desviar do seu verdadeiro conhecimento, tornando-se apenas mais um problema médico, face a uma crescente globalização e desregulação da indústria farmacêutica e respetivo marketing face à comercialização (Moynihan, 2003; Tiefer, 2000, 2002).

É neste mesmo contexto que se insere o estudo da dor sexual, que provavelmente devido às características que lhe são inerentes, tem apresentado ao longo do tempo uma maior complexidade para clínicos e investigadores, em comparação com outras disfunções sexuais. A dor é sem dúvida um fenómeno complexo que continua a ser encarado por muitos profissionais de saúde como algo que implica obrigatoriamente a presença de uma lesão. Apesar de esta associação ser considerada redutora nos dias de hoje, uma vez que a presença de uma condição nem sempre implica necessariamente a presença da outra (Jenssen et al., 1994; Sharp, 2001), é ainda visível a influência no panorama médico da influência de modelos tradicionais biomédicos baseados na teoria de Descartes (Asmundson & Wright, 2004; Hadjistavropoulos & Craig, 2004), que tem implicações preocupantes na avaliação e tratamento da dor em geral e igualmente na dor sexual.

Apesar de nos últimos anos se ter verificado um crescente interesse pela dor sexual, suas características e respetivo tratamento, principalmente em contexto internacional, continuam a ser vários os relatos de mulheres com dor sexual que evidenciam a presença de um diagnóstico errado, frequentemente com uma atribuição a outras dificuldades psicológicas, e a tentativa de vários tratamentos sem resultados positivos. Por outro lado, é ainda visível uma grande dificuldade, por parte dos profissionais de saúde, quer em abordarem a temática da sexualidade, quer em fazerem o devido reencaminhamento para outros especialistas. A própria natureza do sistema de saúde atual leva a que muitos profissionais não tenham tempo necessário para explorar de forma pormenorizada a história destas mulheres, algo determinante para o sucesso do tratamento. Por tudo isto, é frequente que as mulheres com dor sexual apresentem níveis elevados de stress emocional, com sentimentos de culpa, vergonha, frustração, raiva e confusão, um aumento de dúvidas e incertezas em relação à problemática, um crescente isolamento e a um aumento de sensibilidade a exames médicos, que além de exacerbarem e aumentarem a sintomatologia,

nem sempre favorecem um tratamento positivo (Coady & Fish, 2011; Goldstein, Pukall, & Goldstein, 2011).

É neste contexto, e na quase inexistência de dados publicados em mulheres portuguesas ao nível da dor sexual, fora do contexto clínico, que surgiu a motivação para a condução do presente estudo. O principal objetivo foi explorar, numa perspetiva psicossocial, a experiência da dor sexual na mulher portuguesa, comparando-a com outras dificuldades como a dor crónica e outras disfunções sexuais, bem como com a ausência de cada uma destas dificuldades. Assim, e de uma forma geral, pretendeu-se avaliar quer a presença de diferentes aspetos individuais, emocionais, cognitivos, relacionais e sexuais nas mulheres com dor sexual, quer a forma como estas diferentes dimensões influenciam a intensidade da dor sentida pelas mesmas.

A primeira parte desta tese apresenta dois capítulos de natureza teórica em torno da dor. O Capítulo I explora, de forma breve, o fenómeno da dor em geral e da dor crónica, tendo em conta aspetos como a sua definição, classificação, epidemiologia e comorbilidade, bem como a análise de alguns dos principais modelos da dor. O Capítulo II centra-se especificamente na dimensão da dor sexual, nomeadamente na sua definição, classificação, epidemiologia e etiologia, e posteriormente na revisão da literatura atual respeitante a cada uma das variáveis abordadas no presente estudo.

A segunda parte da tese apresenta a componente empírica do presente estudo. No Capítulo III são apresentados os objetivos gerais da presente investigação, bem como a metodologia geral, onde são consideradas as características das participantes, os procedimentos e os instrumentos com a respetiva análise psicométrica.

Entre os capítulos IV e VII são apresentados quatro estudos que pretendem avaliar respetivamente a influência do Mindfulness, dos fatores cognitivo-emocionais, da atenção, catastrofização e resposta do outro significativo, da autoestima, ajustamento diádico e funcionamento sexual nas mulheres que sofrem de dor sexual, comparando-as com mulheres com dor crónica, mulheres com outras dificuldades sexuais e mulheres da população geral.

No Capítulo VIII é apresentado um estudo que avalia a capacidade preditiva das diferentes variáveis psicossociais mencionadas na intensidade da dor, em mulheres que sofrem de dor sexual e dor crónica.

A finalizar são sintetizadas as principais conclusões dos estudos apresentados, bem como as respetivas implicações para futuras investigações e tratamento da dor sexual.

Parte I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I

O Fenómeno da Dor

1.1. Definição e Classificação

A dor é um fenómeno comum a todos os seres humanos e essencial à sua sobrevivência. Com uma natureza complexa, ela poderá sinalizar a presença de lesão ou doença, guiando o comportamento para a neutralização do sintoma e para o evitamento de situações potencialmente ameaçadoras, promovendo o reequilíbrio do organismo. (Melzack & Wall, 2008).

A dor pode ser caracterizada como transitória ou de curta duração, aguda ou crónica. A dor transitória é habitualmente avaliada como tendo poucas consequências, não captando a atenção por longos períodos de tempo e despoletando baixos níveis de ansiedade. Habitualmente a sua intensidade é média e bem localizada, podendo diminuir de intensidade rapidamente ou gradualmente, depois de causar algum desconforto. A dor aguda, por sua vez, tem uma maior intensidade e resulta da combinação entre lesão tecidual, dor e ansiedade. Esta ocorre em concomitância com comportamentos para lidar com a dor e respetiva preparação para a recuperação. Habitualmente despoleta preocupação com as possíveis consequências decorrentes da lesão. Finalmente, a dor crónica assume características bastante distintas, uma vez que a sua presença é permanente após o processo de recuperação, ou após o fenómeno de dor não apresentar qualquer função vantajosa. Com uma causa frequentemente pouco clara, a dor crónica é habitualmente pouco tolerada e encontra-se associada a emoções de desesperança e desamparo (Melzack & Wall, 2008).

Apesar desta temática ser alvo de interesse desde a Antiguidade e, apesar do crescente avanço da ciência e da investigação, a definição de dor não é ainda consensual. Ainda que de uma forma geral se continue a estabelecer uma ligação entre dor e lesão, esta associação tem-se mostrado redutora, uma vez que a presença de uma condição nem sempre implica necessariamente a presença da outra (Jenssen et al., 1994; Sharp, 2001). Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor pode ser definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma atual ou potencial lesão, ou descrita em termos desta lesão”. É contudo cada vez mais consensual que a dor é uma experiência perceptualmente complexa e influenciada por um conjunto

variado de fatores biológicos e também psicossociais, como o contexto social, ambiental e cultural, como as emoções, crenças, atitudes, expectativas e a consequente atribuição de significado (Turk, & Okifuji, 2002). A sua vivência é assim variável (Turk, 1996), havendo diferentes níveis de impacto no funcionamento emocional, interpessoal, motivacional e físico, de pessoa para pessoa (Turk, & Okifuji, 2002).

No Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR; APA, 2000), a dor surge como um quadro clínico associado às perturbações somatoformes. Intitulando-se como perturbação de dor somatoforme, este quadro clínico é caracterizado pela presença de dor que apresenta gravidade suficiente para ser o foco predominante de atenção clínica, não sendo produzida ou simulada intencionalmente. A presença do sintoma causa mal-estar significativo ou dificuldade no funcionamento social, ocupacional e/ou outras áreas de vida. O diagnóstico pode ser atribuído tendo em conta três subtipos: a perturbação de dor associada a fatores psicológicos, onde estes fatores têm um papel significativo no início, severidade, agravamento e manutenção da dor, havendo um papel mínimo ou nulo de um estado físico geral; a perturbação de dor associada a fatores psicológicos e a um estado físico geral, sendo que ambas as dimensões são determinantes para o surgimento e manutenção da dor; e a perturbação de dor associada a um estado físico geral. A dor pode ainda ser caracterizada em termos do tempo de duração, sendo considerada aguda quando ocorre até seis meses, e crónica quando ultrapassa esta mesma duração (APA, 2000).

São várias as limitações apontadas a estes critérios de diagnóstico, apesar da sua evolução ter sido positiva ao longo das diferentes versões do manual. Os dois primeiros critérios de diagnóstico são apontados como sobreinclusivos e sem grande utilidade diagnóstica, uma vez que não permitem uma avaliação diferencial da vivência da dor, por parte de diferentes indivíduos. Por outro lado, os restantes critérios estão sujeitos a um julgamento clínico, comprometendo a fidelidade e validade do respetivo diagnóstico (Fishbain, 1995). Assim, torna-se imperativo o aperfeiçoamento quer da definição, quer dos sistemas de classificação da dor, através do desenvolvimento de estudos mais rigorosos,

que permitam posteriormente um aperfeiçoamento das respetivas estratégias de avaliação e tratamento da dor crónica.

1.2. Epidemiologia e Comorbilidade da Dor Crónica

A prevalência da dor crónica tem sido alvo de atenção na literatura científica ao longo dos últimos anos. Verhaak e colaboradores (1998) fizeram uma revisão de estudos realizados entre 1990 e 1996 em diferentes países, apontando para uma prevalência variável da dor crónica dos 2% aos 40%. Estudos mais recentes continuam a demonstrar esta variabilidade. Segundo alguns autores esta pode refletir o uso de diferentes definições de dor crónica e procedimentos metodológicos, mas também pode representar reais diferenças temporais e geográficas na prevalência e perceção da dor (Watkins, Wollan, Melton III, & Yawn, 2008).

Estudos epidemiológicos realizados na Suécia e Reino Unido apresentam valores de prevalência da dor crónica na ordem dos 49% a 55% (Andersson, 1994; Gerdle, Bjork, Henriksson, & Bengtsson, 2004) e 46,5% (Elliott, Smith, Penny, Smith, & Chambers, 1999), respetivamente. Já em países como os Estados Unidos, Alemanha e Espanha, os valores parecem situar-se entre os 30% (Johannes, Le, Zhou, Johnston, & Dworkin, 2010; Portenoy, Ugarte, Fuller, & Haas, 2004), 27% (Ohayon & Stingl, 2012) e 23,4% (Català et al., 2002), respetivamente. Valores inferiores foram encontrados em países como a Austrália (19,1% - Blyth, March, Brnabic, & Cousins, 2004) e o Canadá (15% - Van Den Kerkhof, Hopman, Towheed, Anastassiades, & CMOSRG, 2003). Um estudo realizado por Breivik e colaboradores (2006), que envolveu 15 países europeus e Israel, aponta para uma prevalência de 19%, dos quais 34% apresentam dor severa e 46% dor constante. Em Portugal, o Observatório Nacional de Saúde (Rabiais, Nogueira & Falcão, 2002) realizou um estudo com a participação de 1.414 indivíduos que foram sujeitos a uma entrevista telefónica. Aproximadamente 73,7% dos inquiridos sinalizaram a presença de dor nos sete dias anteriores à entrevista. Um outro estudo mais recente (Castro-Lopes, 2007), que envolveu cerca de cinco mil entrevistas, concluiu que cerca de 31% da população portuguesa sofre de dor crónica.

De uma forma geral, a dor crónica parece atingir mais mulheres do que homens, denotando-se um aumento da prevalência em ambos os sexos com o avançar da idade (Blyth et al., 2001; Elliot, Smith, Hannaford, Smith, & Chambers, 2002; Smith et al., 2001). Entre as dores mais frequentes surgem a dor lombar, a dor musculoesquelética, as cefaleias, a dor abdominal e a dor no pescoço e membros (Adelman, Revicki, Magaziner, & Hebel, 1995; Andersson, Ejlertsson, Leden & Rosenberg, 1993; Bratteberg, Parker, & Thorslund, 1996; Català et al., 2002; Cardiel & Rojas-Serrano, 2002; Picavet & Schouten, 2003).

As consequências quer individuais, quer sociais são evidentes, nomeadamente a presença de maiores níveis de incapacidade nas atividades domésticas, familiares, sociais e laborais (Blyth, et al., 2004; Català et al., 2002; Johannes et al., 2010; Mäntyselkä et al., 2001). A mais citada é a perda de capacidade funcional, podendo atingir cerca de 13% das pessoas que apresentam dor crónica (Blyth et al., 2001; Bratteberg, Parker, & Thorslund, 1996). Breivik e colaboradores (2006) apontam que cerca de 19% das pessoas com dor crónica perderam o seu emprego por motivos relacionados com a dor e 13% dos inquiridos foram obrigados a mudar de situação profissional, pelas mesmas razões. Neste mesmo estudo 60% dos participantes visitaram o médico 2 a 9 vezes, nos 6 meses antes de se iniciar o estudo, sendo que um terço não se encontrava a ser tratado durante a realização da entrevista. O recurso aos cuidados de saúde primários e outros tratamentos não médicos são frequentes, bem como o uso de medicação (Andersson, Ejlertsson, Leden, & Scherstén, 1999; Blyth, March, & Cousins, 2003; Català et al., 2002; Haetzman, Elliott, Smith, Hannaford, & Chambers, 2003; Mäntyselkä et al., 2001; Toblin, Mack, & Perveen, 2011). Dois terços das pessoas com dor crónica usavam estratégias não médicas para lidar com a dor (Breivik, et al., 2006).

Também em Portugal (Castro-Lopes, 2007), cerca de 47% das pessoas que apresentaram dor crónica relataram a presença de interferência moderada a grave nas atividades laborais e domésticas. Aproximadamente 37% apresentaram dificuldades ao nível do sono e atividades de lazer, enquanto 30% das pessoas apresentaram interferência moderada a grave nas atividades sociais e na atividade sexual.

Em termos de comorbilidade, estima-se que cerca de 30 a 60% dos indivíduos com dor crónica apresentem quadros depressivos (Banks & Kerns, 1996; Ohanyon, & Schatzberg, 2010; Ohayon & Stingl, 2012), bem como outras dificuldades psicológicas como a dependência de substâncias, perturbação de ansiedade, perturbação de stress pós-traumático, perturbações somáticas e perturbações de personalidade (Deksh, Polatin, & Gatchel, 2003; Kouyanou, Pither, Rabe-Hesketh, & Wessley, 1998; Polatin, Kinney, Gatchel, Lillo, & Mayer, 1993; Sharp & Harvey, 2001).

De uma forma geral, e apesar das várias limitações metodológicas que acompanham os diferentes estudos de prevalência da dor crónica, existem atualmente poucas dúvidas de que a dor crónica é um problema de saúde pública com um crescimento rápido (Crombie, Kroft, Linton, LeResche, & Von Korff, 1999) e com sério impacto quer em termos individuais, quer em termos sociais (Gouveia & Augusto, 2011).

1.3. Modelos da Dor

1.3.1. Modelos Biomédicos Tradicionais da Dor

Devido à sua grande influência no panorama científico e médico até meados do século XX, os modelos biomédicos ainda hoje influenciam a forma como a dor é encarada. Embora tenham evoluído em termos de complexidade ao longo do tempo, todos partem da teoria base de Descartes (Asmundson & Wright, 2004; Hadjistavropoulos & Craig, 2004). Em pleno século XVII, este filósofo, físico e matemático francês conceptualizou a dor como sendo uma resposta a um estímulo doloroso, cuja informação seria diretamente enviada para a área cerebral, responsável por detetar esta mesma sensação dolorosa (Ogden, 1999; Melzack & Wall, 2008). A Teoria da Especificidade desenvolvida por Von Frey (1895; cit. por Melzack & Wall, 2008) reflete este mesmo modelo de estímulo-resposta. Contudo, através dos seus estudos, o autor concluiu que existem recetores sensoriais específicos para tato, calor e dor, que reagem de forma diferenciada aos diferentes estímulos. Também Goldschneider (1920 cit. por Melzack & Wall, 2008), com a sua Teoria do Padrão, sugeriu que diferentes padrões de impulsos nervosos podem determinar um maior e menor grau de dor.

De uma forma geral, os modelos biomédicos tradicionais pressupõem que a dor é uma resposta automática com uma única causa, não havendo qualquer tipo de interpretação ou moderação da parte do indivíduo. A presença de dor que não apresente causa psicofisiológica é desvalorizada e encaminhada para a psiquiatria, sendo-lhe atribuída uma causa psicogénica (Melzack & Katz, 2004). Estes modelos são por isso considerados mecanicistas e reducionistas, uma vez que aspetos psicológicos como a emoção, experiências passadas e processos cognitivos, são apenas vistos como consequências da dor e não como causas da mesma (Hadjistavropoulos & Craig, 2004; Melzack & Katz, 2004; Ogden, 1999). O reforço do dualismo mente/corpo é assim bastante visível (Liebeskind & Paul, 1977), assumindo-se que todo o tipo de doenças se encontram relacionadas com patologias físicas específicas (Asmundson & Wright, 2004).

1.3.2. Teoria do Portão de Controlo da Dor

A Teoria do Portão de Controlo da Dor foi desenvolvida por Melzack e Wall (1965, 2008), sendo o primeiro modelo a integrar vários pressupostos que até aqui tinham sido ignorados pelos modelos tradicionais, ao mesmo tempo que aborda as dimensões fisiológica e psicológica da dor.

Segundo o modelo, e pela primeira vez, o cérebro e a espinal medula são conceptualizados como sistemas dinâmicos onde a informação é filtrada e modelada (Melzack & Wall, 2008). A dor é definida como uma sensação única que envolve diferentes dimensões, sendo variável a sua relação com uma determinada lesão ou um estímulo inócuo. A natureza e localização da dor pode mudar com o tempo e pode diferir do local da lesão. Finalmente, a dor pode persistir na ausência de lesão ou após uma recuperação total da zona afetada (Melzack & Wall, 2008).

Mais especificamente, o modelo sugere a existência de um mecanismo de portão situado no corno dorsal da espinal medula, que regula a transmissão dos impulsos nervosos provenientes das fibras aferentes. A informação transmitida às células excitatórias da espinal medula por estas fibras encontra-se dependente das suas características e do seu nível de atividade. Enquanto as fibras longas tendem a inibir a transmissão de impulsos,

fechando o portão, as fibras curtas promovem uma ação contrária, facilitando a abertura do portão. Adicionalmente, este centro da espinal medula é influenciado por impulsos nervosos provenientes do cérebro, cuja modulação depende da atuação de diferentes redes neuronais, nomeadamente a sensorial-discriminativa, a motivacional-afetiva e a cognitivo-avaliativa. Toda a informação ascendente e descendente é então integrada e posteriormente enviada para o sistema de ação no cérebro, que é responsável pela perceção da dor e respetivos comportamentos (Asmundson & Wright, 2004; Melzack & Wall, 1965, 2004). Fatores físicos como lesões tecidulares, fatores emocionais como ansiedade, tensão ou depressão, e fatores comportamentais como atenção à dor ou aborrecimento podem contribuir para um aumento da perceção da dor. De forma contrária, o uso de medicação, a presença de um estado de felicidade, otimismo e relaxamento, e o foco de atenção em outras atividades podem levar à sua diminuição (Ogden, 1999).

Este modelo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, não existe evidência para a real existência de um portão ao nível da espinal medula, nem para a respetiva interação dos diferentes processos que constituem a perceção da dor. Em segundo lugar, embora haja uma clara tentativa de escapar ao dualismo cartesiano, através da premissa de que os processos fisiológicos são influenciados pelos psicológicos, ambas as dimensões são ainda concetualizadas como processos distintos (Ogden, 1999).

Assim, embora na sua base o presente modelo continue a sugerir que a dor pode ser compreendida em termos de uma via estímulo-resposta, esta via é agora concetualizada como complexa e mediada por diferentes processos que interagem entre si. Como tal, este foi o primeiro ponto de partida para a integração de estratégias alternativas às médico-cirúrgicas no tratamento da dor, nomeadamente de natureza psicológica. Este modelo serviu ainda como impulso para a investigação em torno da dor crónica (Keefe, Abernethy, & Campbell, 2005; Melzack & Katz, 2004; Melzack, Coderre, Katz, & Vaccarino, 2001).

1.3.3. Modelo Neuromatrix da Dor

No seguimento das limitações do modelo anterior, surge o Modelo Neuromatrix da Dor (Melzack, 1999) que tenta explicar alguns fenómenos até aqui sem resposta,

nomeadamente a presença de dor na ausência de input na espinal medula em indivíduos paraplégicos. Esta e outras questões levaram os mesmos autores a centrarem-se no papel do cérebro e na influência dos fenómenos de stress na dor (Melzack & Katz, 2004).

O presente modelo sugere que o cérebro possui uma rede neuronal cuja arquitetura sináptica é determinada por fatores genéticos, sensoriais e de aprendizagem. Esta rede, que se encontra vastamente distribuída por diferentes áreas cerebrais (tálamo, sistema límbico e córtex), integra a informação de várias fontes: inputs sensoriais, visuais e cognitivo-emocionais; informação da modulação neuronal intrínseca ao funcionamento cerebral; e informação de diferentes sistemas de regulação do stress como os sistemas endócrino, autonómico, imunitário e outros. A fusão de toda esta informação dá então lugar a uma resposta ou output, que se constitui nas qualidades particulares da experiência da dor e respetivo comportamento (Melzack, 1999). Os inputs sensoriais assumem um papel precipitante ou de modelação da experiência, não sendo responsáveis por si só pela forma como a dor é percebida (Melzack, 2001; Melzack & Katz, 2004). Todo este mecanismo corresponde a um padrão de neuro-assinatura, característica de cada organismo. A dor é concetualizada como um fenómeno multidimensional, contrariando assim o conceito de dor cartesiano.

Apesar deste modelo não ter sido comprovado empiricamente (Turk & Monarch, 2002), estudos do autor sobre membros fantasma mostraram que o cérebro tem um papel complexo, gerando experiências através de diferentes redes neuronais respeitantes às diferentes partes do corpo, mesmo na sua ausência (Melzack, 1989; Melzack, Israel, Lacroix & Schultz, 1997). Consequentemente Melzack (2001) sugere que a existência destes mecanismos complexos podem estar na base de alguns tipos de dor crónica, podendo haver implicações para futuros tratamentos.

1.3.4. Modelo Operante da Dor

O Modelo Operante da Dor de Fordyce e colaboradores (1968; Fordyce, 1982; Fordyce & Steger, 1979) é um modelo de natureza comportamental que se baseia no

condicionamento clássico e operante, tendo contribuído para uma maior compreensão da dor crónica em termos comportamentais (Sanders, 1996; Sharp & Harvey, 2001).

O modelo diferencia a dimensão sensorial da dor, muitas vezes não observável, do comportamento face à dor, observável e passível de medição. Este último pode ainda ser influenciado pela experiência e aprendizagem. Assim, os autores defendem que os comportamentos de dor e respetiva cronicidade estão sujeitos a reforços positivos e negativos através de mecanismos operantes, podendo estabelecer-se uma associação entre a experiência pessoal de dor e a ansiedade e outras reações (Fordyce, 1982; Fordyce & Steger, 1979).

Mais especificamente, o modelo defende que perante uma determinada lesão e sensação de dor aguda, a pessoa pode desenvolver uma resposta de escape ou evitamento que, num primeiro momento, tem uma função adaptativa, reduzindo a probabilidade de um agravamento ou aparecimento de outra lesão. Contudo, estes mesmos comportamentos podem ser negativamente reforçados a curto prazo pela redução significativa de sofrimento, devido à diminuição da influência do estímulo que provoca dor. Com o tempo, estes mesmos comportamentos, ao serem reforçados positivamente (aumento da atenção por parte de pessoas significativas) ou negativamente (redução de responsabilidade em tarefas familiares ou profissionais), tornam-se maladaptativos. Assim, são estes comportamentos que, ao serem influenciados por diferentes fatores externos e ambientais, podem estar na base da manutenção da dor, mesmo após o seu tratamento. Devem por isso ser alvo de avaliação e intervenção de forma a permitir a adoção de outros comportamentos mais saudáveis e adaptativos (Fordyce, 1982; Fordyce, Shelton, & Dundore, 1982; Fordyce & Steger, 1979).

Várias estratégias comportamentais que emergiram deste modelo são ainda hoje utilizadas, principalmente em indivíduos onde os comportamentos de dor exercem um papel preponderante (Hadjistavropoulos, & Craig, 2004; Keefe, Dunsmore, & Burnett, 1992). Entre elas surge a exposição gradual, programas para aumentar o nível de atividade, estratégias de reforço social e treino das pessoas significativas no sentido da promoção, generalização e manutenção dos ganhos (Compas, Haaga, Keefe, Leiterberg, & Williams,

1998). Apesar de alguns estudos comprovarem a sua eficácia (Morley, Echelston, & Williams, 1999; van Tulder et al., 2000), a adequação do modelo tem sido questionada em pessoas que apresentem dor devido a um estado físico geral, uma vez que a doença parece assumir uma maior influência sobre a dor, quando comparada com as contingências ambientais (Keefe et al., 2005).

1.3.5. Modelos Cognitivo-Comportamentais da Dor

O Modelo Cognitivo-Comportamental da Dor de Turk, Meichenbaum e Genest (1983) foi o primeiro modelo a incorporar as dimensões comportamental, cognitiva e afetiva. A dor é conceptualizada como um fenómeno multidimensional e biopsicossocial (Turk, 2002; Turk & Flor, 1999), onde a atribuição de significado às suas características somáticas assume um papel preponderante, juntamente com a presença de uma vulnerabilidade fisiológica.

Esta vulnerabilidade representa quer a tendência para um baixo limiar de ativação nociceptiva, quer para responder de forma negativa perante determinadas sensações corporais. Ela pode ter na sua origem fatores genéticos, uma experiência traumática, fatores relacionados com a aprendizagem social ou uma combinação de todos, despoletando, na presença de um estímulo nociceptivo ou stressor, uma resposta de ativação geral (sistema nervoso autónomo, sistema nervoso central, resposta muscular) e comportamentos na natureza evitante (Turk, 2002).

No seguimento do modelo de Turk e colaboradores (1983), Sharp (2001) apresenta um desenvolvimento que vem reforçar ainda mais a importância da reação e interpretação do indivíduo face ao acontecimento negativo, chamando a atenção para o papel dos pensamentos e imagens relacionadas com a dor, além dos comportamentos observáveis (Sharp, 2001). Assim, e à semelhança de outras perturbações psicológicas, a interpretação da presença de dor, ou de pensamentos e imagens relacionados com a dor, como indicadores de algo negativo em relação à sua condição, pode levar à tentativa da sua supressão ou evitamento. Consequentemente, esta estratégia leva ao aumento da frequência

destas cognições¹, da percepção de aversão face à dor e dos sintomas associados (Salkovskis & Campbell, 1994; Salkovskis, Westbrook, Davis, Jeavons, & Gledhill, 1997). O stress e outros fatores iatrogénicos associados (procura de tratamentos alternativos, uso de medicação), aumentam igualmente os níveis de ansiedade e ativação fisiológica, contribuindo para a manutenção de comportamentos de segurança e/ou evitamento, e assim impedindo também a desconfirmação cognitiva. Segundo Sharp (2001) são estes diferentes ciclos auto-perpetuantes os responsáveis pelo elevado nível de desesperança, desconforto e incapacidade em doentes com dor crónica, onde a crença de que nada irá resolver o problema está bem enraizada (Sharp, 2001).

Na sequência destes modelos cognitivo-comportamentais, Asmundson e Wright (2004) apresentam um modelo integrativo das principais premissas que surgem na literatura como base do desenvolvimento de uma condição de dor crónica. De uma forma geral, é reconhecida a importância dos fatores fisiológicos, psicológicos e socioculturais, que vão interagir entre si e provocar o desenvolvimento de um ciclo vicioso negativo. Este ciclo que influencia e é influenciado pelos níveis de stress, vai exacerbar e manter a sintomatologia inicialmente apresentada, aumentando o nível de incapacidade do indivíduo.

Vários estudos têm demonstrado a adequabilidade e eficácia de estratégias clínicas decorrentes dos modelos cognitivo-comportamentais da dor crónica. A presença de pensamentos e crenças negativas tem-se mostrado determinante na forma como as pessoas lidam com a dor, nos níveis correspondentes de incapacidade e também nos níveis de intensidade da dor apresentados (Asgahari, Julaeiha, & Godarsi, 2008; Ehde & Jensen, 2010; Jensen, Romano, Turner, Good, & Wald, 1999; Main, Foster, & Buchbinder, 2010; Turner, Jensen, & Romano, 2000; Wash & Radcliffe, 2002). Por outro lado, o debate e mudança das diferentes estruturas cognitivas e os respetivos comportamentos associados, levaram a uma

¹ As diferentes cognições têm na sua base o contexto cultural e experiências passadas, sendo por isso específicas de indivíduo para indivíduo e de situação para situação (Bates, Edwards, & Anderson, 1993, Craig, 1978).

diminuição dos níveis de intensidade da dor e dos níveis subjacentes de incapacidade física e social (Coughlin, Badura, Fleischer, & Guck, 2000; Jenssen, Turner, & Romano, 1994, 2001, 2007; Turner, Holtzman, & Mancl, 2007; Vowles, McCracken, & Eccleston, 2008).

Ainda assim, continua a ser imperativo o desenvolvimento de estudos, no sentido de dar resposta às várias limitações metodológicas e questões teóricas relacionadas com a origem e interação dos diferentes fatores abordados por estes modelos (Asmundson & Wright, 2004, Thorn, Cross & Walker, 2007).

Capítulo II

A Dor Sexual

2.1. Definição e Classificação

A dor sexual é uma problemática que afeta muitas mulheres e traz consigo elevados custos individuais e sociais, sendo frequentemente de natureza crónica (Meana, Benuto & Donaldson, 2009). Apesar da sua importância e impacto, é ainda uma temática pouco abordada junto dos profissionais de saúde, sendo igualmente difícil a determinação da sua causa (Glatt, Zinner, & McCormack, 1990; Nusbaum, Gamble, Skinner & Heiman, 2000). Habitualmente, as perturbações de dor sexual são definidas tendo em conta duas dimensões clínicas consideradas formalmente distintas: a dispareunia e o vaginismo.

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000) a dispareunia consiste na presença de dor frequentemente associada à atividade sexual. Este fenómeno pode ter na sua base causas orgânicas e/ou psicológicas e pode apresentar diferentes localizações (e.g. superficial e profunda) e níveis de intensidade, provocando um intenso mal-estar. Em muitos casos a sua evolução é crónica, levando ao evitamento da atividade sexual e ao comprometimento significativo da qualidade de vida sexual (APA, 2000). Meana e colaboradores (1997a) defendem a existência de pelo menos 4 tipos distintos de dispareunia: a vulvovestibulite, que consiste na presença de dor severa provocada pelo toque na zona vestibular, podendo estar ou não relacionada com inflamação (Graziottin & Brotto, 2004) e que surge sobretudo em mulheres mais jovens; a atrofia vulvovaginal, que habitualmente atinge mulheres pós-menopáusicas e que se relaciona com alterações hormonais e, conseqüentemente, alterações da lubrificação; a dor vaginal profunda, que se encontra frequentemente associada a diferentes condições ginecológicas como a endometriose, doenças inflamatórias, quistos ováricos e outros; e, problemas de dor que não preenchem os critérios para nenhum dos grupos anteriormente mencionados. Na literatura é ainda usado o termo vulvodinia (Lotery & Galask, 2004; Shindel & Naughton, 2006), atualmente definida como a presença de dor crónica ou sensação de queimadura na vulva, sem haver qualquer indicador físico que possa contribuir para a mesma.

Por sua vez, o vaginismo consiste na contração involuntária recorrente ou persistente dos músculos perineais que envolvem o terço externo da vagina, quando é tentada ou antecipada a penetração vaginal com o pénis, dedo, tampão ou espéculo. Este

espasmo muscular pode causar dor e impedir, de forma total, a penetração. Perante a ausência de tentativas de penetração, o vaginismo nem sempre implica uma perturbação do ciclo de resposta sexual (APA, 2000).

Esta conceptualização formal das perturbações de dor sexual tem vindo a ser questionada e discutida por diferentes autores na literatura. Uma das primeiras questões gerais apontada por Binik (2005) surge em torno do próprio conceito de dor sexual, o qual parece implicar a existência de uma dor distinta da dor geral, neste caso de natureza sexual. Segundo o autor, esta perturbação tem-se distanciado erroneamente das restantes perturbações de dor por haver uma maior centração, por parte dos clínicos e investigadores, nas suas implicações e não na região anatómica afetada (Binik et al. 1999). Binik (2005) defende assim que a dor sexual deve ser concetualizada como uma perturbação de dor, uma vez que a própria literatura tem vindo a demonstrar que a dor sentida durante a atividade sexual se aproxima das restantes perturbações de dor ao nível das suas características experienciais, psicofisiológicas e neurológicas (Giesecke et al., 2004; Granot, Friedman, Yarnitksky, & Zimmer, 2002; Meana & Binik, 1994; Meana, Binik, Khalifé & Cohen, 1997b; Pukall et al., 2002, 2005). Adicionalmente, este autor afirma que o conceito de dor sexual não se enquadra no pressuposto do sistema de classificação das disfunções sexuais, baseado na alteração de uma das fases do ciclo de resposta sexual (Binik, Pukall, Reissing, & Khalifé, 2001).

A posição de Binik não é consensual, havendo autores como Tiefer (2005) que defendem que a dispareunia é a única e verdadeira disfunção sexual, na medida em que a sua presença, ao contrário do desejo e excitação, é inaceitável, independentemente do respetivo grau ou intensidade. Outros autores chamam a atenção para as consequências que poderão existir em torno de um foco excessivo neste dualismo da dor sexual. Nos últimos anos, têm-se verificado uma maior tendência para privilegiar as explicações psicofisiológicas da dor sexual, a sua medição e as características que partilha com outras perturbações de dor (Pukall et al., 2002; Pukall, Binik, & Khalife, 2003). Consequentemente, verificou-se um afastamento do estudo de variáveis psicosexuais e relacionais. Ainda assim, a dor sexual é considerada um fenómeno complexo, que envolve as dimensões

fisiológica, psicossocial e sexual, sendo que a proposta de classificação acaba por se mostrar incompleta, quer em termos de concetualização, quer em termos da definição posterior de tratamento (Carpenter & Andersen, 2005; First, 2005; Meana, 2005; Payne, 2005). Uma vez que se trata de uma experiência subjetiva, a dor deve ser avaliada de forma pormenorizada, tendo em conta a sua localização, qualidade, intensidade e significado.

Especificamente, e no que diz respeito ao conceito de dispareunia, são vários os autores que defendem que os atuais critérios de diagnóstico não contemplam a variabilidade sintomatológica apresentada pelas mulheres que apresentam dor sexual, não havendo igualmente suficiente evidência empírica para justificar a sua presença (Basson, 2002; Bergeron, Binik, Khalifé, & Pagidas, 1997; Binik, Bergeron, & Khalifé, 2000; Meana & Binik, 1994; Meana et al., 1997b).

Quanto à classificação do vaginismo, uma das primeiras críticas diz respeito à ausência de um critério relacionado com a dor, mesmo quando diferentes observações clínicas demonstram frequentemente a sua presença e o medo que lhe está associado (Wincze & Carey, 2001). Adicionalmente, não existe evidência que comprove a ocorrência de um espasmo muscular na antecipação, durante a relação sexual, durante a tentativa de penetração vaginal, ou durante um exame ginecológico ou inserção do tampão (Basson, 2002; de Kruiff et al. 2000; Reissing, Binik, & Khalifé, 1999, Reissing, Binik, Khalifé, Cohen, & Amsel, 2004). Além disso, a presença deste mesmo critério impossibilita o diagnóstico por parte de um psicólogo, sem este recorrer à ajuda de um outro profissional de saúde (APA, 2000; Binik et al., 2001). Mesmo recorrendo a ajuda médica, a fidelidade do diagnóstico é considerada baixa (Reissing et al., 2004). Finalmente, existem autores que consideram o vaginismo como sendo um caso extremo de dispareunia, refletindo um agravamento da sintomatologia apresentada, com uma mesma base etiológica (Binik, Bergeron, & Khalifé, 2007; de Kruiff et al., 2000; Engmann, Lindehammar, & Wijma, 2004; Meana & Binik, 1994; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen, & Amsel, 2003). Assim, o vaginismo deveria ser considerado como mais um subtipo das perturbações de dor sexual e não uma entidade independente da dispareunia (Reissing et al., 1999).

A nova proposta do DSM-V (APA, 2012) vem de encontro a algumas das limitações apresentadas, sugerindo que ambas as perturbações sejam incluídas numa só categoria denominada perturbação de dor genito-pélvica/penetração. Esta perturbação passaria a caracterizar-se pela presença de uma ou mais dificuldades, presentes em pelo menos 50% das tentativas de penetração vaginal, nomeadamente: a incapacidade para ter relação sexual com penetração, uma acentuada dor vulvar/vaginal, um acentuado medo ou ansiedade em relação à dor vulvo/vaginal ou pélvica e acentuada tensão muscular dos músculos da parede da vagina. Também passam a ser incluídos vários especificadores, nomeadamente: generalizado ou situacional, outros problemas sexuais, fatores relacionais, fatores de vulnerabilidade individual e psicológica, fatores culturais e religiosos, e fatores médicos (APA, 2012).

2.2. Epidemiologia

Os dados de prevalência da dispareunia e vaginismo são ainda escassos e os estudos existentes apresentam várias limitações que não permitem ter uma noção clara do real impacto destas problemáticas na qualidade de vida geral e sexual das mulheres. (Hayes, 2009).

A dispareunia é uma perturbação mais comum nas mulheres (APA, 2000; Masters & Johnson, 1970) e que está presente em idades muito jovens (Landry & Bergeron, 2009). A tendência é para a sua diminuição em função da idade e do nível de habilitações literárias (Laumann, Paik, & Rosen, 1999). Uma revisão recente de 55 estudos na população geral, realizado por Hayes e colaboradores (2008), aponta para uma prevalência variável que pode ir dos 0,4% (Garde & Lunde, 1980) aos 61% (Glatt et al., 1990). Esta variabilidade parece estar relacionada com uso de diferentes definições, variações metodológicas dos diferentes estudos e uso de diferentes instrumentos de avaliação (Hayes et al., 2008; Hayes, Bennett, Fairley, & Dennerstein, 2006). Outros estudos apontam para esta mesma discrepância, sendo que os valores de prevalência tendem a ser mais baixos nos países do Norte da Europa e mais altos nos Estados Unidos (DeRogatis & Burnett, 2008; Dunn, Jordan, Croft, & Assendelf, 2002; Hayes et al., 2006; Lewis et al., 2004; Schultz et al., 2005;

Simons & Carey, 2001). Em Portugal os valores tendem a variar entre os 4,7% (Nobre, 2003) e 34,1% (Vendeira, Pereira, Santo, & Macedo, 2005), devendo-se esta variabilidade ao grau de severidade considerado nos respetivos critérios de avaliação, para cada um dos estudos.

Em amostras de clínica geral, a prevalência de dispareunia tende a variar entre os 3% (Heisterberg, 1993; Shahar, Lederer, & Herz, 1991) e os 46% (Weber, Walters, Schover, & Mitchinson, 1995; Jamieson & Steege, 1996). Em amostras clínicas de sexologia os dados indicam prevalências que se situam entre os 3% (Hawton, 1982) e os 5% (Renshaw, 1988). Em Portugal, um estudo de Nobre e colaboradores (2006) aponta para uma prevalência de 6,4%.

No que diz respeito ao vaginismo, os estudos são ainda mais escassos sendo difícil perceber qual o respetivo grau de prevalência na população geral (Spector & Carey, 1990; Reissing, 2009). Alguns estudos com amostras da população geral estimam uma percentagem entre os 0,4% e os 6,2% (Christensen et al., 2011; Fugl-Meyer & Sjogren Fugl-Meyer, 1999; Kadri, Mchichi, & Tahiri, 2002; Ventegodt, 1998). Em Portugal, um estudo de Nobre (2003) aponta para valores na ordem dos 4,2%. Já na população clínica os valores tendem a ser superiores, variando entre os 5% e os 42% (Bancroft & Coles., 1976; Goldmeier et al., 1997; Hawton, 1982; O'Sullivan, 1979; Read, King & Watson, 1997; Renshaw, 1988). Em Portugal oscilam entre os 9% e os 25,5% (Gomes, Fonseca, & Gomes, 1997, Nobre, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2006).

2.3. Etiologia

Ao longo dos últimos anos, a dispareunia e o vaginismo deixaram de ser concetualizados como uma manifestação somática decorrente de um conflito interno para dar lugar a uma definição mais próxima de outras perturbações de dor (Binik et al. 1999; Meana et al., 1997b; Payne, Binik, Amsel, & Khalifé, 2005). Além disso, sendo a base etiológica da dispareunia e do vaginismo bastante idêntica, muitas vezes dificultando ou impossibilitando o seu diagnóstico diferencial, achou-se pertinente considerar ambas as perturbações como uma só entidade nosológica, seguindo as recomendações da proposta de classificação do DSM-V (APA, 2012) para as questões etiológicas.

De uma forma geral, a etiologia da dor sexual tem-se mostrado bastante heterogénea (Meana et al., 1997a). Ao nível dos fatores biológicos, alguns estudos demonstraram que baixos níveis de saúde em geral se encontram relacionados com a dor sexual (Laumann et al., 1999; Laumann et al., 2005). Especificamente, anormalidades no hímen, atrofia vaginal, infeção urinária, infeções vulvares, lesões vaginais, endometriose, quistos ováricos, inflamações do pavimento pélvico, infeções sexualmente transmissíveis, entre outras, poderão estar na base da dispareunia (Abramov, Wolman, & Higgins, 1994; Bancroft, 1989; Basson, 1996; Lamont, 1978; Laumann et al., 1999; Stuntz, 1986). Também alterações hormonais, como a diminuição dos níveis de estrogénio devido ao uso de contraceptivos orais, gravidez, menopausa, tratamentos oncológicos com radiação e remoção dos ovários podem levar à diminuição de lubrificação e provocar irritação e sensação de dor durante a penetração (Reamy & White, 1985). Fatores relacionados com o parto podem apresentar igualmente uma influência negativa. Cerca de 50% das mulheres reportaram sintomas de dispareunia após o parto, sendo que após seis meses, a incidência da dispareunia é maior em mulheres que foram sujeitas à episiotomia, laceração perineal ou parto com fórceps e ventosa (Buhling et al., 2006).

Quanto aos fatores psicossociais, especificamente no que diz respeito às variáveis individuais, a dor sexual tem surgido frequentemente associada a uma maior instabilidade emocional e níveis gerais de felicidade mais baixos (Laumann et al., 1999; Laumann et al., 2005). Perturbações de ansiedade e humor, bem como baixa autoestima e imagem corporal, encontram-se igualmente associados (Meston & Bradford, 2007; Reamy & White, 1985; Schultz et al., 2005; Tugrul & Kabakci, 1997; Wincze & Carey, 2001). Ao nível dos fatores educacionais e culturais, a presença de uma educação conservadora e severa, a falta de ou inadequação de educação sexual que levam à formação de crenças erradas e conservadoras e, conseqüentemente, a atitudes negativas face à sexualidade (Barnes et al., 1986; Basson, 1996; O'Sullivan, 1979; Reamy & White, 1985; Silverstein, 1989; Tugrul & Kabakci, 1997; Ward & Ogden, 1994; Wincze & Carey, 2001), também se encontram frequentemente associadas à dor sexual. Por sua vez, a presença de dor, experiências prévias e negativas com dor e, conseqüente medo da dor e da penetração, demonstraram ter uma contribuição

significativa para as dificuldades sexuais (Reissing et al., 2004; Schultz et al., 2005; Vlaeyen & Linton, 2000; Ward & Ogden, 1994). Finalmente, e apesar de não ter o impacto esperado (Barnes, 1986; Basson, 1996; Hawton & Catalan, 1990), a presença de trauma, decorrente de abuso sexual, pode igualmente ser responsável pelo surgimento de dor sexual. Alguns estudos demonstraram uma maior presença deste tipo de abuso na história de casos de vaginismo (Golding, 1996; Keane, Young, & Boyle, 1996; Reissing et al., 2003).

Ainda dentro dos fatores psicossociais, mas no que respeita aos fatores relacionais, a dispareunia tem surgido frequentemente associada a uma pobre comunicação com o parceiro, baixos níveis de satisfação na relação e fracas expectativas em relação ao futuro da mesma (Wincze & Carey, 2001).

Assim, são vários os fatores que se encontram associados à dor sexual, reforçando mais uma vez a complexidade deste quadro clínico. Abordaremos de seguida, e com mais pormenor, alguns deles.

2.4. Fatores Psicossociais na Dor Sexual

2.4.1. Fatores cognitivos e dor sexual

A importância do papel das estruturas cognitivas tem sido amplamente comprovada no que diz respeito à dor crónica (Asgahari et al., 2008; Ehde & Jensen, 2010; Jensen et al., 1999; Main, et al., 2010; Turner, Jenssen, & Romano, 2000; Wash & Radcliffe, 2002) e à sexualidade (Bancroft et al., 2003; Janssen, Everaerd, Spiering, & Janssen, 2000; Meana & Likins, 2009; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a, 2008ab; Nobre, Pinto Gouveia & Gomes, 2003; Oliveira e Nobre, 2012a; Purdon & Holdaway, 2006; Seal & Meston, 2007). Contudo, esta temática tem sido pouco abordada no âmbito da dor sexual, mesmo quando a sua inclusão no tratamento da dor em geral mostra resultados positivos (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007).

2.4.1.1. Crenças e pensamentos na dor sexual

Segundo o modelo cognitivo, as crenças são habitualmente definidas como ideias que temos acerca de nós, dos outros ou do mundo, que guiam o processamento de informação e conseqüentemente as nossas emoções e comportamentos (Beck, 1996).

Nas perturbações de dor sexual, provavelmente devido a uma pobre ou inexistente educação sexual, é frequente surgirem crenças conservadoras e religiosas. Alguns estudos demonstraram que mulheres com o diagnóstico de vaginismo apresentam uma maior tendência para uma educação familiar baseada em crenças de que o sexo é errado ou de que não deve existir sexo pré-marital (Basson, 1996; Ward & Odgen, 1996). Também crenças de que a penetração vai causar dor, sangramento, algum tipo de lesão, ou a ideia de que a vagina é muito pequena, são frequentes (Reissing et al., 2003; Silverstein, 1989). Mulheres com dispareunia apresentam frequentemente níveis mais significativos de erotofobia, que se refletem em sentimentos de culpa, medo em relação ao sexo (Meana et al., 1997a; Reed, Advincula, Fonde, Gorenflo, & Haefner, 2003; Reissing et al., 2003; Sackett, Gates, Heckman-Stone, Kobus, & Galask, 2001) e medo de que ocorra dor durante a relação sexual (Peters et al., 2007). Já um estudo recente de Borg e colaboradores (2011) demonstrou que mulheres com o diagnóstico de vaginismo e dispareunia apresentam um maior grau de valores conservadores e um menor grau de valores liberais, em comparação com mulheres do grupo da população normal. Apesar de as diferenças terem sido apenas significativas para o grupo de mulheres com vaginismo, este padrão de valores pode estar na base de uma sexualidade mais restrita e restritiva, que por sua vez mantém a respetiva problemática.

Nobre e colaboradores (2003ab) desenvolveram vários instrumentos de avaliação que abordam vários fatores cognitivos e emocionais. Um dos questionários, o Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais, permite a avaliação de crenças disfuncionais sexuais, que os autores defendem estar na base do desenvolvimento e manutenção de diferentes disfunções sexuais, entre os quais: o conservadorismo sexual (*“A melhor prenda que a mulher pode levar para o casamento é a virgindade”*), o desejo sexual como pecado (*“O sexo é sujo e pecaminoso”*), as crenças relativas à idade (*“Após a menopausa a mulher*

deixa de sentir desejo sexual”), crenças acerca da imagem corporal (“*Mulheres fisicamente pouco atraentes não conseguem ser sexualmente felizes*”), crenças relacionadas com a negação da primazia do afeto (“*O sexo serve só para satisfazer os homens*”) e primazia da maternidade (“*O sexo só é legítimo como forma de procriação*”).

De uma forma geral, os estudos têm demonstrado que o baixo funcionamento sexual e a disfunção sexual estão associados à presença de mais crenças sexuais disfuncionais, como conservadorismo sexual, desejo sexual como pecado, crenças relacionadas com a idade e crenças relacionadas com a imagem corporal (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a; Vilarinho, 2010). Mulheres com o diagnóstico de vaginismo apresentaram significativamente mais crenças relacionadas com a idade do que mulheres da população geral (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008a).

Além das crenças, importa também considerar os pensamentos automáticos definidos por Beck (1967) como cognições ou imagens, que refletem a ativação, num determinado momento, de estruturas mais centrais do sistema cognitivo. Um questionário que, além de outras dimensões, aborda os pensamentos automáticos em contexto sexual é o Questionário de Modos Sexuais, desenvolvido por Nobre e colaboradores (2003), e que permite avaliar pensamentos de abuso sexual (“*Isto é nojento e repugnante*”), pensamentos de fracasso/desistência (“*Não estou a conseguir*”), pensamentos de falta de afeto (“*Ele só gosta de mim se eu for boa na cama*”), pensamentos de passividade (“*Tenho que esperar que ele avance*”), escassez de pensamentos eróticos (“*Esta forma de falar excita-me*”) e baixa autoimagem corporal (“*Já não sou tão bonita*”).

De forma congruente com os resultados respeitantes às crenças sexuais, as diferentes dimensões avaliadas por este questionário surgem significativamente associadas a diferentes problemas sexuais (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008ab). Num dos estudos de Nobre e Pinto Gouveia (2008a), mulheres com o diagnóstico de vaginismo apresentaram níveis mais elevados de pensamentos de fracasso/desistência e escassez de pensamentos eróticos durante a atividade sexual, em comparação com mulheres da população geral. Os pensamentos de fracasso e desistência mostraram-se ainda como preditores significativos do vaginismo (Nobre & Pinto Gouveia, 2008a).

2.4.1.2. Catastrofização e Hipervigilância na Dor sexual

São dois, os principais estilos cognitivos que surgem na literatura como estando frequentemente associados às perturbações de dor sexual: a catastrofização da dor, que corresponde à ideia de que o resultado final da experiência de dor vai ser o pior de todos (Granot & Lavee, 2005; Pukall et al., 2002; Sullivan, Lynch, & Clark, 2005) e a hipervigilância, que corresponde a um enviesamento da atenção para estímulos ou informação relacionada com a dor e a sua monitorização (Payne et al., 2005; 2007). Ambos os estilos têm mostrado estar relacionados com uma maior tendência, da parte de mulheres que sofrem com dor sexual, para comportamentos defensivos em situações que ameacem ou despoletem dor (Reissing et al., 2004). No que diz respeito à catastrofização, são vários os autores que teorizam que a presença deste estilo cognitivo poderá direcionar a atenção para a dor, aumentando a sua perceção (através de processos de magnificação e ruminação) e promovendo uma avaliação negativa das respetivas estratégias de *coping* (Rosenstiel & Keefe, 1983; Sullivan, Bishop, & Pivic, 1995; Sullivan et al., 2001). Também na literatura da dor em geral, a catastrofização surge como um dos principais preditores das variações de dor (Sullivan, Stanish, Waite, Sullivan, & Trip, 1998), estando igualmente associada a níveis mais elevados de incapacidade (Martin et al., 1996), maior uso de medicação (Jacobson & Butler, 1996) e maior procura de serviços de saúde (Gill, Abrams, Phillips & Williams, 1992), entre outros.

Na dor sexual, particularmente a vestibulodinia, alguns estudos demonstraram que mulheres assim diagnosticadas apresentam um maior nível de catastrofização da dor sexual, comparativamente a mulheres que sofrem de outro tipo de dor crónica e mulheres da população geral (Granot & Lavee, 2005; Payne et al., 2007; Pukall et al., 2002). Segundo Pukall e colaboradores (2002), este fenómeno pode dever-se ao facto de muitas mulheres conviverem com a dor sexual durante muito tempo sem obterem efeitos positivos de tratamento, mesmo após várias tentativas de resolução do problema. Por outro lado, aspetos emocionais e íntimos, relacionados com este tipo de dor, poderão contribuir para um agravamento deste estilo cognitivo. Estes e outros estudos têm demonstrado que a catastrofização se encontra associada ao medo e nível de intensidade da dor, bem como a

diferentes variáveis da personalidade, comportamentos de evitamento e enviesamento da atenção (Desrochers, Bergeron, Landry, & Jodoin, 2008; Granot & Lavee, 2005; Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perry, 2004; Meana et al., 1997a). Os estudos respeitantes ao processamento de ameaça e da dor geral dão também suporte à presença de um desvio da atenção na presença de um estímulo negativo (Lundqvist & Ohman, 2005; Ohman, Flykt, & Esteves, 2001), bem como à dificuldade que existe por parte de pessoas que possuem dor crónica em interromper este processo cognitivo (Amir, Elias, Klumpp, & Preworski, 2003; Cisler, Ries, & Widner, 2007).

Payne e colaboradores (2005) foram os primeiros a estudar os fatores atencionais em mulheres com dispareunia sem recorrer exclusivamente a medidas de autorresposta. Foram avaliadas 17 mulheres com vulvovestibulite através de uma tarefa de Stroop Emocional. Os resultados demonstraram que as mulheres com dor sexual, em comparação com a amostra de controlo, apresentam maiores níveis de hipervigilância à informação relacionada com a dor. A presença deste estado de atenção foi igualmente visível através das medidas de autorresposta utilizadas no estudo. Como fatores mediadores surgiram a ansiedade e o medo da dor. A hipótese levantada pelos autores foi a de que a ansiedade orienta o processamento pré-atencional do estímulo ameaçador, enquanto o medo da dor orienta de forma explícita a atenção para os estímulos ameaçadores.

Também Brauer, ter Kuile, Janssen e Laan (2007) teorizaram que as mulheres com dispareunia poderão apresentar um desvio da atenção dos estímulos sexuais para estímulos não sexuais, devido à associação entre sexualidade e dor que poderia ter sido estabelecida em relações prévias. Segundo os autores, o desvio da atenção pode conduzir a níveis mais baixos de excitação genital e subjetiva, a uma menor lubrificação e à conseqüente dor. Por sua vez, qualquer experiência sexual recente onde ocorra dor poderá exercer um papel reforçador de todo o mecanismo, através da ativação das diferentes crenças e pensamentos e, conseqüentemente, resposta de ansiedade e medo da dor.

Um estudo experimental recente de Lykins e colaboradores (2011) confirmou a existência deste desvio da atenção dos estímulos sexuais, comparando três grupos distintos de mulheres: mulheres com dor sexual persistente, mulheres com baixo desejo sexual, e

mulheres sem qualquer dificuldade a nível sexual. Através do uso do *Eye-Tracker* e do *Conner's Continuous Performance Test*, os autores verificaram que as mulheres com dispareunia prestam menos atenção aos aspetos sexuais das imagens, do que as mulheres com baixo desejo sexual e as mulheres do grupo de controlo. Este padrão de atenção, e respetivo processamento de informação, pode sugerir uma distração das regiões mais sexuais das imagens ou uma resposta de evitamento aos estímulos sexuais. Embora o evitamento cognitivo pareça ser mais comum em mulheres com o diagnóstico de vaginismo (Reissing et al., 2004), a baixa frequência sexual demonstrada por mulheres diagnosticadas com dispareunia parece indicar um padrão de resposta idêntico (Meana et al., 1997a).

2.4.2. Fatores Emocionais, Autoestima e Autoestima Sexual na Dor Sexual

Ao longo dos últimos anos tem havido um crescente interesse em torno do papel dos fatores emocionais no funcionamento sexual feminino (Nobre & Pinto Gouveia, 2006b, 2008a; Oliveira & Nobre, 2012b; Vilarinho, 2010) e, especificamente, na dor sexual. De uma forma geral, a dor sexual parece estar associada a uma diminuição da qualidade de vida e bem-estar emocional (Arnold, Bachmann, Kelly, Rosen, & Roads, 2006; Barnack & Chrisler, 2007; Jones, Jenkinson, & Kennedy, 2004; Laumann et al, 1999; Mathias, Kuppermann, Liberman, Lipschutz, & Steege, 1996; Sackett et al., 2001).

2.4.2.1. Psicopatologia e Afeto na Dor Sexual

A literatura tem demonstrado, de forma robusta, a presença de psicopatologia quer na dor crónica (Deksh et al., 2003; Kouyanou et al., 1998; Ohanyon, & Schatzberg, 2010; Ohayon & Stingl, 2012; Sharp & Harvey, 2001), quer nas disfunções sexuais (Cyranski et al., 2004; Figueira, Possidente, Marques, & Hayes, 2001; Heiman, 2000; Kockott & Pfeifer, 1996; van Lankveld & Grotjohann, 2000). No que diz respeito à dor sexual, os dados são por vezes contraditórios. Assim, apesar de alguns estudos não terem demonstrado taxas de depressão clínica significativas em mulheres com dor sexual (Arnold et al., 2006; Barnack & Chrisler, 2007), outros estudos comprovaram que sintomas característicos de quadros

depressivos, ansiosos e de somatização estão mais presentes em mulheres com dispareunia, do que em mulheres da população geral (Aikens, Reed, Gorenflo, & Haefner, 2003; Brotto, Basson, & Gehring, 2003; Dunn, Croft, & Hackett, 1999; Granot et al., 2002; Gates & Galask, 2001; Granot & Lavee, 2005; Kaya et al., 2006; Meana et al., 1997; Nunns & Mandal, 1997; Nylanderlundqvist & Bergdahl, 2003; Payne et al., 2005; Rabin, O’Leary, Neighbors, & Whitmore, 2000; Sackett et al., 2001; van Lankveld et al., 1996; Wylie, Hallam-Jones, & Harrington, 2004)

A ansiedade tem sido uma das variáveis que mais atenção tem recebido por parte dos investigadores, talvez devido à possível implicação que esta pode ter na resposta de excitação sexual (Meana & Binik, 1994). Com base na teoria cognitiva da ansiedade (Beck, 1976; Beck, Emery, & Greenberg, 1985), que postula que a presença de um estímulo emocionalmente ameaçador pode interferir com os diferentes processos cognitivos, vários autores defendem que a presença de um estímulo negativo durante a atividade sexual pode desviar a atenção dos estímulos eróticos, levando a uma menor resposta de excitação (Barlow, 1986; Janssen et al., 2000; Laan & Janssen, 2007; Sbrocco & Barlow, 1996; Van den Hout & Barlow, 2000). Por sua vez, baixos níveis de excitação, quer genital, quer subjetiva, podem conduzir a uma insuficiente lubrificação e/ou a um aumento do tónus muscular na zona pélvica (ter Kuile & Weijenborg, 2006; Van Lunsen & Ramakers, 2002), levando ao surgimento de dor durante a penetração sexual.

Sintomas depressivos como a tristeza, anedonia, baixa concentração, fadiga, que estão por sua vez associados com uma maior severidade da dor, poderão reforçar o ciclo vicioso negativo anteriormente referido (Meana, Binik, Khalife, & Cohen, 1998). Efetivamente, alguns estudos laboratoriais que avaliaram a resposta de excitação sexual, subjetiva e genital, perante a presença de um estímulo sexual, em mulheres com dispareunia, demonstraram que estas apresentam mais afeto negativo (medo e aversão) e menos afeto positivo (definido como excitação e desejo) perante a presença de um estímulo sexual, comparativamente a mulheres da população normal e mulheres sem dificuldades sexuais (Brauer, Laan, ter Kuile, 2006; Brauer, ter Kuile, Janssen, Laan, 2007; Brauer, ter Kuile, & Laan, 2008; Brauer et al., 2009b; Payne et al., 2007).

Na literatura geral, o afeto positivo e negativo têm sido comumente estudados no âmbito do Modelo Tripartido de Clark e Watson (1991), que surgiu da tentativa dos autores de obterem uma maior compreensão dos estados de depressão e ansiedade. O afeto negativo encontra-se habitualmente relacionado com níveis elevados de stress e com emoções como o medo, preocupação, aversão, raiva, tristeza e culpa (Anderson & Hope, 2008; Clark & Watson, 1991). Já o afeto positivo está habitualmente relacionado com um estado de entusiasmo, atividade, controlo e compromisso, correspondendo igualmente à capacidade de se manter uma visão positiva ao longo do tempo e perante diferentes situações. A ausência de afeto positivo está habitualmente correlacionada com a falta de prazer, apatia, desesperança, fadiga, letargia e lentidão motora (Aspinwall, 1998; Watson, Pennebaker, & Folger, 1987).

Vários estudos têm abordado o afeto traço e variáveis próximas deste constructo na sexualidade feminina (Burleson, Trevathan, & Todd, 2007; Cyranowski et al., 2004; Fortenberry, et al. 2005; Laan, Everaerd, van Berlo, & Rijs, 1995; Oliveira & Nobre, 2012b; ter Kuile et al., 2010) demonstrando a sua importância e postulando que a sua presença ou ausência pode ser determinante no desenvolvimento das dificuldades sexuais, bem como da depressão e ansiedade (Clark, Beck, & Stewart, 1990; Laan, Everaerd, Van Berto, & Rijs, 1995; ter Kuile, Both, & van Uden, 2010; Watson, Clark, & Carey, 1988). Enquanto a presença de emoções típicas de afeto positivo parecem contribuir para uma maior resposta de excitação, interesse e prazer sexual (Burleson et al., 2007; Laan et al., 1995; ter Kuile, Weijenborg, & Spinhoverm, 2010), a presença de humor negativo parece ter o efeito contrário (Cyranowski et al., 2004; Fortenberry, et al. 2005; Heiman, 2000). Já a ansiedade surge com efeitos contraditórios (Althof et al., 2005). Alguns estudos demonstraram que a presença de ansiedade diminui a resposta e prazer sexual (Beck & Bozman, 1995; Dunn et al., 1999; Katz & Jardine, 1999; Lykins, Janssen, & Graham, 2006), enquanto outros comprovaram que a sua presença pode ter uma influência neutra ou até positiva na resposta sexual (Barlow, 1986; Beck & Barlow, 1984; Elliot & O'Donohue, 1997; Hoon, Wincze, & Hoon, 1977; Laan, Everaerd, Van-Aanhold, & Rebel, 1993; Meston & Gorzalka, 1996; Palace & Gorzalka, 1990).

Apenas alguns estudos de natureza laboratorial exploraram a relação entre o afeto (e emoções relacionadas com este constructo) e a dor sexual (Brauer, de Jong, Huijding, Laan, & ter Kuile, 2009; Brauer, ter Kuile, Janssen, & Laan, 2007; Brauer, ter Kuile & Laan, 2009; Nunns & Mandal, 1997; van Lankveld, Weijnenborg, & ter Kuile, 1996). De uma forma geral, os dados apontam para a presença de maiores níveis de afeto negativo e menores níveis de afeto positivo perante a presença de estímulos sexuais, nas mulheres com diagnóstico de dispareunia. Brauer e colaboradores (2007) demonstraram que a presença de ameaça relacionada com a ocorrência de um estímulo doloroso, durante a visualização de um filme erótico, despoleta mais respostas de afeto negativo e uma menor resposta sexual genital, quer em mulheres com dispareunia, quer em mulheres sem estas dificuldades. Contudo, de uma forma geral, as mulheres que sofrem de dor sexual experienciaram maiores níveis de emoções negativas e ameaça em ambas as condições experimentais (com ameaça e neutra), quando comparadas com as mulheres do grupo de controlo. Assim, a presença de um estímulo ameaçador parece exercer uma influência negativa na forma como as mulheres avaliam o estímulo erótico, contribuindo para uma diminuição da excitação e um aumento de emoções características de afeto negativo.

Alguns estudos têm igualmente demonstrado a importância do afeto na dor crónica. De uma forma geral, a literatura tem dado uma maior atenção aos efeitos negativos das emoções características do afeto negativo, nomeadamente a presença de maiores níveis de ansiedade e depressão, menores níveis de tolerância e maior sensibilidade à dor (Affleck et al., 1997; Beckham, Keefe, Caldwell, & Roodman, 1991; Geisser, Robinson, Milker, & Bade, 2003; Hawley & Wolfe, 1993; Hudson & Pope, 1990; van de Hout, Vlayen, Houben, Soeters, & Peters, 2001). Contudo, Zautra e colaboradores (1999, 2001, 2005) chamaram a atenção para a importância do papel do afeto positivo em mulheres com dor crónica e para a sua importância na recuperação da mesma (Zautra et al., 2001). Segundo o modelo proposto pelos autores, o afeto positivo poderá influenciar os níveis de bem-estar através da regulação do próprio afeto negativo. Mais especificamente, é postulado que, a presença de emoções características de afeto positivo podem tornar a pessoa menos vulnerável a emoções negativas na presença de um acontecimento negativo, contribuindo assim para

um aumento do bem-estar geral e influenciando as respetivas estratégias de coping (Zautra et al., 2001). Os resultados de um estudo mais recente dos mesmos autores contribui para a confirmação deste modelo, demonstrando que a presença de afeto positivo resulta, quer numa diminuição do nível de afeto negativo, quer dos níveis de dor sentidas e stress associado (Zautra et al., 2005).

2.4.2.2. Autoestima e Autoestima Sexual na Dor Sexual

A autoestima é hoje considerada por alguns autores como uma necessidade básica humana, na medida em que dirigimos o nosso comportamento para manter e melhorar o sentido positivo do eu (Greenber, 2008; Pyszczynski, et al., 2004). Estando relacionada com o bem-estar ao longo da vida, a autoestima afeta a motivação, comportamento e nível de satisfação com a vida em geral (Guindon, 2009).

São várias as teorias e definições atribuídas à autoestima (Swan, Chang-Schneider, & McClarty, 2007), mas todas partem da ideia base de que esta consiste numa visão global de nós mesmos, baseada numa avaliação de diferentes características individuais e associada a um sentido de valor pessoal, tendo por isso a capacidade de influenciar o nosso funcionamento psicológico (Bosson & Swann, 2009; Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arnde, & Schimel, 2004; Rosenberg, 1965, 1979; Tafarodi & Swann, 1995).

Baixos níveis de autoestima encontram-se frequentemente associados a problemas de saúde (Goldberg & Fitzpatrick, 1980, Orth, Trzesniewski, & Robins, 2010) e à dor crónica (Davis, 2000; Fry, Crisp, Beard, & McGuigan, 1993; Grumm, Erbe, von Collari, & Nestler, 2008). Num estudo de Dysvik e colaboradores (2005), a baixa autoestima mostrou ser preditora de estratégias de coping focadas na emoção (tentativa de controlo ou minimização das emoções negativas) em pessoas que sofrem de dor crónica, conduzindo as mesmas a uma avaliação mais catastrófica da situação em causa, e a uma maior dificuldade de adaptação à vivência da dor. Contrariamente, indivíduos com níveis mais elevados de autoestima apresentam estratégias de coping baseadas no problema, ou seja, apresentam capacidades para definir o problema e escolher soluções alternativas, mostrando taxas mais baixas de depressão (Dysvik et al., 2005)

Um outro estudo recente, com uma amostra representativa de adolescentes canadianos (Stanford, Chambers, Biesanz, & Chen, 2008), demonstrou que jovens com idades compreendidas entre os 10-11 anos, com baixa autoestima e com dor recorrente, apresentam uma maior tendência para ter uma maior frequência de dor nos anos subsequentes. Uma das hipóteses levantadas para esta associação é a possibilidade da presença de baixos níveis de autoestima predispor o indivíduo para uma maior vulnerabilidade face à dor (Dysvik et al., 2005).

Em relação ao comportamento e bem-estar sexual, níveis mais elevados de autoestima têm mostrado estar frequentemente associados a maiores níveis de satisfação sexual e relações mais estáveis, com melhor qualidade de comunicação (Hally & Pollack, 1993, Hurlbert & Whitaker, 1991; Larson, Anderson, Holman & Niemann, 1998; Piche, Trude, & Belanger, 2000; Shackelford, 2001, Vilarinho, 2010). No que diz respeito ao funcionamento sexual propriamente dito, e diferente do esperado (Heiman, 2002), surgem alguns dados contraditórios na literatura. Enquanto nalguns estudos a autoestima surge positivamente associada ao orgasmo, mas negativamente relacionada com a resposta de excitação (Hurlbert & Whitaker, 1991; Rehbein-Narvaez, Garcia-Vázquez, & Madson, 2006), outros estudos demonstram a ausência de associações significativas com desejo, excitação ou aversão sexual (Piche et al., 2000; Rehbein-Narvaez et al., 2006). Num estudo de Hurlbert e colegas (2005), em que são avaliadas mulheres diagnosticadas com desejo sexual hipoativo, a ausência de stress sexual emergiu como preditor significativo da autoestima. Congruentemente, um estudo recente de Vilarinho (2010) demonstrou que mulheres sexualmente funcionais apresentam níveis significativamente mais elevados de autoestima, comparativamente a mulheres sexualmente menos funcionais.

No que diz respeito à dor sexual, são poucos os estudos que abordam de forma direta e estruturada a autoestima. Contudo, alguns dados sugerem que a dispareunia e o vaginismo se associam a níveis mais baixos de autoestima ou autoconceito (Gordon, Panahian-Jand, McComb, Melegari, & Sharp, 2003; Nunns & Mandal, 1997; Reed et al., 2003; Sánchez Bravo, Meléndez, Ayala, & Almaraz, 2010).

Em certa medida relacionada com a autoestima, ainda que definida como uma dimensão distinta (Oattes & Offman, 2007), surge na literatura o conceito de autoestima sexual. Esta variável pode ser definida como o valor que cada um atribui a si mesmo como ser sexual (e.g. atraente/não atraente, competente/incompetente), incluindo aspetos relacionados com a identidade e aceitação sexual (Mayers, Heller, & Heller, 2003). Snell (2001) chama a atenção para o facto de esta atribuição poder ser irrealista, refletindo apenas experiências prévias relacionadas com a sua sexualidade.

Diferentes estudos comprovam a relação significativa entre a autoestima sexual, a imagem corporal e o funcionamento sexual (Anderson & Le Grand, 1991; Faith & Schare, 1993; Seal, Bradford, & Meston, 2009; Trappnell, Meston & Gorzalka, 1997; Weaver & Byers, 2006). Weaver e Byers (2006) avaliaram cerca de 214 mulheres universitárias, verificando que as mulheres com pior imagem corporal foram as que reportaram níveis menores de assertividade e autoestima sexual, bem como níveis mais elevados de ansiedade sexual e problemas sexuais. Outros estudos recentes demonstram igualmente que níveis mais elevados de autoestima sexual se encontram relacionados quer com a satisfação, quer com o funcionamento sexual (Ménard & Offman, 2009; Vilarinho, 2010). A autoestima sexual tem surgido igualmente como preditor significativo do desejo sexual (Kontula & Haavio-Mannila, 2009).

Não foram encontrados estudos relativamente à associação entre dor crónica e autoestima sexual, embora a presença de problemas de saúde pareça ter um efeito negativo na forma como a mulher se avalia como ser sexual (Muehrer, Keller, Powwattana, & PornChaikate, 2006). Ao nível da dor sexual, apenas um estudo de Gates e colaboradores (2001) demonstrou que mulheres que sofrem de vulvovestibulite apresentam menor autoestima sexual e menor satisfação sexual, comparativamente a mulheres que não apresentam esta dor sexual.

2.4.3. Mindfulness e Dor Sexual

São várias as definições habitualmente atribuídas ao Mindfulness, conceito este que tem as suas raízes nas tradições espirituais orientais. No âmbito da terceira geração das

terapias cognitivo-comportamentais, o Mindfulness tem sido definido como a direção da atenção, de forma intencional, para as experiências que ocorrem no momento presente, assumindo-se uma postura de aceitação e não julgamento (Kabat-Zinn, 1990). Este é um constructo multifacetado que coloca grande ênfase na meditação e que, além da atenção ao aqui e agora, implica a descrição das experiências com palavras, a ação em consciência (não em piloto automático) e uma atitude de abertura, aceitação e curiosidade perante a experiência (Sauer & Baer, 2010).

Um dos primeiros modelos de intervenção clínica baseado no Mindfulness foi desenvolvido por Jon Kabat-Zinn (1982, 1990) denominado *Mindfulness Based Stress Reduction*. Contudo outros modelos e adaptações foram surgindo ao longo do tempo, destacando-se a *Dialectal Behaviour Therapy* (Linehan, 1993), o *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (Segal, Williams, & Teasdale., 2002) e o *Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes, Stroschal, & Wilson, 1999). Todos estes modelos têm sido aplicados com sucesso a diferentes tipos de populações e dificuldades psicológicas, nomeadamente perturbações de ansiedade e do humor (Barnhofer et al., 2009; Craigie, Rees, Marsh, & Nathan, 2008; Evans et al., 2008; Ma & Teasdale, 2004; Smith, 2006; Teasdale et al. 2000; Williams, et al., 2008) distúrbios alimentares (Baer, Fischer, & Huss, 2005ab), perturbações de personalidade (Linehan et al., 1999; Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007; Robins & Chapman, 2004) e perturbações psicóticas (Davis & Kurzban, 2012; Laithwaite, 2010; Mayhew & Gilbert, 2008).

Ao nível da dor crónica, uma primeira série de estudos realizada por Kabat-Zinn (1982) comprovou a eficácia de um protocolo de intervenção baseado no Mindfulness para a vivência da dor crónica. Num primeiro estudo, um grupo de 51 doentes com dor crónica e cujos sintomas não obtiveram melhorias com tratamento médico tradicional, foram sujeitos a um programa de Mindfulness, com a duração de 10 semanas. Após a finalização das sessões, verificou-se uma redução significativa na intensidade da dor, nos sintomas depressivos e outra sintomatologia que acompanha frequentemente os quadros de dor crónica (Kabat-Zinn, 1982). Posteriormente, estes resultados foram replicados, confirmando-se uma redução da imagem corporal negativa, dos níveis de inatividade, do

consumo de substâncias e, conseqüentemente, um aumento do nível de atividade e da autoestima após a aplicação do programa terapêutico (Kabat-Zinn et al., 1985). Os ganhos foram mantidos em 11/15 meses e 4 anos de *follow-up* (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1985, 1988).

Desde então, vários estudos têm sido realizados, quer com o uso deste protocolo, quer com várias adaptações do mesmo e variações feitas ao modelo inicial. Os resultados têm sido positivos ao nível da sintomatologia associada à dor crónica (Esmer, Blum, Rulf, & Pier, 2010; Morone, Greco, Weinerm, 2008; Sephton et al., 2007; Teixeira, 2008; Zautra et al., 2008) e em relação aos níveis de incapacidade e stress (McCracken, Gaunflett-Gilbert & Vowles, 2007; McCracken, Custer, & Lamsa, 2009, Thompson & McCracken, 2011). Contudo, uma revisão de estudos realizada por Veehof e colaboradores (2011) chama a atenção para o facto de alguns destes programas de intervenção não mostrarem uma eficácia superior à intervenção cognitivo-comportamental, ainda que se mostrem como alternativas igualmente eficazes em termos terapêuticos. Segundo estes autores, a não existência de diferenças significativas pode dever-se ao facto de muitos dos estudos se centrarem na medição da intensidade da dor (parâmetro que não se constitui como principal foco de intervenção dos modelos de terceira geração) e não no tipo de relação que se estabelece com este fenómeno. Também o facto de alguns destes novos modelos baseados na aceitação apresentarem muitas semelhanças com o modelo cognitivo-comportamental, pode influenciar os resultados de alguns estudos (Veehof, Oskam, Schreurs, & Bohlmeiger, 2011).

Curioso é um estudo bastante recente de Cassidy e colaboradores (2012) que avaliou o perfil psicossocial de 116 doentes com dor crónica lombar, após a aplicação de um protocolo de intervenção cognitivo-comportamental de 68 horas. Destas 68 horas, apenas uma hora foi utilizada para dar breves informações sobre o que é o Mindfulness. Os resultados do estudo demonstraram que a capacidade para ser mindful aumentou após a intervenção cognitivo-comportamental e que este aumento se associou a melhorias, quer nos níveis de capacidade física, quer do funcionamento psicológico. Mais especificamente, os resultados mostraram que níveis mais elevados de Mindfulness foram preditores de

níveis mais baixos de catastrofização, sendo que esta última se mostrou como uma variável mediadora significativa na relação entre a capacidade para ser mindful e os níveis de capacidade física. Estes dados sugerem pois, que a influência do Mindfulness sobre a dor crónica poderá estar em boa parte dependente da sua relação com a catastrofização. Deste modo, ao introduzir uma componente de Mindfulness, a intervenção cognitivo-comportamental poderá contribuir para reduzir os níveis de catastrofização da dor. Os autores recomendam, assim, que o futuro da intervenção na dor passe por uma combinação das estratégias cognitivo-comportamentais com as relativas ao Mindfulness, tendo sempre em conta as necessidades e preferências da pessoa que procura ajuda (Cassidy et al., 2012).

Apesar do crescimento exponencial na literatura da abordagem centrada no Mindfulness, só muito recentemente é que a mesma começou a ser aplicada no contexto da sexualidade (Brotto & Heiman, 2007). Um estudo de Mayland (2005) avaliou 10 mulheres praticantes de mindfulness (com uma média de 20 anos de prática) e com idade média de 50 anos, em relações estáveis e duradouras. Todas as mulheres apresentaram uma boa satisfação sexual na sua vida adulta (independentemente da presença de informação negativa acerca da sexualidade) e igualmente, no momento da avaliação. A meditação foi vista como tendo um grande impacto na satisfação sexual visto promover uma maior consciência quer das emoções, quer das sensações no contexto sexual, e também por ajudar a lidar com a ansiedade e expectativas face ao próprio comportamento e desempenho sexual. Estas mulheres relataram ainda maiores níveis de aceitação face a períodos de menor frequência sexual ou até abstinência, sendo visível menos emoções de culpa e um aumento da satisfação sexual e geral.

Estudos mais recentes de Brotto e colaboradores (2007, 2008b, 2012b), com mulheres com dificuldades na resposta de excitação devido a histerectomia ou cancro do endométrio, demonstraram os benefícios da inclusão de estratégias relacionadas com o Mindfulness num programa multidisciplinar. Os resultados mostraram melhorias ao nível do desejo, excitação, orgasmo, satisfação e stress, diminuindo os níveis da sintomatologia depressiva e contribuindo para um bem-estar geral. Resultados semelhantes foram

encontrados em mulheres com dificuldades de excitação sem haver qualquer condição médica prévia, sendo além disso visível o aumento da consciência sexual e da aceitação pessoal (Brotto, Basson, & Luria, 2008a; Brotto, Krychman, & Jacobson, 2008c).

Ao nível da relação entre Mindfulness e dor sexual, apenas um estudo sobre vestibulodinia foi encontrado. Brotto e colaboradores (2012a) realizaram um estudo qualitativo com 14 mulheres com vestibulodinia provocada, que participaram num programa terapêutico de quatro sessões incluindo estratégias cognitivo-comportamentais e de Mindfulness. Da análise do pós-tratamento sobressaem algumas temáticas chave nomeadamente ao nível da dimensão psicológica, relacional e do contexto do próprio processo terapêutico. Assim, muitas destas mulheres mencionaram uma maior capacidade em reconhecer os seus pensamentos problemáticos e irracionais acerca de si mesmas, ao mesmo tempo que denotaram um aumento da sua autoestima, autoconfiança, auto-eficácia (maior controlo sobre a sua situação) e otimismo. Estas mudanças permitiram-lhes uma maior facilidade em lidar com a ansiedade e em adotar um estilo cognitivo menos crítico, com a conseqüente consciência de que os pensamentos são apenas pensamentos. Algumas mulheres relataram ainda uma diminuição dos sintomas relacionados com a dor e um aumento da qualidade de vida. Em termos relacionais, verificaram-se melhorias ao nível da comunicação e da intimidade sexual. Finalmente, em relação ao processo de intervenção, as participantes manifestaram uma apreciação global positiva. Houve contudo alguma dificuldade em manter uma prática contínua dos exercícios propostos ao longo do tempo, acabando por culminar em muitos casos na sua cessação.

De uma forma geral, e tendo em conta os benefícios do Mindfulness na dor crónica, sexualidade e outras problemáticas, torna-se evidente que esta dimensão encontra-se ainda subaproveitada no domínio da dor sexual e respetiva integração em protocolos de intervenção.

2.4.4. Funcionamento Sexual e Ajustamento Diádico na Dor Sexual

Apesar da discussão em torno da classificação da dor sexual e defesa, por parte de alguns autores, de que esta não deve fazer parte do grupo das disfunções sexuais, vários

estudos têm demonstrado uma interferência significativa desta sintomatologia no funcionamento sexual e na relação com o companheiro.

Assim, é comum as mulheres com dispareunia apresentarem frequências mais baixas de relações sexuais e masturbação, menores níveis de desejo, excitação e prazer sexual e maior dificuldade em atingir o orgasmo através da relação sexual e estimulação oral. Também é frequente existir uma maior tendência para sentimentos de culpa ou inadequação por não haver um envolvimento como desejado na relação sexual (Ferrero, Esposito, & Abbamonte, 2005; Gates & Galask, 2001; Ottem, Carr, & Perks, 2007; Reed, Caron, Gorentto, & Haefner, 2003; Reissing et al., 2003; Sackett et al., 2001; Schultz et al., 2005; van Lankveld et al., 1996). Em mulheres com esta problemática, é igualmente comum a elevada frequência de atitudes negativas face ao sexo e uma baixa capacidade de relaxamento após a atividade sexual (Ferrero et al., 2005; Meana et al., 1997a; Reed et al., 2006; Sackett et al., 2001; Schultz et al., 2005; van Lankveld et al., 1996; Verit, Verit, & Yeni, 2006). É assim compreensível que mulheres com dor sexual apresentem também uma menor satisfação sexual (Kaya et al., 2006; Sackett et al., 2001; White & Jantos, 1998) e percebam mais os seus parceiros como estando insatisfeitos, em comparação com mulheres sem dor sexual (White & Jantos, 1998).

Nalguns casos, a presença de dor na relação sexual pode levar ao evitamento e cessação da atividade sexual (Arnold et al., 2006; Ferrero et al., 2005; Webster, 1997). Contudo, algumas mulheres continuam a envolver-se em relações sexuais por razões variadas, que nestes casos parecem superar a dor, como a obrigação de satisfazer o seu parceiro ou a necessidade de experienciar prazer emocional e físico, decorrente da intimidade (Gordon et al., 2003).

Uma das teorias já apontada para a dor e conseqüente impacto no funcionamento sexual, tem a ver com a presença de um baixo nível de excitação sexual em mulheres que apresentem dor sexual. Um estudo experimental de Wouda e colaboradores (1998) comparou os níveis de excitação genital e subjetiva perante um estímulo sexual em mulheres com dispareunia e mulheres sem dificuldades sexuais. Os resultados demonstraram um aumento da excitação genital nas imagens relacionadas com

estimulação oral em ambos os grupos, havendo uma diminuição da mesma aquando de imagens relacionadas com coito, nas mulheres com dispareunia. Curioso o facto deste decréscimo não se verificar ao nível da excitação subjetiva, revelando que a diminuição da excitação sexual genital não foi notada pelas participantes com dor. Perante estes resultados, os autores sugerem que a relação sexual com penetração pode ficar negativamente associada com a dor, fazendo com que a exposição ao estímulo tenha um efeito inibidor na resposta de excitação genital, ainda que de forma inconsciente. Um estudo mais recente de Brauer, Laan e ter Kuille (2006) apresentou alguns resultados contraditórios. Os resultados demonstraram que mulheres com dispareunia apresentam níveis mais elevados de excitação genital perante estímulos relacionados com o coito e níveis mais baixos desta resposta, aquando das imagens de estimulação oral. Segundo os autores deste estudo, este tipo de resposta pode dever-se ao facto destas mulheres terem tido uma menor exposição a estímulos relacionados com o coito, o que pode ter potenciado uma maior resposta de excitação. Por outro lado, estes mesmos estímulos podem ter sido avaliados como menos ameaçadores, uma vez que ocorrem num contexto experimental. Estas participantes apresentam igualmente menos emoções positivas em resposta a filmes eróticos, que as mulheres do grupo de controlo.

Apesar dos dados contraditórios, é importante ressaltar que mesmo que a excitação desempenhe um papel importante na experiência da dor sexual, este não é provavelmente o único fator associado com a respetiva perceção de dor. De facto, as mulheres que sofrem de dor sexual parecem partilhar um conjunto de outras características com pessoas que sofrem de dor crónica, entre as quais o tipo de relacionamento com o companheiro.

O papel do parceiro e respetivo ajustamento diádico tem sido estudado ao longo do tempo no contexto da dor crónica (Flor, Kerns & Turk, 1987; Kerns et al., 1990; Pence, Cano, Thorn, & Ward, 2006; Romano et al., 1995). Diferentes estudos têm demonstrado que as respostas do parceiro à presença de dor poderão ter uma influência significativa na intensidade da dor (Boothby, Thorn, Overduin, & Ward, 2004; Flor et al., 1989; Kerns et al., 1990; Lousberg, Schmidt, & Groenman, 1992). Comportamentos positivos, como a atenção e suporte para com a parceira, parecem favorecer um aumento da intensidade da dor e

diminuição do nível de atividade (Block, Kremer & Gaylor, 1980; Flor et al., 1995, 1987, 1988; Romano et al., 1992, 1995, 2000; Williamson et al., 1997). Também respostas negativas de crítica ou evitamento relacionadas com o parceiro surgem como estando frequentemente associadas a um maior nível de dificuldades perante a dor, quer em termos psicossociais, quer em termos funcionais (Boothby et al., 2004; Cano et al., 2004; Kerns et al. 1990).

No que diz respeito à dor sexual, são poucos os estudos que abordam o impacto que a dor tem na relação e de que forma a relação com o parceiro influencia a vivência da dor. Muitos dos dados acabam por ser pouco claros e contraditórios. Alguns estudos clínicos têm vindo a demonstrar que a presença de dor na relação sexual tem um impacto negativo da relação íntima (Baggish & Miklos, 1995; Davis & Reissing, 2007; Graziottin & Brotto, 2004; McCormick, 1999). Várias mulheres que sofrem de dor sexual apresentaram uma diminuição da satisfação com a relação (Masheb, Brondolo, & Kerns, 2002; White & Jantos, 1998) e apontaram para a existência de mudanças negativas nas suas relações íntimas (Bergeron et al., 2001; Nylanderlundqvist & Bergdahl, 2003). Por sua vez, os seus companheiros demonstraram sintomas depressivos, emoções de desesperança e raiva (Fernandez, Reid, & Dziurawiec, 2006; Nylanderlundqvist & Bergdahl, 2003).

Outros estudos apontam numa direção contrária. Um estudo de van Lankveld e colaboradores (1996), que avaliou o perfil psicossocial de 43 mulheres com vestibulodinia e dos seus parceiros, mostrou que estes últimos apresentam um nível positivo de satisfação com a relação romântica atual e baixos níveis de stress com a sua sexualidade. Outros estudos demonstraram igualmente que mulheres com vestibulodinia não apresentam diferenças em termos de ajustamento diádico quando comparadas com mulheres da população normal (Desrosiers et al., 2008; Meana et al., 1997a; Reed et al., 2000), levando alguns autores a defender que, neste tipo de casos, o parceiro pode ser escolhido tendo em conta a presença de uma personalidade passiva ou não ameaçadora, podendo igualmente sofrer de uma disfunção sexual. O casal pode assim assumir uma posição geral de evitamento que vai promover a manutenção emocional (Schultz & van de Wiel, 2005). Alguns estudos vão de encontro a esta hipótese, demonstrando a presença de disfunção

erétil e ejaculação prematura situacional em alguns homens, depois de haver um tratamento eficaz das suas parceiras com vaginismo (Barnes, 1986; Crowley, Richardson, & Goldmeier, 2006; Hawton & Catatlan, 1990;).

No estudo mais recente de Desrosiers e colaboradores (2008), onde foi explorado de que forma o perfil do parceiro se correlaciona com a dor sentida pela mulher e respetivo funcionamento sexual, não se verificaram diferenças com a população geral no ajustamento diádico, funcionamento sexual e ajustamento psicológico. Contudo, análises mais pormenorizadas demonstraram quer uma frequência média de relações sexuais inferior nos casais com vivência de dor sexual, quer um funcionamento sexual mais pobre da parte das mulheres em comparação com os seus parceiros. Por outro lado, a perceção de um parceiro como sendo mais preocupado e solícito (dando mais suporte e estando mais atento) faz com que algumas mulheres experienciem níveis mais intensos de dor durante a relação sexual (Desrosiers et al., 2008). Embora pareça paradoxal, este resultado é consistente com dados da população com dor crónica.

Contrariamente, no estudo de Meana e colaboradores (1998), onde foi avaliado o papel da relação romântica na experiência de dor durante a atividade sexual, em 76 mulheres com diferentes tipos de dispareunia, o ajustamento diádico foi um preditor significativo da intensidade da dor em mulheres com vestibulodinia. Ou seja, um maior índice de ajustamento diádico mostrou ser um preditor significativo de uma menor intensidade da dor. Como justificação desta tendência, os autores teorizam que a dor sexual apresenta características únicas, em que a compreensão da parte do parceiro pode sinalizar a existência de uma maior sensibilidade aquando da relação sexual, que conseqüentemente resultará em comportamentos sexuais que diminuem a intensidade da dor.

De uma forma geral, a ligação entre a dor sexual e a relação como o companheiro parece ser bastante complexa e provavelmente moderada por diferentes fatores, o que acaba por se refletir em resultados contraditórios consoante os diferentes estudos. Mais uma vez, e um pouco à semelhança das restantes variáveis exploradas na presente investigação, é necessário o desenvolvimento de estudos com rigor que permitam uma clarificação do papel do parceiro na vivência da dor sexual por parte da mulher.

Parte II

ESTUDOS EMPÍRICOS

Capítulo III

Objetivos e Metodologia

3.1. Objetivos Gerais

No seguimento do debate e do estudo em torno da dor sexual, o presente trabalho pretende contribuir para uma compreensão do perfil psicossocial das mulheres portuguesas que vivem diariamente com este tipo de dificuldades.

Assim, pretendemos avaliar a presença e importância das dimensões afetiva, cognitiva, sexual e relacional na dor sexual, bem como a forma como estas diferentes variáveis se associam e predizem a intensidade da dor. Por outro lado, de forma mais específica, temos como objetivo perceber de que forma estas dimensões psicossociais discriminam as mulheres com dor sexual de mulheres que apresentam dor crónica, de mulheres que apresentam outros problemas sexuais e mulheres da população geral, que não apresentem nenhuma das dificuldades anteriores.

Em última análise, pretendemos contribuir para o debate que existe na literatura científica em torno da conceptualização, avaliação e tratamento da dor sexual, discutindo os resultados obtidos com base na sua implicação clínica, respetivas limitações e implicações para futuros estudos.

3.2. Métodos

3.2.1. Participantes

Na presente dissertação foram tidas em conta três amostras específicas: as duas primeiras (Amostra 1 e 2) foram consideradas nos estudos correspondentes aos Capítulos IV, V, VI e VII, e a terceira (Amostra 3) integrou o estudo apresentado no Capítulo VIII.

Mais especificamente, nos primeiros quatro estudos foi utilizada a Amostra 1 com um total de 1063 mulheres: 313 mulheres com dor sexual, 133 mulheres com dor crónica, 94 mulheres com disfunção sexual e 523 mulheres da população geral, sem nenhuma das problemáticas anteriores. Esta amostra teve como principal objetivo o cálculo das características psicométricas dos questionários utilizados, servindo igualmente de base para a constituição da Amostra 2. Esta última apresentou igualmente quatro grupos, mas com equivalência ao nível das principais variáveis sociodemográficas, como a idade ($F[3,356]=0.14, p = .933$), estado civil ($\chi^2[9] = 35.34, p = .982$) e habilitações literárias ($H[3] = 1.41, p$

= .704). As principais características sociodemográficas de ambas as amostras são apresentadas na Tabela 1 e 2.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas do Grupo com Dor Sexual, Dor Crónica, Disfunção Sexual e População Geral da Amostra 1 (N = 1063)

	Grupo Dor Sexual (n=313)		Grupo Dor Crónica (n=133)		Grupo Disfunção Sexual (n=94)		Grupo da População Geral (n= 523)	
Idade								
<i>M</i>	29,0		33,9		30,0		28,6	
<i>Min-Máx</i>	18-71		18-60		18-68		18-62	
<i>DP</i>	8,6		10,2		7,4		7,8	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Estado Civil								
Casada/UF	117	37,5	65	49,6	52	55,9	171	32,9
Solteira	180	57,7	54	41,2	39	41,9	317	61,1
Viúva	2	0,6	1	0,8	1	1,1	1	0,2
Divorciada	13	4,2	11	8,4	1	1,1	30	5,8
Habilitações								
Literárias								
5 – 6 anos	1	0,4	1	0,9	-	-	-	-
7 – 9 anos	2	0,7	3	2,8	2	2,5	2	0,4
10 – 12 anos	63	22,1	23	21,1	16	19,8	94	20,8
13 – 15 anos	153	53,7	59	54,1	36	44,4	243	53,6
16 ou mais anos	66	23,2	23	21,1	27	33,3	114	25,2

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

No que diz respeito à Amostra 1, no grupo com dor sexual e dor crónica apenas foram consideradas as participantes com presença de dor há pelo menos seis meses e com uma frequência igual ou superior a 50% das vezes, em resposta às respetivas questões: “*Sente dor na zona genital quando tem relações sexuais?*”; “*Sente dor em alguma parte do corpo?*”; “*Com que frequência está presente?*”. Para estes dois grupos e, igualmente para o grupo de mulheres com disfunção sexual, apenas se consideraram como participantes elegíveis aquelas que apresentaram um nível igual ou superior a 50% de desconforto ou mal-estar (“*Em que medida esse problema provoca desconforto ou mal-estar?*”) e interferência (“*Em que medida esse problema interfere na sua vida [Ex: qualidade de vida em geral, relacionamento com o parceiro, relacionamento com familiares e amigos, estado de humor, vida profissional, etc.]?*”). Mulheres com dor sexual, dor crónica e disfunção sexual foram excluídas do grupo da população geral. Mulheres com problemas de lubrificação foram

excluídas do grupo de dor sexual² e mulheres com problemas de dor sexual sem dificuldades na lubrificação foram excluídas dos grupos com dor crónica e disfunção sexual.

No que diz respeito ao grupo com dor sexual, verificou-se que a maioria das mulheres apresenta uma maior frequência de dor na zona da entrada vaginal (89,14%) com uma intensidade média de dor de 6,28 numa escala de 0 a 10 (DP = 2,48), seguida dos pequenos lábios (38,98%) com uma intensidade média de dor de 2,49 (DP = 3,07). Um menor número de mulheres indicaram a presença de dor na zona da uretra (22,04%), grandes lábios (16,29%), clítoris (15,65%) e outras zonas (18,85%) como a zona perianal, interior da vagina e outros. Em média a dor encontrou-se presente desde há 5 anos, sendo que na maioria dos casos não se verificaram alterações nas características dos sintomas (58,6%), havendo igualmente um aumento dos mesmos (17,5%) ao longo do tempo em vários casos. A dor provocada (presença de dor com toque direto) teve frequentemente um grau de intensidade entre 6 e 10 valores em 51,6% dos casos, tendo em conta uma escala de 0 a 10, contrariamente à dor não provocada (presença de dor sem haver toque), onde apenas 13,3% apresentaram intensidade semelhante. A maioria das mulheres apresentaram níveis moderados a extremos de mal-estar (99%) e interferência nas suas vidas (69,5%) devido à presença da dor, sendo que cerca de 81,4% nunca recorreu a qualquer tipo de tratamento para a problemática. Cerca de 9,4% das mulheres reportaram ainda a presença de outros problemas sexuais, nomeadamente dificuldades ao nível do desejo (5,4%), orgasmo (3,8%), excitação (3,5%) e aversão (1,6%).

Em relação ao grupo com dor crónica, as mulheres apresentaram uma maior prevalência de dor nas zonas lombar, costas e pescoço (57,14%), seguida de dores nos membros superiores e inferiores (16,54%), cabeça (14,29%) e outras partes do corpo (11,27%). Em média, a dor encontrou-se presente desde há 8 anos, sendo que em muitos casos houve um aumento dos sintomas ao longo do tempo (66,7%). Em cerca de 22% das mulheres não se verificaram alterações nas características dos sintomas. A dor não provocada teve frequentemente um grau de intensidade entre 6 e 10 valores em 55,6% das

² A exclusão de mulheres com problemas de lubrificação teve como principal objetivo eliminar casos em que poderá não estar presente um diagnóstico principal de dor sexual.

mulheres, numa escala de 0 a 10. A maioria das mulheres apresentaram níveis moderados a extremos de mal-estar (99%) e interferência nas suas vidas (79,7%) devido à presença da dor, sendo que cerca de 32,8% nunca recorreu a qualquer tipo de tratamento para a problemática. Foi igualmente visível alguma comorbilidade com várias dificuldades sexuais em cerca de 43,2% das mulheres, sendo mais prevalente as dificuldades ao nível do desejo (22,6%), orgasmo (21,1%) e lubrificação (21,1%), seguidos de dificuldades ao nível da excitação (15,8%), dor (15,8%) e aversão (3,8%).

No grupo de mulheres com disfunção sexual surgiram como principais dificuldades o orgasmo (60,6%) e o desejo (53,2%), seguidas de problemas ao nível da lubrificação (47,9%), excitação (42,6%), dor (20,1%) e aversão (13,8%). De forma semelhante com os grupos prévios, a maioria das mulheres apresentaram níveis moderados a extremos de desconforto (96,8%) e interferência nas suas vidas (68,8%) devido à presença destas dificuldades.

Tabela 2 - Características Sociodemográficas do Grupo com Dor Sexual, Dor Crónica, Disfunção Sexual e População Geral da Amostra 2 (N = 279)

	Grupo Dor Sexual (n=89)		Grupo Dor Crónica (n=77)		Grupo Disfunção Sexual (n=94)		Grupo da População Geral (n= 100)	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Idade								
<i>M</i>	30,1		29,5		30,0		29,6	
<i>Min-Máx</i>	18-71		18-60		18-68		20-49	
<i>DP</i>	8,6		7,5		7,4		6,19	
Estado Civil								
Casada/UF	49	55,1	36	46,8	52	55,9	54	54,0
Solteira	37	41,6	39	50,6	39	41,9	44	44,0
Viúva	2	2,2	1	1,3	1	1,1	1	1,0
Divorciada	1	1,1	1	1,3	1	1,1	1	1,0
Habilitações								
Literárias								
7 – 9 anos	-	-	1	1,6	2	2,5	1	1,0
10 – 12 anos	14	17,7	11	17,7	16	19,8	15	15,0
13 – 15 anos	38	48,1	35	56,5	36	44,4	52	52,0
16 ou mais anos	27	34,2	15	24,2	27	33,3	32	32,0

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

No quinto estudo (Capítulo VIII) foi utilizada a Amostra 3, constituída por um total de 616 mulheres: 371 mulheres com dor sexual e 245 mulheres com dor crónica. As principais características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 3.

Em ambos os grupos foram consideradas as participantes com presença de dor há pelo menos seis meses, tendo sido igualmente excluídas mulheres com problemas de lubrificação do grupo de dor sexual e mulheres com problemas de dor sexual, sem dificuldades na lubrificação, do grupo com dor crónica. Ao contrário das Amostras 1 e 2, foram incluídas mulheres com uma frequência de dor e, respetivo desconforto e interferência, inferior a 50% das vezes.

Tabela 3 - Característica Sociodemográficas do Grupo com Dor Sexual e Dor Crónica da Amostra 3 (N = 616)

	Grupo Dor Sexual (n=371)		Grupo Dor Crónica (n=245)	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Idade				
<i>M</i>		29,0		33,0
<i>Min-Máx</i>		18-71		18-62
<i>DP</i>		8,5		10,2
Estado Civil				
Casada/UF	136	36,9	120	49,8
Solteira	216	58,5	106	44,0
Viúva	2	0,5	1	0,4
Divorciada	15	4,1	14	5,8
Habilitações				
Literárias				
5 – 6 anos	1	0,3	1	0,5
7 – 9 anos	2	0,6	4	2,0
10 – 12 anos	81	24,0	42	20,9
13 – 15 anos	180	53,3	111	55,2
16 ou mais anos	74	21,9	43	21,4

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

No que diz respeito ao grupo com dor sexual, a maioria das mulheres (91,1%) mencionou sentir dor durante a atividade sexual em mais de 50% das vezes, verificando-se uma maior frequência de dor na zona da entrada vaginal (86,52%), com uma intensidade média de dor de 5,80 numa escala de 0 a 10 (*DP* = 2,37), seguida dos pequenos lábios (35,58%) com uma intensidade média de dor de 2,20 (*DP* = 2,95). Um menor número de

mulheres indicaram a presença de dor na zona da uretra (20,22%), grandes lábios (15,09%), clítoris (15,63%) e outras zonas (19,68%) como a zona perianal, interior da vagina e outros.

Em média a dor encontrou-se presente há 7 anos, sendo que na maioria dos casos não se verificaram alterações nas características dos sintomas (58,6%), havendo igualmente um aumento dos mesmos (15,1%) ao longo do tempo, em vários casos. A dor provocada teve frequentemente um grau de intensidade entre 6 e 10 valores em 44,8% dos casos, tendo em conta uma escala de 0 a 10, contrariamente à dor não provocada, onde apenas 11,2% apresentaram intensidade semelhante. A maioria das mulheres apresentaram níveis moderados a extremos de mal-estar (87,5%) e interferência nas suas vidas (61,5%) devido á presença da dor, sendo que cerca de 82,5% nunca recorreu a qualquer tipo de tratamento para a problemática. Cerca de 9,3% das mulheres reportaram ainda a presença de outros problemas sexuais, nomeadamente dificuldades ao nível do desejo (5,4%), orgasmo (3,2%), excitação (3,8%) e aversão (1,3%).

Em relação ao grupo com dor crónica, uma parte significativa das mulheres (56%) mencionou apresentar uma frequência de dor numa zona do corpo acima dos 50%, havendo uma maior prevalência de dor nas zonas lombar, costas e pescoço (51,04%), seguido de dores de cabeça (17,84%), membros superiores e inferiores (12,86%) e outras partes do corpo (18,26%). Em média a dor encontrou-se presente há 11 anos, sendo que em muitos casos houve um aumento dos sintomas ao longo do tempo (50,0%). Em cerca de 30,6% das mulheres não se verificaram alterações nas características dos sintomas. A dor não provocada teve frequentemente um grau de intensidade entre 6 e 10 valores em 77,1% das mulheres, numa escala de 0 a 10. A maioria das mulheres apresentaram níveis moderados a extremos de mal-estar (88,4%) e interferência nas suas vidas (65,4%) devido á presença da dor, sendo que cerca de 39,7% nunca recorreu a qualquer tipo de tratamento para a problemática. Foi igualmente visível alguma comorbilidade com várias dificuldades sexuais em cerca de 34,8% das mulheres, sendo mais prevalente as dificuldades ao nível da lubrificação (19,6%), orgasmo (19,2%) e desejo (18,4%), seguidas de dificuldades ao nível da excitação (14,3%), dor (9,4%) e aversão (4,1%).

3.2.2. Procedimentos

O presente estudo foi desenvolvido a partir de uma amostra recolhida *online* de Novembro de 2011 a Fevereiro de 2012 através do *link* <http://wsl2.cemed.ua.pt/dpdsm/>, que se encontrou alojado no servidor da Universidade de Aveiro. A respetiva base de dados foi igualmente alojada neste servidor, tendo sido criado um nome de usuário e palavra passe específicas, de forma a garantir a confidencialidade dos dados. O estudo foi publicitado na comunicação social, em diferentes redes sociais e em diferentes *blogs* femininos portugueses. Foi igualmente utilizado o método “bola de neve” através do *email*.

Foram feitos alguns testes prévios, com alguns voluntários, no sentido de verificar o funcionamento do sistema, detetar e corrigir erros técnicos e testar a adequação da linguagem, clareza das instruções, questões e itens dos questionários, bem como o tempo de preenchimento.

Ao aceder à primeira página, as participantes tiveram acesso ao principal objetivo do estudo, às instruções gerais de preenchimento e a informação respeitante ao anonimato e confidencialidade dos dados. Foi igualmente facultado o *email* do investigador principal, para que fosse possível haver esclarecimentos prévios, caso necessário. Foram facultados quatro *links* para os respetivos questionários, sendo que cada um deles corresponde aos principais grupos em estudo: mulheres que apresentem dor sexual, mulheres que apresentem dor crónica, mulheres que apresentem outra problemática de natureza sexual e mulheres que não apresentem nenhuma destas dificuldades. Na presença de mais do que uma dificuldade solicitou-se às participantes que escolhessem aquela que tivesse mais impacto no momento do preenchimento.

Após a seleção do *link*, e para terem acesso às questões do questionário, todas as participantes tiveram que concordar com os termos do consentimento informado, onde mais uma vez se destacaram as questões relacionadas com a confidencialidade e também se informou da possibilidade de desistência do estudo a qualquer momento, com a garantia de eliminação total das respostas dadas. A partir desse momento, as participantes tinham acesso a um questionário introdutório e vários instrumentos específicos às áreas de estudo, sendo que o seu preenchimento rondou os 30 a 40 minutos.

Apesar de não ter sido efetuado registo do IP, as submissões múltiplas foram controladas através da análise e confronto dos dados sociodemográficos, sendo igualmente excluídas as participantes com repostas inadequadas ou inconsistentes a questões abertas que foram colocadas nos questionários introdutórios. Não houve qualquer compensação monetária pela participação no presente estudo.

3.2.3. Instrumentos

3.2.3.1. Questionário Introdutório Geral

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

Em termos de variáveis de natureza sociodemográfica este questionário permite avaliar variáveis como a idade, escolaridade, etnia, profissão, rendimento anual médio, zona e meio de residência, estado civil, duração e tipo de relação com o/a companheiro/a, orientação sexual e religião.

Ao nível das variáveis de natureza médica e biológica, que frequentemente surgem associadas à sexualidade feminina, o questionário é composto por questões relacionadas com a perceção subjetiva das condições de saúde, condições de saúde passada e atual, medicação, história de cirurgias e saúde na família.

No que diz respeito à dor sexual e dor crónica, este questionário permite avaliar diferentes variáveis relacionadas com as suas diferentes dimensões, nomeadamente a localização, frequência, intensidade, nível de desconforto, interferência e outras características da dor. Também a evolução dos sintomas de dor ao longo do tempo, reação psicológica à sua presença, diagnóstico, tratamento e atribuição são exploradas através de questões abertas ou de alternativa.

Finalmente, o questionário é constituído por um conjunto de questões relacionadas com a história sexual das participantes, onde são incluídas entre outras, questões

relacionadas com as diferentes disfunções sexuais, questões relacionadas com a história ginecológica, menstruação, gravidez e métodos contraceptivos das participantes.

3.2.3.2. Questionário de Atenção e Consciência Mindfulness (MAAS)

O MAAS (Brown & Ryan, 2003; tradução e adaptação de Gregório & Pinto-Gouveia, 2007) é um questionário de autorresposta constituído por 15 itens, que pretende avaliar a atenção e consciência ao momento presente na vida diária. Apesar de a sua cotação refletir apenas um fator (uma pontuação mais elevada reflete uma maior capacidade para ser mindful), os itens encontram-se distribuídos pelos domínios cognitivo (e.g., “*dou por mim a fazer algo sem prestar atenção*”), emocional (e.g., “*posso estar a sentir uma emoção e só ter consciência disso mais tarde*”), físico (e.g., “*geralmente não me apercebo de sensações físicas de tensão física ou desconforto, até que estas realmente agarrem a minha atenção*”), interpessoal (e.g., “*dou por mim a ouvir alguém sem grande atenção e a fazer outra coisa qualquer ao mesmo tempo*”) e geral (e.g., “*acho difícil permanecer concentrada no que está a acontecer no momento presente*”). Os participantes devem pontuar cada um dos itens com uma escala *Likert* de 6 pontos desde 1 (*quase sempre*) a 6 (*quase nunca*).

Estudos psicométricos demonstraram a existência de uma boa consistência interna, quer para uma amostra de estudantes (α de *Cronbach* = .82), quer para uma amostra de adultos (α de *Cronbach* = .87). Foi igualmente demonstrada a fidelidade teste-reteste (r = .81) e validade convergente e discriminante (Brown & Ryan, 2003). A versão portuguesa apresentou uma consistência interna com um α de *Cronbach* de .90 (Gregório & Pinto-Gouveia, 2012). No presente estudo este questionário apresentou um valor de α de *Cronbach* de .90.

3.2.3.3. Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMS)

O FFMS (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006; tradução e adaptação de Gregório & Pinto-Gouveia, 2007) é um questionário de autorresposta com 39 itens, que tem como principal objetivo avaliar cinco facetas do Mindfulness: observar (e.g., “*noto o cheiro e o aroma das coisas*”), descrever (e.g., “*encontro facilmente palavras para descrever*

os meus sentimentos”), agir com consciência (e.g., “*dou por mim a fazer coisas sem prestar atenção*”), não julgar experiências internas (e.g., “*penso que algumas das minhas emoções são más e inapropriadas e que não as devia sentir*”) e não reagir à experiência interna (e.g., “*apercebo-me dos meus sentimentos e emoções sem ter que lhes reagir*”). Os participantes devem pontuar cada um dos itens com uma escala *Likert* de 5 pontos, desde 1 (*nunca ou muito raramente verdadeiro*) a 5 (*muito frequentemente ou sempre verdadeiro*). A cotação varia entre 8 e 40 pontos para todas as facetas, à exceção da “não reagir” que varia de 7 a 35 pontos.

Estudos psicométricos demonstraram bons níveis de consistência interna para as cinco facetas, com um α de *Cronbach* a variar entre .75 (“não reagir”) e .91 (“descrever”), bem como uma boa validade convergente e discriminante (Baer et al., 2006, 2008). Um estudo psicométrico recente, com uma amostra clínica de pessoas com fibromialgia, demonstrou igualmente que este questionário possui uma boa fidelidade teste-reteste com o r a variar entre .61 (“agir com consciência”) e .84 (“não julgar”; Veehof, ten Looster, Taal, Westerhof, & Bohlmeijer, 2011).

A versão portuguesa apresentou igualmente boas características psicométricas ao nível da consistência interna, validade convergente e discriminante (Gregório & Pinto-Gouveia, 2008). No presente estudo, o questionário apresentou uma boa consistência interna com α de *Cronbach* a variar entre .72 (não reagir) e .93 (agir com consciência).

3.2.3.4. Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS)

O PANAS (Watson, Clark, & Tellegen, 1988; tradução e adaptação de Galinha & Ribeiro, 2005) é um questionário de autorresposta constituído por 20 itens que avaliam duas dimensões distintas com 10 itens cada: o afeto positivo (AP; com itens como “excitada”, “interessada”, “entusiasmada”) e afeto negativo (AN; com itens como “irritada”, “culpada”, “assustada”). Dependendo das instruções dadas no início do questionário, o afeto pode ser avaliado em termos da sua dimensão estado (no momento presente ou nos últimos dias) ou traço (em geral).

Os participantes devem pontuar cada um dos itens tendo em conta uma escala de *Likert* de 5 pontos, desde 1 (*muito pouco ou nada*) a 5 (*extremamente*). Uma pontuação mais elevada no questionário indica a presença de níveis mais elevados de afeto positivo e negativo (mínimo = 20; máximo = 100).

Estudos psicométricos mostraram que ambas as escalas apresentam uma boa consistência interna (α de *Cronbach* de .88 para o AP e .87 para o NA), estabilidade temporal e validade convergente e discriminante (Watson et al., 1988). A versão portuguesa apresentou valores semelhantes de consistência interna, nomeadamente um α de *Cronbach* de .86 para o AP e .89 para o NA (Vilarinho & Nobre, 2010).

No presente estudo foi avaliada a dimensão traço do afeto, tendo-se verificado valores α de *Cronbach* entre .67 para o AP e .66 para o NA.

3.2.3.5. Questionário de Modos Sexuais (QMS)

O QMS (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003a) é um questionário de autorresposta com 33 itens e que pretende avaliar a relação entre pensamentos automáticos, emoções e resposta sexual durante a atividade sexual. A cada um dos 33 pensamentos automáticos (pensamentos de abuso sexual, fracasso/desistência, falta de afeto, passividade, baixa autoestima corporal e escassez de pensamentos eróticos) corresponde uma emoção (e.g., “preocupação”, “tristeza”, “prazer”, “satisfação”) e intensidade da resposta sexual. Os participantes respondem com base em duas escalas de *Likert* de 5 pontos para os pensamentos (desde *nunca* a *sempre*) e para a intensidade da resposta sexual (desde *muito baixa* a *muito alta*), assinalando igualmente a(s) emoção(ões) correspondente(s) com uma cruz. No presente estudo apenas foi utilizada a subescala dos pensamentos automáticos, nomeadamente as dimensões de pensamentos de fracasso/desistência (e.g., “*não estou a conseguir*”; “*quando é que isto acaba*”) e escassez de pensamentos eróticos (e.g., “*esta forma de falar excita-me*”; “*sou a mulher mais feliz do mundo*”).

No geral, este questionário apresentou boas características psicométricas com uma boa consistência interna (α de *Cronbach* = .87) e uma boa correlação teste-reteste ($r = .95$). Apresentou igualmente uma boa validade discriminante, permitindo uma discriminação

dos grupos clínicos de grupos da população normal, sem dificuldades sexuais (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003a). Mais especificamente, foram encontrados valores de α de *Cronbach* de .82 e .74 para as dimensões de pensamentos de fracasso e escassez de pensamentos eróticos, respetivamente. No presente o estudo as mesmas subescalas apresentaram um α de *Cronbach* de .81 e de .79.

3.2.3.6. Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD)

O QCSD (Nobre, Pinto-Gouveia & Gomes, 2003b) é um questionário de autorresposta constituído por 40 itens que avaliam um conjunto de crenças relacionadas com a sexualidade que, segundo a literatura, se poderão equacionar como fatores de vulnerabilidade para as disfunções sexuais (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a, 2008a). Estas crenças encontram-se subdivididas em seis dimensões, nomeadamente as crenças de conservadorismo sexual (e.g., “*a masturbação é um ato errado e pecaminoso*”), crenças de desejo sexual como pecado (e.g., “*o sexo é sujo e pecaminoso*”), crenças relacionadas com a idade (e.g., “*após a menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual*”), crenças acerca da imagem corporal (e.g., “*mulheres fisicamente pouco atraentes não conseguem ser sexualmente felizes*”), primazia do afeto (e.g., “*o mais importante no sexo é o afeto entre os parceiros*”) e primazia da maternidade (e.g., “*o mais importante para as mulheres são os prazeres da maternidade*”). Os itens são respondidos tendo em conta uma escala de *Likert* de 5 pontos desde 1 (*discordo completamente*) a 5 (*concordo completamente*). Uma pontuação mais elevada no questionário indica a presença de mais crenças negativas relacionadas com a sexualidade (mínimo = 34; máximo = 170).

De uma forma geral, este questionário apresentou boas características psicométricas, com uma boa consistência interna (α de *Cronbach* = .81), uma boa correlação teste-reteste ($r = .80$) e validade discriminante (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003b). No que diz respeito às dimensões específicas das crenças foi encontrada uma boa consistência interna, nomeadamente um α de *Cronbach* de .78 para as crenças conservadoras, de .75 para as crenças de desejo sexual como pecado e de .74 para as crenças relacionadas com a idade.

No presente estudo apenas foram utilizados os itens referentes às três primeiras dimensões, sendo que as mesmas apresentaram um α de *Cronbach* de .80, .87 e .75, respetivamente.

3.2.3.7. Questionário de Desânimo Associado à Dor (PCS)

O PCS (Sullivan et al., 1995; tradução e adaptação de Azevedo et al., 2007) é um questionário de autorresposta constituído por 13 itens que avaliam o nível de catastrofização (também denominado desânimo/pessimismo por alguns autores portugueses) perante a dor, nomeadamente a frequência de pensamentos e sentimentos associados a esta experiência. Permite avaliar três dimensões distintas, nomeadamente a ruminação (e.g., “*não consigo deixar de pensar nisso*”; “*estou sempre a pensar no quanto dói*”), magnificação (e.g., “*fico com medo que a dor piore*”; “*pergunto-me se poderá acontecer alguma coisa em breve*”) e desânimo (e.g., “*sinto que não consigo continuar*”, “*não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor*”). Os participantes devem assinalar a frequência de cada um dos itens tendo em conta uma escala de *Likert* de 5 pontos, de 0 (*nunca*) a 4 (*sempre*). Valores mais altos correspondem a níveis mais elevados de desânimo perante a experiência de dor (mínimo = 0; máximo = 52).

Em termos psicométricos o presente questionário apresentou, de uma forma geral, uma boa consistência interna, com um α de *Cronbach* de .87 para o total da escala e um α de *Cronbach* de .87, .60 e .79 para as subescalas ruminação, magnificação e desânimo, respetivamente. Este instrumento apresentou ainda uma boa correlação teste-reteste com um $r = .70$ (Sullivan et al., 1995). A versão portuguesa também apresentou características psicométricas semelhantes, com um α de *Cronbach* de .80 para a subescala ruminação, .79 para a de magnificação e .90 para a de desânimo (Azevedo et al., 2007). No presente estudo, o total da escala apresentou um α de *Cronbach* de .93. Nas subescalas o α de *Cronbach* variou entre .72 (magnificação) e .91 (ruminação).

3.2.3.8. Questionário de Perceção e Vigilância da Dor (PVAQ)

O PVAQ (McCracken, 1997; tradução e adaptação por Oliveira, Nobre e Vilarinho, 2012) é um questionário de autorresposta constituído por 16 itens que avaliam a atenção, a

observação, a consciência e a vigilância da dor nas últimas duas semanas. Tendo como base itens do Questionário de Vigilância Corporal (BVQ; Mueller, Telch, & Curry, 1992), este permite avaliar especificamente duas dimensões: a atenção à dor (e.g., “*foco-me nas sensações de dor*”; “*sou muito sensível à dor*”) e a atenção às mudanças da dor (e.g., “*sou rápida a notar mudanças na intensidade da dor*”; “*sei imediatamente quando a dor começa ou aumenta*”). Os participantes respondem às afirmações tendo em conta uma escala de *Likert* de 5 pontos de 1 (*nunca*) a 5 (*sempre*). Valores mais elevados na escala correspondem a maiores níveis de atenção e vigilância da dor (mínimo = 16; máximo = 80).

Ao nível das suas características psicométricas, no estudo original com uma amostra de pessoas com dor crónica (McCracken, 1997), foi demonstrada uma boa consistência interna (α de *Cronbach* = .86), bem como uma boa correlação teste-reteste (r = .80). Também num estudo psicométrico mais recente, com uma amostra de estudantes (Roelofs, Peters, et al., 2002), este instrumento demonstrou ter uma boa validade convergente e discriminante, bem como uma boa consistência interna (α de *Cronbach* de .86, .85 e .88, para as subescalas atenção à dor, atenção às mudanças na dor e total do questionário) e fidelidade teste-reteste (r = .77).

No presente estudo confirmou-se a adequada consistência interna, quer para o total do questionário (α de *Cronbach* = .90), quer para as duas dimensões avaliadas (α de *Cronbach* = .85 para a dimensão atenção à dor; α de *Cronbach* = .91 para a dimensão atenção à mudança na dor).

3.2.3.9. Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale (WHYMPI)

O WHYMPI (Kerns, Turk & Rudy, 1985; tradução e adaptação de Azevedo et al., 2007) é um questionário de autorresposta com 52 itens que se divide em três dimensões principais e doze subescalas, permitindo uma avaliação multidimensional da condição de dor. A primeira dimensão, com um total de 20 itens, avalia o nível de interferência ou impacto da dor e é constituído pelas subescalas de percepção individual da severidade da dor, interferência funcional da dor, percepção de autocontrolo da pessoa sobre a sua própria vida,

o stress afetivo associado à dor e a percepção de apoio familiar existente. A segunda dimensão, constituída por 14 itens, avalia a percepção do participante sobre o comportamento e resposta da parte da pessoa significativa (definida previamente) aos comportamentos de dor. São três as subescalas correspondentes: as respostas de punição, as respostas solícitas e atenciosas e as respostas de natureza distratora. Finalmente, a terceira dimensão é constituída por 18 itens e avalia a frequência com que o participante se dedica a diferentes atividades de vida diária, nomeadamente o trabalho doméstico, o trabalho ao ar livre, as atividades fora de casa e atividades sociais. Todos os itens são respondidos tendo em conta uma escala de *Likert* de 7 pontos cujas instruções variam com as dimensões avaliadas.

O questionário apresentou boas características psicométricas, nomeadamente uma consistência interna com α de *Cronbach* a variar entre .70 e .90 e uma boa correlação teste-reteste a variar entre .60 e .91 (Kerns et al., 1985). A versão portuguesa apresentou uma consistência interna com o α de *Cronbach* a variar entre .43 (subescala autocontrolo sobre a vida) e .86 (subescala atividades domésticas; Azevedo et al., 2007). No presente estudo apenas foi utilizada a segunda dimensão que avalia a percepção do tipo de resposta do outro significativo face à presença de dor. Foram encontrados α de *Cronbach* de .49 (subescala respostas de punição), de .79 (subescala respostas solícitas) e de .54 (subescala respostas distratoras).

3.2.3.10. Escala de Autoestima de Rosenberg (SES)

A SES (Rosenberg, 1989; tradução e adaptação de Simões, 1992) é um questionário de autorresposta com 10 itens que avaliam a orientação positiva ou negativa do participante em relação a si mesmo. As afirmações listadas (e.g., “*sinto que tenho boas qualidades*”; “*gostava de ter respeito por mim própria*”; “*sinto que não tenho muito de que me orgulhar*”) devem ser pontuadas tendo em conta uma escala de *Likert* de 4 pontos desde 0 (*concordo fortemente*) a 3 (*discordo fortemente*). Uma pontuação mais elevada no questionário indica a presença de níveis mais elevados de autoestima geral (mínimo = 0; máximo = 30).

Este questionário apresentou boas características psicométricas, nomeadamente uma boa consistência interna, com α de *Cronbach* a variar entre .77 e .88 e uma boa fidelidade teste-reteste, com r a variar entre .82 e .88 (Blascovich & Tomaka, 1993; Rosenberg, 1979). A versão portuguesa (Simões, 1992) apresentou valores semelhantes, com um α de *Cronbach* de .84 ou .86, conforme o estudo, e uma boa estabilidade temporal, com $r = .90$ (Santos, 2003; Santos & Maia, 2003). No presente o estudo o questionário apresentou uma consistência interna com α de *Cronbach* de .91.

3.2.3.11. Subescala de Autoestima Sexual (SSEs)

A SSEs (Snell & Papin, 1989; tradução e adaptação de Pascoal, Narciso, Nobre & Vialrinho, 2006) é uma subescala da *Sexuality Scale (SS; Snell, 1989)*, que pretende avaliar a tendência do indivíduo para se autoavaliar positivamente como parceiro sexual. É constituída por 10 itens (e.g., “sou um bom parceiro sexual”; “penso em mim como sendo um parceiro sexual muito bom”; “não me sinto muito confiante nos encontros sexuais”), que devem ser pontuados tendo em conta uma escala de *Likert* de 5 pontos, desde 1 (*discordo*) a 5 (*concordo*). Um valor mais elevado na sua pontuação corresponde a um maior nível de autoestima sexual.

Esta subescala apresentou boas características psicométricas, nomeadamente uma consistência interna com um α de *Cronbach* de .92 (Snell & Papini, 1989). Em termos de fidelidade teste-reteste foi encontrado um valor de .67 (Snell, 2001). Boas características foram igualmente encontradas num estudo de Vilarinho (2011), que ao usar a versão portuguesa desta subescala numa amostra de 171 mulheres, demonstrou a existência de um α de *Cronbach* de .92 e uma fidelidade teste-reteste de .90. Foi igualmente demonstrada a validade convergente e discriminante do instrumento. No presente estudo a subescala de autoestima sexual apresentou uma boa consistência interna, com α de *Cronbach* de .94.

3.2.3.12. Escala de Ajustamento Diádico – versão reduzida (DAS-7).

O DAS-7 (Hunsley, Best, Lefebvre, & Vito, 2001; tradução e adaptação de Nobre et al., 2009) é um questionário de autorresposta (7 itens) que foi desenvolvido a partir do

Questionário de Ajustamento Diádico (DAS; Spanier, 1976) e que tem como principal objetivo avaliar a qualidade de relação entre casais. Os primeiros três itens (“*filosofia de vida*”; “*aspirações, objetivos e assuntos considerados importantes*”; “*tempo passado em conjunto*”) devem ser pontuados pelos participantes tendo em conta uma escala de *Likert* de 6 pontos desde 0 (*discordo sempre*) a 5 (*concordo sempre*). Os três itens seguintes (“*ter uma estimulante troca de ideias*”; “*discutir calmamente um assunto*”; “*trabalhar em conjunto num projeto*”) devem ser pontuados tendo em conta uma escala de *Likert* de 6 pontos desde 0 (*nunca*) a 5 (*mais de uma vez por dia*). Finalmente, o último item respeitante ao grau de felicidade na relação deve ser pontuado tendo em conta uma escala de *Likert* de 7 pontos, desde 0 (*extremamente infeliz*) a 6 (*perfeito*). Pontuações mais elevadas no questionário indicam um maior nível de satisfação na relação.

Em termos psicométricos o presente questionário apresentou uma boa consistência interna, com um α de *Cronbach* de .75 e .82 em diferentes estudos, bem como uma boa validade convergente e discriminante (Hunsley et al., 2001; Hunsley, Pinsent, Lefebvre, James-Tanner, & Vito, 1995). No presente estudo, a versão portuguesa deste questionário (Nobre et al., 2009) apresentou uma boa consistência interna com um α de *Cronbach* de .84.

3.2.3.13. Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

O FSFI (Rosen et al., 2000; tradução e adaptação de Nobre, 2002) é uma medida de autorresposta constituída por 19 itens (tipo *Likert*) e que tem como objetivo avaliar o funcionamento sexual feminino e respetivas dimensões nas últimas quatro semanas. A sua cotação permite obter informação respeitante a diferentes dimensões como o interesse sexual/ desejo, a excitação sexual, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação sexual, a dor sexual (incluindo o vaginismo) e também sobre o funcionamento sexual geral, através do somatório total da escala. Valores mais elevados na cotação total do questionário correspondem a um melhor funcionamento sexual (mínimo = 2; máximo = 36).

Este questionário apresentou boas características psicométricas, nomeadamente uma boa consistência interna, com valores de α de *Cronbach* superiores a .86, uma boa

estabilidade temporal (correlações entre $r = 0.79$ e $r = 0.86$) e uma boa validade discriminante. Estudos na população portuguesa demonstraram igualmente as boas características psicométricas com um valor de α de *Cronbach* de .93 para a escala total e de .88 a .90 para as restantes dimensões (Pechorro, Diniz, Almeida, & Vieira, 2009). No presente estudo confirma-se a adequada consistência interna quer para o total do questionário, com um α de *Cronbach* de .94, quer para as diferentes dimensões, com um α de *Cronbach* entre .85 (desejo) e .91 (excitação, lubrificação e dor sexual).

3.2.3.14. Questionário McGill sobre a Dor (SF-MPQ)

O SF-MPQ (Melzack, 1987) é um questionário de autorresposta que corresponde à versão reduzida do Questionário de Dor de McGill (MPQ; Melzack, 1975) e que avalia a natureza sensorial e afetiva da dor, bem como a sua intensidade. Na primeira parte deste instrumento são apresentados 15 itens que descrevem a dor em termos da sua dimensão sensorial e afetiva, podendo ser preenchida tendo em conta uma escala de *Likert* de 4 pontos, entre 0 (*nenhuma*) e 3 (*forte*). Seguidamente, a intensidade da dor é medida através de uma escala visual analógica que varia de 0 (*sem dor*) a 10 (*a pior dor possível*) e através de uma questão que corresponde ao Índice de Dor Atual (PPI), com uma escala tipo *Likert* de 6 pontos que varia de 0 (*sem dor*) a 5 (*insuportável*).

Em termos psicométricos este instrumento demonstrou 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; Melzack & Katz, 2001). No presente estudo confirmou-se a adequada consistência interna para o total do questionário (soma dos valores obtidos na dimensão sensorial e afetiva e do PPI) com um α de *Cronbach* = .87, que foi a medida utilizada para avaliar a intensidade da dor no presente trabalho. Valores mais altos indicam uma maior intensidade da dor (mínimo = 0; máximo = 50).

Capítulo IV

Mindfulness e Dor Sexual

4.1. Resumo

O principal objetivo do presente estudo consistiu em avaliar a influência do Mindfulness e as suas principais facetas (observar, descrever, agir com consciência, não julgar experiências internas e não reagir a experiências internas) nas mulheres que sofrem de dor sexual, comparando-as com três grupos específicos: mulheres com dor crónica, mulheres com outras dificuldades sexuais e mulheres da população geral.

Um total de 279 mulheres participou no estudo: 89 mulheres com dor sexual, 77 mulheres com dor crónica, 94 mulheres com disfunção sexual e 100 mulheres da população geral, sem nenhuma destas dificuldades. As participantes responderam a dois questionários que foram disponibilizados através de um *link online*, nomeadamente o MAAS (Brown & Ryan, 2003) e o FFMQ (Baer et al., 2006).

Os resultados mostraram que as mulheres com dor sexual ($p < .01$) e disfunção sexual ($p < .001$) apresentaram níveis significativamente mais baixos de Mindfulness, do que as mulheres da população geral, ou seja, apresentaram uma menor capacidade para estarem atentas e conscientes ao momento presente, na sua vida diária. Tendo em conta as diferentes facetas do Mindfulness, as mulheres com dor sexual apresentaram níveis mais baixos da faceta descrever ($p < .01$) comparativamente com o grupo da população geral. Por outro lado, as mulheres com dor crónica apresentaram níveis mais baixos da faceta não julgar ($p < .001$), que as mulheres da população geral.

De uma forma geral, os resultados demonstram que a capacidade para ser mindful no dia-a-dia pode assumir um papel significativo na vivência da dor sexual. Estes resultados podem ter implicações no tratamento desta problemática, sugerindo vantagens na inclusão de exercícios de meditação nos protocolos de intervenção clínica.

4.2. Mindfulness e Dor Sexual

A dor é um fenómeno complexo, comum a todos os seres humanos, e cujo impacto no funcionamento emocional, interpessoal, motivacional e físico varia de pessoa para pessoa (Melzack & Wall, 2008; Turk, 1996; Turk & Okifuji, 2002). A dor crónica, que assume características diferenciadas da dor aguda ou transitória, está frequentemente

associada a uma causa pouco clara, a emoções de desesperança, desamparo e a tratamentos que nem sempre conduzem aos resultados desejados (Breivik, Collett, Ventafridda, Rohen, & Gallacher, 2006; Melzack & Wall, 2008; Robinson et al., 2005).

No âmbito do tratamento da dor crónica surge o Mindfulness que é definido como a direção intencional da atenção para as experiências que ocorrem no momento presente, com uma postura de aceitação e não julgamento (Kabat-Zinn, 1990), sendo um conceito nuclear e transversal às Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração. É um constructo multifacetado, que coloca grande ênfase na meditação e que implica a descrição das experiências com palavras, a ação em consciência (não em piloto automático) e uma atitude de abertura, aceitação e curiosidade perante a experiência (Sauer & Baer, 2010).

O primeiro modelo a ser aplicado à dor crónica foi o *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) desenvolvido por Jon Kabat-Zinn (1982, 1990), e que consiste num protocolo de oito semanas de intervenção em grupo, onde é dado grande destaque à prática intensiva de meditação e à sua aplicação no dia-a-dia, incluindo situações de stress ou dor. Os primeiros estudos a testar a eficácia deste programa mostraram resultados significativos e estáveis no tempo. Um deles abordou um grupo de 51 doentes com dor crónica, cujos sintomas não obtiveram melhorias com tratamento médico tradicional. Após o programa, com a duração de 10 semanas, verificou-se uma redução significativa na intensidade da dor, nos sintomas depressivos e outra sintomatologia que acompanha frequentemente os quadros de dor crónica (Kabat-Zinn, 1982). Posteriormente, estes resultados foram replicados confirmando-se uma redução da imagem corporal negativa, dos níveis de inatividade, do consumo de substâncias e, conseqüentemente, um aumento da autoestima (Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985). Os ganhos foram mantidos ao longo de 11/15 meses e quatro anos de follow-up (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1985, Kabat-Zinn & Chapman-Waldrop, 1988). Vários estudos mais recentes, usando este mesmo protocolo, mostraram resultados positivos na sintomatologia associada à dor crónica e nos níveis de incapacidade e stress (Cusens, Duggan, Thorne & Burch, 2010; Esmer, Blum, Rulf, & Pier, 2010; Morone, Greco, Weinerm, 2008; Morone, Rollman, Moore, Qin, & Weiner, 2009; Rosenzweig et al., 2010; Sephton et al., 2007; Teixeira, 2008; Zautra et al., 2008).

Carmody e Baer (2008) avaliaram diferentes variáveis em cerca de 121 pessoas com queixas, de ansiedade, stress e dor crónica, antes e depois da sua participação num programa de MBSR de 8 semanas. Os resultados mostraram aumentos significativos nas cinco facetas avaliadas pelo Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMS; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006), sendo visíveis níveis médios e altos do tamanho do efeito nas dimensões observar, não julgar e não reagir a experiências internas. Também se verificou um aumento significativo dos níveis de bem-estar psicológico, bem como uma diminuição dos níveis de psicopatologia geral, onde se destacaram as dimensões de ansiedade e de obsessão-compulsão com valores médios do tamanho do efeito. Este estudo demonstrou ainda que a mudança ao nível do Mindfulness media a relação entre o total do tempo de prática da meditação e o grau de mudança nos diferentes sintomas avaliados.

Também um estudo de Rosenzweig e colaboradores (2010) comparou as mudanças na dor corporal, qualidade de vida relacionada com a saúde e vários sintomas psicológicos numa amostra de homens e mulheres com diferentes tipos de dor crónica, após a aplicação de um protocolo de 8 semanas baseado no MBSR. Foram observadas várias mudanças significativas ao nível das diferentes variáveis após o programa de tratamento, nomeadamente um aumento do funcionamento físico, da perceção geral de saúde e do funcionamento social e uma diminuição da dor, das limitações devido a fatores emocionais, e dos níveis de ansiedade, depressão e somatização.

Já um estudo de Cassidy e colaboradores (2012) avaliou os níveis Mindfulness em 116 pessoas com dor lombar crónica, antes e após a participação num tratamento multidisciplinar para a dor, de natureza cognitivo-comportamental e com a duração de 3 meses. Os resultados mostraram que a capacidade para ser mindful, medida pelo Questionário de Atenção e Consciência Mindfulness (MAAS; Brown & Ryan, 2003) aumentou de forma significativa após a intervenção, sendo que esta mesma capacidade se mostrou preditiva de menores níveis de incapacidade, ansiedade, depressão e catastrofização à dor.

Apesar da proliferação de estudos que demonstram os benefícios do Mindfulness na dor crónica, ainda são pouco claros os processos que se encontram na base destes resultados. Dobkin (2008) tentou perceber os mecanismos que se encontram na base da aplicação do MBSR, usando uma amostra de mulheres em recuperação após tratamento para o cancro da mama. De uma forma geral, os resultados demonstraram que estas mulheres ganharam uma nova perspetiva sobre as suas diferentes experiências diárias: os níveis de Mindfulness aumentaram, começaram a cuidar melhor de si e a atribuir um novo significado às suas vidas. Estas mulheres mencionaram ainda que se encontravam melhor preparadas para responder e não reagir a situações negativas, havendo uma aceitação das suas vidas como elas eram.

O conceito de aceitação, que se encontra diretamente relacionado com o Mindfulness, tem sido destacado pela aplicação de um outro modelo de terceira geração na dor crónica: o *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes, Stroschal, & Wilson, 1999). A aceitação, neste contexto, pode ser conceptualizada como a capacidade de uma pessoa com dor crónica avançar, momento a momento, em direção aos seus objetivos, sem julgar e tendo em conta os seus valores pessoais, ao mesmo tempo que contacta com a dor, pensamentos, emoções e memórias associadas a este estado (Thompson & McCracken, 2011). De forma esperada, a intervenção baseada no ACT demonstrou efeitos positivos e significativos no funcionamento físico, emocional e social das pessoas que sofrem de dor crónica (McCracken, Gaunflett-Gilbert & Vowles, 2007; McCracken, Vowles, & Eccleston, 2005; Thompson & McCracken, 2011; Vowles & McCracken, 2008), sendo que a aceitação da dor assumiu um papel mais significativo nos ganhos terapêuticos, que outras variáveis incluídas no modelo como a ação baseada nos valores, aceitação psicológica geral e o Mindfulness (McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011; McCracken & Velleman, 2010; Vowles & McCracken, 2008).

Só muito recentemente o Mindfulness começou a ser aplicado ao contexto da sexualidade (Brotto & Heiman, 2007) e, mais especificamente, na dor sexual. A dor sexual é formalmente conceptualizada como uma perturbação sexual, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR; APA, 2000), ainda que

partilhe igualmente muitas características com a dor crónica (Giesecke et al., 2004; Granot, Friedman, Yarnitzky, & Zimmer, 2002; Meana & Binik, 1994; Meana, Binik, Khalifé & Cohen, 1997b; Pukall, Binik, Khalifé, Amsel, & Abbott, 2002; Pukall et al., 2005). Por esta razão, vários autores têm questionado e discutido a sua conceptualização e classificação (Binik, 2005; Binik et al., 1999; Meana, 2005; Payne, 2005; Pukall et al., 2002; Tiefer, 2005), defendendo ora a sua inclusão no grupo das perturbações sexuais, ora no grupo das perturbações da dor. Independentemente desta controvérsia, é aceite que a dor sexual é uma problemática complexa, que afeta muitas mulheres e que traz consigo elevados custos individuais e sociais (Meana, Benuto & Donaldson, 2009), nomeadamente ao nível da qualidade da vida sexual (Ottem, Carr, & Perks, 2007; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen, & Amsel, 2003, Sackett, Gates, Heckman-Stone, Kobus, & Galask, 2001; Schultz et al., 2005) e relação com o parceiro (Baggish & Miklos, 1995; Davis & Reissing, 2007; Graziottin & Brotto, 2004; McCormick, 1999), sendo muitas vezes de difícil tratamento (Heiman, 2002; Rosenbaum, 2005; Schultz et al., 2005).

Apenas um estudo de natureza qualitativa foi encontrado respeitante à relação entre Mindfulness e dor sexual. Brotto e colaboradores (2012a) avaliaram 14 mulheres diagnosticadas com vestibulodinia provocada, que participaram num programa terapêutico de quatro sessões, com estratégias cognitivo-comportamentais e exercícios de Mindfulness. Da análise pós-tratamento sobressaíram algumas temáticas chave, nomeadamente ao nível da dimensão psicológica e relacional e no contexto do próprio processo terapêutico. A maioria das mulheres mencionou uma maior capacidade em reconhecer os pensamentos problemáticos e irracionais acerca de si mesmas, ao mesmo tempo que notaram um aumento da sua autoestima, autoconfiança, autoeficácia (maior controlo sobre a sua situação) e otimismo. Estas mudanças permitiram uma maior facilidade em lidar com a ansiedade e em adotar um estilo cognitivo menos crítico, com uma consequente consciência de que os pensamentos são apenas pensamentos. Algumas mulheres relataram ainda uma diminuição dos sintomas relacionados com a dor e um aumento da qualidade de vida. Em termos relacionais, verificaram-se melhorias ao nível da comunicação e da

intimidade sexual. Finalmente, em relação ao processo de intervenção, as participantes manifestaram uma apreciação global positiva.

No que diz respeito a outras dificuldades de natureza sexual, Brotto e colaboradores (2007, 2008b, 2012b) realizaram uma série de estudos aplicando um programa multidisciplinar, onde foram incluídas estratégias relacionadas com o Mindfulness em mulheres com dificuldades na resposta de excitação devido a uma histerectomia ou cancro do endométrio. Os resultados mostraram melhorias significativas ao nível do desejo, excitação, orgasmo, satisfação e stress, havendo igualmente uma diminuição da sintomatologia depressiva e um aumento do bem-estar geral. Resultados semelhantes foram encontrados em mulheres com dificuldades de excitação sem qualquer condição médica prévia, tendo sido igualmente visível um aumento da consciência sexual e da aceitação pessoal (Brotto, Basson, & Luria, M., 2008a; Brotto, Krychman, & Jacobson, 2008c).

Um estudo de Mayland (2005), com 10 mulheres praticantes de Mindfulness (com uma média de 20 anos de prática), com idade média de 50 anos e em relações estáveis e duradouras, demonstrou que estas apresentavam uma boa satisfação sexual na sua vida adulta e que a meditação era vista como tendo um grande impacto na promoção de uma maior consciência, quer das emoções, quer das sensações no contexto sexual. Segundo estas mulheres, este tipo de prática ajudou igualmente a lidar com a ansiedade e expectativas face ao próprio comportamento e desempenho sexual. Congruentemente, um estudo correlacional de Fink e colaboradores (2009) demonstrou que níveis mais elevados de Mindfulness, numa amostra feminina de estudantes, se encontravam associadas a maiores níveis de autoestima sexual corporal.

Finalmente, Silverstein e colaboradores (2011) exploraram o efeito do treino de Mindfulness na consciência interoceptiva, ou seja na habilidade das mulheres registarem a sua resposta fisiológica a estímulos sexuais. Foram utilizados dois grupos distintos de mulheres: um grupo que foi sujeito a um curso de Mindfulness de 12 semanas e um grupo que foi sujeito a um curso de estrutura temporal semelhante, com uma temática diferente (e.g., música). Ambos os grupos foram sujeitos a um teste experimental, onde visualizaram

31 slides de caráter sexual e não sexual e onde indicaram o seu nível de excitação fisiológica, numa escala de um a nove. A consciência interoceptiva foi medida pelo tempo de reação, ou seja, o tempo que as mulheres demoraram a atribuir o seu nível de excitação a cada uma das imagens. Os resultados demonstraram que o grupo que participou no treino de Mindfulness apresentou maiores níveis de consciência interoceptiva, que as mulheres que participaram em outro tipo de atividades. A prática de Mindfulness mostrou-se associada a melhorias nas medidas de autorresposta relativas à atenção e julgamento, ou seja, estas mulheres apresentaram uma maior capacidade de notar e diferenciar as suas sensações corporais, bem como a habilidade para experienciar estes mesmo estados internos, com um menor julgamento e maior aceitação, em comparação com as mulheres do grupo de controlo (Silverstein, Brown, Roth, & Britton, 2011).

De uma forma geral, e apesar de não serem ainda claros os processos através dos quais atua, o Mindfulness parece estar relacionado com a dor crónica e as diferentes disfunções sexuais, sendo que a sua prática e inclusão em protocolos de intervenção clínica apresenta benefícios ao nível dos sintomas específicos de cada quadro clínico, e ao nível do bem-estar físico e psicológico geral. Já a quase ausência de estudos que relacionem a dor sexual e o Mindfulness não permite uma compreensão clara da relação entre estas duas dimensões. Por outro lado, não é claro de que forma o Mindfulness aproxima ou diferencia os diferentes grupos clínicos em estudo, que surgem na literatura frequentemente relacionados entre si, dificultando a sua classificação, conceptualização e respetivo tratamento. Assim, uma noção mais clara desta relação poderá contribuir para uma melhor compreensão de como estas diferentes problemáticas afetam as mulheres, fornecendo pistas de como a dor sexual poderá ser melhor conceptualizada e permitindo, em última análise, avanços respeitantes à sua avaliação e tratamento.

O principal objetivo do presente estudo consistiu em avaliar o papel do Mindfulness e as suas principais facetas (observar, descrever, agir com consciência, não julgar experiências internas e não reagir a experiências internas³) nas mulheres que sofrem de dor

³ A faceta observar consiste em dirigir a atenção para experiências internas e externas, como cognições, emoções, sons, odores; a descrever diz respeito à capacidade para atribuir palavras a experiências internas e

sexual, comparando-as com três grupos específicos: mulheres com dor crónica, mulheres com outras dificuldades sexuais e mulheres da população geral sem dificuldades. Tendo em conta os resultados dos estudos prévios que relacionam o Mindfulness com a dor crónica, disfunções sexuais e dor sexual, consideraram-se as seguintes hipóteses de estudo:

- 1) Mulheres com dor sexual, dor crónica e outras disfunções sexuais apresentam uma menor capacidade para ser mindful, que as mulheres da população geral, sendo esta tendência mais visível em mulheres com dor sexual e dor crónica;
- 2) Mulheres com dor sexual, dor crónica e disfunção sexual apresentam níveis mais baixos ao nível das facetas descrever, agir com consciência, não julgar e não reagir a experiências internas, que as mulheres da população geral, sendo mais evidente a presença de baixos níveis nas facetas de não julgar e não reagir a experiências internas em ambos os grupos de mulheres com dor.

4.3. Métodos

4.3.1. Participantes e Instrumentos

Foram utilizados, no presente estudo, a Amostra 2 (ver Tabela 2) e os seguintes instrumentos (ver Capítulo III):

- a) Questionário Introdutório Geral (Oliveira, Nobre, & Vilarinho, 2011);
- b) Questionário de Atenção e Consciência Mindfulness (MAAS; Brown & Ryan, 2003);
- c) Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMS; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006).

4.3.2. Análise de Dados

No presente estudo foi realizada uma análise univariada da variância (ANOVA) para avaliar a relação entre a capacidade geral para ser mindful na vida diária (medida pelo

externas do dia-a-dia; a agir com consciência consiste em prestar atenção a atividades no aqui e agora; o não julgar e não reagir a experiências internas dizem respeito à presença de uma postura não crítica e à capacidade de não nos deixarmos levar pelos nossos pensamentos e emoções.

total do MAAS) e as dificuldades apresentadas pelos quatro grupos de mulheres. O pressuposto de homogeneidade da variância foi cumprido, segundo o teste de *Levene*, sendo utilizando um nível de significância ajustado com a fórmula de *Bonferroni*.

Foi realizada igualmente uma análise multivariada da variância (MANOVA) para avaliar a relação entre as diferentes facetas do Mindfulness com as dificuldades apresentadas pelos quatro grupos de mulheres. As correlações entre as diferentes variáveis dependentes foram fracas a moderadas e o teste de M de Box à homogeneidade da matriz de covariâncias não foi significativo, em todas as análises feitas. Foram assim verificadas as condições necessárias para a realização deste tipo de análise. Em todas as análises univariadas, os níveis de significância foram ajustados com a fórmula de *Bonferroni*.

4.4. Resultados

No sentido de avaliar a relação entre o Mindfulness e a presença de dor e dificuldades sexuais nas mulheres pertencentes aos quatro grupos em estudo, realizou-se uma análise univariada da variância (ANOVA) e uma análise multivariada da variância (MANOVA). Consideraram-se como variáveis independentes os quatro grupos em função das diferentes condições clínicas (1 = grupo com dor sexual, 2 = grupo com dor crónica, 3 = grupo com disfunção sexual, 4 = grupo da população geral) e como variáveis dependentes o total do MAAS (Brown & Ryan, 2003) e as diferentes facetas do Mindfulness medidas pelo FFMS (Baer, et al., 2006).

Relativamente à dimensão geral de Mindfulness, o teste univariado mostrou haver um efeito estatisticamente significativo desta medida nas dificuldades avaliadas ($F[3, 337] = 5.77$ $p < .001$). Os contrastes simples à posteriori (ver Tabela 4) revelaram que as mulheres pertencentes ao grupo com dor sexual ($p < .01$) e disfunção sexual ($p < .001$) apresentam significativamente uma menor capacidade para estar presentes no aqui e agora, que as mulheres da população geral.

Tabela 4 - Questionário de Atenção e Consciência Mindfulness em Função dos Quatro Grupos (Grupo com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 257)

	Grupos								F (3,256)	p	η^2
	Dor sexual (n = 60)		Dor Crónica (n=57)		Disf.Sexual (n=65)		Pop.Geral (n = 75)				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Total MAAS	63.00	1.52	64.46	1.64	61.60	1.48	69.57	1.43	3.57***	.001	.049
	a		ab		a		b				

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

Nota. Para cada fator, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o Teste de *Bonferroni* ($p < .05$). M= média; DP = desvio padrão; MAAS = Questionário de Atenção e Consciência Mindfulness.

No que diz respeito às diferentes facetas do Mindfulness, o teste multivariado mostrou-se estatisticamente significativo (lambda de *Wilks* = 0.879, $F [15, 729] = 2.33$, $p < .01$). Os resultados dos testes univariados (ver Tabela 5) indicaram efeitos estatisticamente significativos nas facetas “descrever” e “não julgar”.

Tabela 5 - Facetas do Mindfulness em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 272)

Facetas FFMS	Grupos								F (3,271)	p	η^2
	Dor sexual (n = 65)		Dor Crónica (n=60)		Disf.Sexual (n=69)		Pop.Geral (n = 78)				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Observar	22.02	6.25	25.00	7.00	23.41	7.57	23.23	6.09	2.06	.106	.023
Descrever	25.23	7.00	28.22	7.27	27.00	7.16	29.77	5.85	5.63***	.001	.059
	a		ab		ab		b				
AgirCons.	28.74	6.88	28.90	6.80	27.83	7.00	30.53	5.64	2.18	.091	.024
NãoJulgar	26.38	7.68	24.60	7.56	26.19	7.82	29.06	7.11	4.26**	.006	.046
	ab		a		ab		b				
NãoReagir	17.89	4.60	19.52	3.88	19.13	5.28	18.67	4.62	1.73	.162	.019

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

Nota. Para cada fator, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o Teste de *Bonferroni* ($p < .05$). M= média; DP = desvio padrão; AgirCons. =agir com consciência. FFMS = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness

Os contrastes simples à posteriori indicaram que as mulheres pertencentes ao grupo com dor sexual apresentam níveis da faceta “descrever” significativamente mais baixos do que o grupo da população geral ($p < .001$), enquanto que as mulheres com dor crónica apresentam uma menor capacidade de “não julgar”, que as mulheres do grupo da população geral ($p < .01$).

4.5. Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar a importância do Mindfulness e as suas diferentes facetas na dor sexual. Mais especificamente, pretendeu-se avaliar de que forma o observar, descrever, agir com consciência, não reagir e não julgar experiências internas se relacionam com a dor sexual, comparando-a com outras problemáticas como a dor crónica e outros problemas sexuais, bem como com mulheres que não apresentam nenhuma destas dificuldades.

De uma forma geral, os resultados mostraram que as mulheres pertencentes aos grupos com dor sexual e com disfunção sexual se diferenciam significativamente da população geral, apresentando níveis mais baixos de Mindfulness que se refletem numa menor capacidade para estas mulheres estarem atentas e conscientes às experiências do momento presente, no seu dia-a-dia. Estes resultados corroboraram parcialmente as hipóteses deste estudo e vão de encontro aos dados encontrados na literatura, que apontam para a existência de uma relação entre a dimensão geral de Mindfulness e as perturbações de dor sexual (Brotto et al., 2012a) e disfunções sexuais (Brotto et al., 2008a; Brotto et al., 2008c; Brotto et al., 2007, 2008b, 2012b).

No que diz respeito às mulheres com dor sexual, foi a dimensão de descrever que assumiu um papel significativo comparativamente com as mulheres da população geral, o que indica uma menor capacidade da parte das primeiras em descrever por palavras eventuais fenómenos observados no seu dia-a-dia (“*encontro facilmente as palavras para descrever os meus sentimentos*”; “*consigo traduzir facilmente as minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras*”). A falta de estudos em torno dos processos que estão na base do

Mindfulness (Brown, Ryan, & Creswell, 2007; Dobkins, 2008) e da sua relação com a dor sexual, dificultam a interpretação deste resultado. Contudo, esta menor capacidade de descrição, que nestas mulheres se poderá refletir no fenómeno da dor propriamente dito, parece ir ao encontro do que é frequentemente observado em contexto psicoterapêutico: uma grande dificuldade em descrever a dor, as emoções e pensamentos associados e a dificuldade em assumir os mesmos como uma problemática, o que leva muitas vezes à presença de um ciclo negativo de evitamento e não resolução do problema. Alguns estudos parecem evidenciar este mecanismo, demonstrando uma baixa frequência sexual da parte de mulheres com dispareunia (Meana et al., 1997a), ou até mesmo o evitamento e cessação da atividade sexual (Arnold, Bachmann, Kelly, Rosen, & Rhoads, 2006; Ferrero, Esposito, & Abbamonte, 2005; Webster, 1997).

Por outro lado, e com base em estudos da atenção em mulheres com dor sexual (Brauer, ter Kuilee, Janssen & Laan, 2007; Payne, Binik, Amsel, & Khalifé., 2005; Lykins, Meana, & Minimi, 2011), podemos ainda levantar a hipótese que níveis mais baixos de Mindfulness (nomeadamente a incapacidade para descrever e observar o fenómeno de dor e as eventuais consequências que lhe estão associadas) poderão contribuir, juntamente com uma associação estabelecida entre a dor e a sexualidade, para um maior desvio da atenção de estímulos sexuais, promovendo baixos níveis de excitação, menores níveis de lubrificação e um aumento da dor, neste grupo de mulheres. Alguns estudos experimentais comprovaram que mulheres com dor sexual apresentam níveis inferiores de excitação perante diferentes estímulos sexuais (Brauer, Laan, & ter Kuille, 2006; Wouda et al., 1998). Ao mesmo tempo, demonstraram que maiores níveis de Mindfulness parecem contribuir para uma maior facilidade e rapidez desta mesma resposta de excitação perante estímulos sexuais em mulheres sem esta problemática (Brotto et al., 2012a; Silverstein et al., 2011), o que neste caso poderá facilitar a resposta sexual e uma melhoria significativa na sintomatologia relacionada com a dor. O Mindfulness poderá ainda ter impacto em outras disfunções sexuais por um mecanismo semelhante. Estudos têm demonstrado a importância do papel da atenção no funcionamento sexual (Abrahamson, 1985; Adams, Haynes, & Brayer, 1985; Elliott & O'Donohue, 1997; Janssen, Everaerd, Spiering, & Janssen,

2000; Rupp & Wallen, 2008) e um aumento da própria consciência sexual, aquando da inclusão de exercícios de Mindfulness no tratamento de mulheres com dificuldades sexuais (Brotto et al., 2008a; 2008c). A presença deste mecanismo explicaria o facto de, no presente estudo, o grupo de mulheres com outras disfunções sexuais terem apresentado valores significativos mais baixos de Mindfulness, em comparação com as mulheres pertencentes ao grupo com dor crónica e população geral.

Quanto à dor crónica e sua relação com o Mindfulness, apesar de ser referida em diferentes estudos (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al., 1985, 1988; Cassidy et al., 2012; Cusens et al., 2010; Esmer et al., 2010; Morone et al., 2008, 2009; Sephton et al., 2007; Rosenzweig et al., 2010; Teixeira, 2008; Zautra et al., 2008), não se verificaram resultados estatisticamente significativos relativamente a este grupo. Assim, a capacidade para ser mindful poderá ter diferentes implicações na forma como as mulheres lidam com a dor e dificuldades sexuais, parecendo, numa primeira abordagem, aproximar mais as mulheres com dor sexual das mulheres com outros problemas sexuais, do que das mulheres que sofrem de dor crónica.

Uma análise mais pormenorizada dos resultados permite-nos explorar esta mesma hipótese. Apesar de os grupos com dor sexual e dor crónica não apresentarem diferenças entre si, os resultados demonstraram que algumas facetas do Mindfulness poderão ter um papel diferenciado para cada uma destas dificuldades. Assim, verificou-se que o grupo com dor crónica apresenta uma menor capacidade para não julgar em comparação com grupo da população geral, que se reflete na incapacidade de assumir uma postura não crítica perante os pensamentos e emoções (*“digo a mim própria que não devia sentir-me como me sinto”; critico-me por ter emoções irracionais e inapropriadas*). Esta dimensão tem sido frequentemente operacionalizada na literatura da dor como aceitação (Baer et al., 2006) e tem-se mostrado determinante na vivência da dor crónica (Cusens et al., 2010; McCracken, & Zhao-O'Brien, 2010; McCracken & Velleman, 2010; Vowles & McCracken, 2008), estando inclusivé associada a maiores níveis de catastrofização (Schütze, Rees, Preece, & Schütze, 2010) e evitamento experiencial (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Thompson & McCracken, 2011). O facto desta faceta sobressair significativamente neste

grupo poderá estar relacionado com uma presença e interferência mais ampla da dor devido à sua natureza e localização. Diferentes estudos têm demonstrado que a presença da dor crónica se encontra associada a maiores níveis de incapacidade nas atividades domésticas, familiares, sociais e laborais (Blyth, March, Brnabic & Cousins, 2004; Breivik et al., 2006; Català et al., 2002; Johannes, Le, Zhau, Johnston, & Dworkin, 2010; Mäntyselkä et al., 2001), podendo a perda de capacidade funcional atingir cerca de 13% das pessoas que apresentam dor crónica (Blyth et al., 2001; Bratteberg, Parker, & Thorslund, 1996). Apesar da dor sexual apresentar igualmente níveis significativos de interferência, esta parece centralizar-se numa esfera mais específica da vida da mulher, nomeadamente ao nível da autoestima e imagem corporal (Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Laumann et al., 2005; Meston & Bradford, 2007; Reamy & White, 1985; Schultz et al., 2005; Tugrul & Kabakci, 1997; Wincze & Carey, 2001) e na qualidade da relação com o parceiro e funcionamento sexual (Reissing, Binik, Khalifé, Cohen, & Amsel, 2004; Schultz et al., 2005; Ward & Ogden, 1994; Wincze & Carey, 2001).

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados com precaução, uma vez que existem várias limitações que podem comprometer a generalização dos resultados. Em primeiro lugar, uma avaliação fiel da dimensão de Mindfulness depende do nível de conhecimento e consciência da parte dos participantes deste mesmo conceito, o que na sua ausência poderá ter provocado enviesamentos nas respostas, principalmente da parte de indivíduos menos mindful. Em segundo lugar, as dificuldades apresentadas pelas diferentes participantes basearam-se na avaliação pessoal das dificuldades e respetiva autorresposta, o que não nos permite assegurar com total certeza que todas preenchem os critérios formais para a presença de dor sexual, dor crónica e disfunção sexual. Por outro lado, o facto do estudo ter sido realizado *online* não permitiu a participação de pessoas que não têm acesso a este tipo de serviço. Este facto pode ter contribuído para que a maioria das participantes pertençam a uma faixa etária jovem e apresentem um nível de escolaridade médio-alto, o que não permite uma adequada generalização dos resultados para a população geral portuguesa.

Em síntese, os dados do presente estudo sugerem que as mulheres com dor sexual se aproximam das mulheres com outras disfunções sexuais, na medida em que ambos os grupos apresentam, comparativamente às mulheres da população geral, uma menor capacidade geral para ser mindful no dia-a-dia. As mulheres com dor crónica, por seu turno, parecem diferenciar-se sobretudo em termos da atitude de julgamento face às experiências internas, ainda que partilhem outras características, de natureza diferenciada, com as mulheres com dor sexual.

Assim, o presente estudo vem reforçar a ideia de que este é um quadro clínico complexo, que partilha características relacionadas com a dor crónica, mas também com outras dificuldades sexuais. Todas estas dimensões devem, por isso, ser consideradas na sua definição e conceptualização, bem como no respetivo processo de avaliação e tratamento. Apesar de ainda não ser claro a forma como o Mindfulness atua, o que torna imperativo o desenvolvimento de estudos rigorosos que clarifiquem estes processos, a sua inclusão nos protocolos de intervenção clínica poderá contribuir significativamente para a melhoria de casos mais complexos e facilitar a adesão ao processo terapêutico. É ainda crucial o desenvolvimento de estudos que abordem de forma mais específica a relação entre o Mindfulness e dor sexual, no sentido de se conseguir uma confirmação dos resultados obtidos no presente estudo e uma maior clarificação da influência que o estar presente no aqui e agora poderá ter na vivência das dificuldades sentidas por estas mulheres.

Capítulo V

Fatores Cognitivo-Emocionais na Dor Sexual

5.1. Resumo

O principal objetivo do presente estudo consistiu em avaliar o papel do afeto-traço, pensamentos automáticos negativos em contexto sexual e crenças sexuais disfuncionais nas mulheres que sofrem de dor sexual, comparando-as com três grupos específicos: mulheres com dor crónica, mulheres com outras dificuldades sexuais e mulheres da população geral, sem nenhuma destas dificuldades.

Um total de 279 mulheres participou no estudo: 89 mulheres com dor sexual, 77 mulheres com dor crónica, 94 mulheres com disfunção sexual e 100 mulheres da população geral, sem nenhuma destas dificuldades. As participantes responderam a um conjunto de questionários que foram disponibilizados através de um link *online*, nomeadamente o PANAS (Watson et al., 1988), o QMS (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003a) e o QCSD (Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes, 2003b).

Os resultados mostraram que as mulheres com dor sexual ($p < .001$) e disfunção sexual ($p < .001$) apresentam mais pensamentos automáticos negativos de fracasso/desistência e uma maior escassez de pensamentos eróticos quando comparadas com as mulheres com dor crónica e da população geral. Não foram encontradas diferenças entre os grupos ao nível do afeto-traço e crenças sexuais disfuncionais.

De uma forma geral, os resultados demonstraram a importância do papel dos fatores cognitivos na dor sexual, e mais especificamente dos pensamentos automáticos negativos, trazendo consigo várias implicações para a conceptualização e tratamento destas dificuldades.

5.2. Fatores Cognitivo-Emocionais na Dor Sexual

A dor sexual é uma problemática complexa, de natureza habitualmente crónica (Meana, Benuto & Donaldson, 2009) e com difícil tratamento (Heiman, 2002; Rosenbaum, 2005; Schultz et al., 2005) devido a causas frequentemente indeterminadas (Glatt, Zinner, & McCormack, 1990; Nusbaum, Gamble, Skinner & Heiman, 2000). A sua conceptualização tem sido alvo de discussão na literatura (Binik, 2005; Binik et al., 1999; Meana, 2005; Payne, 2005; Pukall, Binik, Khalifé, Amsel, & Abbott, 2002; Tiefer, 2005), sendo aceite que partilha

características quer com a dor crónica (Giesecke et al., 2004; Granot, Friedman, Yarnitzky, & Zimmer, 2002; Meana & Binik, 1994; Meana, Binik, Khalifé & Cohen, 1997b; Pukall et al., 2002, 2005), quer com outras disfunções sexuais (Ottem, Carr, & Perks, 2007; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen, & Amsel, 2003, Sackett, Gates, Heckman-Stone, Kobus, & Galask, 2001; Schultz et al., 2005).

No entanto, contrariamente ao crescimento de estudos em torno do papel de fatores cognitivo-emocionais na dor crónica (Asgahari, Juaaleiha, & Godarsi, 2008; Ehde & Jensen, 2010; Jensen, Romano, Turner, Good, & Wald, 1999; Main, Foster, & Buchbinder, 2010; Turner, Jenssen, & Romano, 2000; Wash & Radcliffe, 2002) e em outras disfunções sexuais (Bancroft et al., 2003; Janssen, Everaerd, Spiering, & Janssen, 2000; Meana & Likins, 2009; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006ab, 2008ab; Nobre, Pinto Gouveia & Gomes, 2003; Oliveira e Nobre, 2012ab; Purdon & Holdaway, 2006; Seal & Meston, 2007; Vilarinho, 2010), poucos são os dados que têm demonstrado a forma como o afeto-traço, pensamentos automáticos negativos em contexto sexual e crenças sexuais disfuncionais se relacionam com a dor sexual.

Na literatura geral, o afeto positivo e negativo têm sido comumente estudados no âmbito do Modelo Tripartido de Clark e Watson (1991), que surgiu da tentativa destes autores em obterem uma maior compreensão dos estados de depressão e ansiedade. O afeto negativo encontra-se habitualmente relacionado com níveis elevados de stress e com emoções como o medo, a preocupação, a aversão, a raiva, a tristeza e a culpa (Anderson & Hope, 2008; Clark & Watson, 1991). Já o afeto positivo está habitualmente relacionado com um estado de entusiasmo, atividade, controlo e compromisso, correspondendo igualmente à capacidade de se manter uma visão positiva ao longo do tempo e perante diferentes situações. A ausência de afeto positivo está habitualmente correlacionada com a falta de prazer, apatia, desesperança, fadiga, letargia e lentidão motora (Aspinwall, 1998; Watson, Pennebaker, & Folger, 1987).

Apenas alguns estudos de natureza laboratorial exploraram a relação entre o afeto e a dor sexual (Brauer, de Jong, Huijding, Laan, & ter Kuile, 2009; Brauer, ter Kuile, Janssen, & Laan, 2007; Brauer, ter Kuile & Laan, 2009). De uma forma geral, os dados apontam para

a presença de maiores níveis de afeto negativo e menores níveis de afeto positivo perante a presença de estímulos sexuais, nas mulheres com diagnóstico de dispareunia. Um dos estudos experimentais realizados por Brauer e colaboradores (2007) demonstrou que a presença de ameaça relacionada com a ocorrência de um estímulo doloroso, durante a visualização de um filme erótico, despoleta mais respostas de afeto negativo e uma menor resposta sexual genital, quer em mulheres com dispareunia, quer em mulheres sem estas dificuldades. Contudo, de uma forma geral, as mulheres que sofrem de dor sexual experienciaram maiores níveis de emoções negativas e ameaça em ambas as condições experimentais (com ameaça e neutra), quando comparadas com as mulheres do grupo de controlo. Assim, segundo estes autores, a presença de um estímulo ameaçador parece exercer uma influência negativa na forma como as mulheres, em geral, avaliam o estímulo erótico, contribuindo para uma diminuição da excitação e um aumento de emoções características de afeto negativo. Todavia, mulheres com dispareunia parecem apresentar uma vulnerabilidade que se expressa numa avaliação mais negativa dos estímulos de natureza sexual em geral, promovendo uma diferenciação significativa entre estas mulheres e outras que não apresentam as mesmas dificuldades.

Estes resultados, ainda que escassos, são congruentes com os estudos que abordaram o afeto e as emoções negativas ao nível da sexualidade feminina (Burlison, Trevathan, & Todd, 2007; Cyranowski et al., 2004; Fortenberry, et al. 2005; Laan, Everaerd, van Berlo, & Rijs, 1995; Oliveira & Nobre, 2012b; ter Kuile, Both, & van Huden, 2010) e que demonstraram que a sua presença pode ser determinante no desenvolvimento de dificuldades sexuais (Laan et al., 1995; ter Kuile et al., 2010). Enquanto que a presença de emoções típicas de afeto positivo parecem contribuir para uma maior resposta de excitação, interesse e prazer sexual (Burlison et al., 2007; Laan et al., 1995; ter Kuile, Weijenborg, & Spinhoverm, 2010), a presença de humor negativo parece ter, por vezes, o efeito contrário (Cyranowski et al., 2004; Fortenberry, et al. 2005; Heiman, 2000), diminuindo a resposta e prazer sexual (Beck & Bozman, 1995; Dunn et al., 1999; Katz & Jardine, 1999; Lykins, Janssen, & Graham, 2006).

Também ao nível da dor crónica foram demonstrados os efeitos adversos das emoções características do afeto negativo, como a presença de maiores níveis de ansiedade e depressão, menores níveis de tolerância e maior sensibilidade à dor (Affleck et al., 1997; Beckham, Keefe, Caldwell, & Roodman, 1991; Geisser, Robinson, Milker, & Bade, 2003; Hawley & Wolfe, 1993; Hudson & Pope, 1990; van de Hout, Vlayen, Houben, Soeters, & Peters, 2001). Zautra e colaboradores (1999, 2001, 2005) chamaram recentemente a atenção para a importância do papel do afeto-estado positivo na recuperação da dor crónica e respetiva influência no afeto-estado negativo (Zautra et al., 2001). Segundo o modelo proposto por estes autores, o afeto-estado positivo poderá influenciar os níveis de bem-estar através da regulação do próprio afeto-estado negativo. Mais especificamente, é postulado que a presença de emoções características de afeto-estado positivo podem tornar a pessoa menos vulnerável a emoções negativas na presença de um acontecimento negativo, contribuindo assim para um aumento do bem-estar geral e influenciando as respetivas estratégias de *coping* (Zautra et al., 2001). Os resultados de um estudo pertencente aos mesmos autores contribuiu para a confirmação deste modelo, demonstrando que a presença de afeto-estado positivo resulta quer numa diminuição do nível do afeto-estado negativo, quer dos níveis de dor experienciadas e stress associado (Zautra et al., 2005).

Ao nível dos fatores cognitivos surgem as crenças, que correspondem a ideias que temos acerca de nós, dos outros ou do mundo, que guiam o processamento de informação e, conseqüentemente, as nossas emoções e comportamentos (Beck, 1996). Alguns estudos demonstraram que mulheres com o diagnóstico de vaginismo apresentam uma maior tendência para uma educação familiar baseada em crenças de que o sexo é errado ou de que não deve existir sexo pré-marital (Basson, 1996; Ward & Odgen, 1996). De uma forma geral, estas mulheres tendem ainda a apresentar crenças de que a penetração vai causar dor, sangramento ou algum tipo de lesão e a ideia de que a vagina é muito pequena (Reissing et al., 2003; Silverstein, 1989). Já estudos com mulheres com dispareunia demonstraram a presença de níveis mais significativos de erotofobia, que se refletem em sentimentos de culpa ou medo em relação ao sexo (Meana et al., 1997a; Reed, Advincula, Fonde, Gorenflo, & Haefner, 2003; Reissing et al, 2003; Sackett, Gates, Heckman-Stone, Kobus, & Galask,

2001) e medo de dor durante a relação sexual (Peters et al., 2007). Um estudo recente de Borg e colaboradores (2011) demonstrou que mulheres com o diagnóstico de vaginismo e dispareunia apresentam um maior grau de valores conservadores e um menor grau de valores liberais, em comparação com mulheres do grupo da população normal. Apesar de as diferenças terem sido apenas significativas para o grupo de mulheres com vaginismo, os autores defendem que este padrão de valores pode estar na base de uma sexualidade mais restritiva, que por sua vez poderá manter a respetiva problemática de dor.

Nobre e colaboradores (2003ab) desenvolveram vários instrumentos de avaliação que têm promovido a avaliação de fatores cognitivos nas disfunções sexuais. Um dos questionários, o Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (Nobre & Pinto Gouveia, 2003a), permite a avaliação de crenças disfuncionais sexuais (conservadorismo sexual, desejo sexual como pecado, crenças relativas à idade, crenças acerca da imagem corporal, crenças relacionadas com a negação da primazia do afeto e primazia da maternidade) que os autores defendem estar na base do desenvolvimento e manutenção de diferentes disfunções sexuais. O Questionário de Modos Sexuais (Nobre, Gomes, & Pinto- Gouveia, 2003b), além de outras dimensões, aborda os pensamentos automáticos em contexto sexual e permite avaliar pensamentos de abuso sexual, pensamentos de fracasso/desistência, pensamentos de falta de afeto, pensamentos de passividade, escassez de pensamentos eróticos e baixa autoimagem corporal. Os pensamentos automáticos são habitualmente definidos como cognições ou imagens que refletem a ativação, num determinado momento, de estruturas mais centrais do sistema cognitivo, como as crenças (Beck, 1967).

De uma forma geral, os estudos realizados com ambos os questionários demonstraram que ao baixo funcionamento sexual e à disfunção sexual estão associadas mais crenças sexuais disfuncionais, como o conservadorismo sexual, o desejo sexual como pecado, as crenças relacionadas com a idade e as crenças relacionadas com a imagem corporal (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006a; Vilarinho, 2010). Mulheres com o diagnóstico de vaginismo apresentaram significativamente mais crenças relacionadas com a idade do que mulheres da população geral (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008a). De forma congruente, também os pensamentos automáticos negativos em contexto sexual surgiram

significativamente associados a diferentes dificuldades sexuais (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008ab). Num dos estudos de Nobre e Pinto Gouveia (2008a), mulheres com o diagnóstico de vaginismo apresentaram níveis mais elevados de pensamentos de fracasso/desistência e escassez de pensamentos eróticos durante a atividade sexual, em comparação com mulheres da população geral. Os pensamentos de fracasso/desistência mostraram-se ainda como preditores significativos do vaginismo (Nobre & Pinto Gouveia, 2008a).

De uma forma geral, os estudos realizados ao nível da dor e disfunções sexuais apontam para o importante papel do afeto, dos pensamentos automáticos e das crenças sexuais disfuncionais no desenvolvimento e manutenção da sintomatologia característica da dor sexual. Contudo, a escassez de estudos nesta área não permite ter uma noção clara da influência específica de cada um destes fatores, principalmente se equacionadas como fatores de vulnerabilidade. Por outro lado, não é claro de que forma estas estruturas aproximam ou diferenciam estes três grupos clínicos que surgem na literatura frequentemente relacionados entre si, dificultando a conceptualização e compreensão da dor sexual.

O principal objetivo do presente estudo consistiu em avaliar o papel do afeto-traço negativo e positivo, dos pensamentos automáticos negativos em contexto sexual (pensamentos de fracasso/ desistência e escassez de pensamentos eróticos) e das crenças sexuais disfuncionais (crenças conservadoras, crenças de desejo sexual como pecado e crenças relativas à idade) nas mulheres que sofrem de dor sexual, comparando-as com três grupos específicos: mulheres com dor crónica, mulheres com outras dificuldades sexuais e mulheres da população geral. Tendo em conta os resultados dos estudos prévios consideraram-se as seguintes hipóteses de estudo:

- 1) As mulheres com dor sexual, disfunção sexual e dor crónica apresentam menores níveis de afeto-traço positivo e maiores níveis de afeto-traço negativo, que as mulheres com da população geral;
- 2) As mulheres com dor sexual e disfunção sexual apresentam mais pensamentos automáticos de fracasso/desistência e escassez de pensamentos eróticos, que as mulheres com dor crónica e população geral;

- 3) As mulheres com dor sexual e disfunção sexual apresentam mais crenças sexuais conservadoras, de desejo sexual como pecado e crenças relativas à idade, que as mulheres com dor crónica e população geral.

5.3. Métodos

5.3.1. Participantes e Instrumentos

Foram utilizados, no presente estudo, a Amostra 2 (ver Tabela 2) e os seguintes instrumentos (ver Capítulo III):

- a) Questionário Introdutório Geral (Oliveira et al., 2011);
- b) Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS; Watson et al., 1988);
- c) Questionário de Modos Sexuais (QMS; Nobre & Pinto Gouveia, 2002);
- d) Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD; Nobre et al., 2003b).

5.3.2. Análise de Dados

No presente estudo foram realizadas análises multivariadas da variância (MANOVAS) para avaliar a relação entre o afeto-traço, pensamentos automáticos negativos em contexto sexual, crenças sexuais disfuncionais e as dificuldades apresentadas pelos quatro grupos de mulheres. Em todas as análises univariadas, os níveis de significância foram ajustados com a fórmula de *Bonferroni*.

As correlações entre as diferentes variáveis dependentes foram fracas a moderadas e, em algumas análises, o teste de *M de Box* à homogeneidade da matriz de covariâncias não foi significativo, pelo que foram verificadas as condições necessárias para a realização deste tipo de análise. Nos casos em que o teste de *M de Box* foi significativo, recorreu-se ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis, seguido das comparações múltiplas das médias das ordens pelo teste *LSD de Fisher* (Maroco, 2007). Uma vez que os resultados finais destas análises não paramétricas não diferiram dos obtidos através das MANOVAS, procedeu-se à apresentação de todos os resultados tendo em conta a análise paramétrica.

5.4. Resultados

5.4.1. Afeto-Traço, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual

No sentido de avaliar a relação entre o afeto-traço e a presença de dor e dificuldades sexuais nas mulheres pertencentes aos quatro grupos em estudo, realizou-se uma análise multivariada da variância (MANOVA). Considerou-se como variável independente cada um dos grupos e respetivas dificuldades clínicas (1 = grupo com dor sexual, 2 = grupo com dor crónica, 3 = grupo com disfunção sexual, 4 = grupo da população geral) e como variáveis dependentes as duas dimensões do afeto-traço medidas pelo PANAS (Watson et al., 1988).

Tabela 6 - Afeto-Traço Positivo e Negativo em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 344)

Afeto-Ttraço	Grupos								F (3,343)	p	η^2
	Dor sexual (n = 87)		Dor Crónica (n=74)		Disf.Sexual (n=86)		Pop.Geral (n = 97)				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Afeto Positivo	17.99	5.49	18.39	5.40	17.57	5.89	18.63	4.89	0.66	.579	.006
Afeto Negativo	11.40	5.00	12.43	4.53	12.58	5.57	12.04	4.66	0.959	.412	.008

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

M= média; DP = desvio padrão.

O teste multivariado mostrou não haver um efeito estatisticamente significativo ao nível das dimensões do afeto-traço (lambda de *Wilks* = 0.971, $F[6, 678] = 1,67$ $p > .05$). Os resultados dos testes univariados (ver Tabela 6) confirmam a ausência de diferenças significativas ao nível dos diferentes grupos.

5.4.2. Pensamentos Automáticos Negativos em Contexto Sexual, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual

No sentido de avaliar a relação entre os pensamentos automáticos e a presença de dor e dificuldades sexuais, nas mulheres pertencentes aos quatro grupos em estudo, realizou-se uma MANOVA. Considerou-se como variável independente cada um dos grupos e respetivas dificuldades clínicas (1 = grupo com dor sexual, 2 = grupo com dor crónica, 3 = grupo com disfunção sexual, 4 = grupo da população geral) e como variáveis dependentes os pensamentos de fracasso/desistência e a escassez de pensamentos eróticos medidas pelo QMS (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003a).

Tabela 7 - Pensamentos Automáticos Negativos em Contexto Sexual em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 338)

Pensam. Automat.	Grupos								<i>F</i> (3,337)	<i>p</i>	η^2
	Dor sexual (<i>n</i> = 88)		Dor Crónica (<i>n</i> =70)		Disf.Sexual (<i>n</i> =82)		Pop.Geral (<i>n</i> = 98)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Pensam. Fracasso	10.08	3.86	8.32	3.47	10.17	3.15	6.50	2.14	27.41***	.000	.198
	a		b		a		c				
Escassez P.Eróticos	14.92	4.14	13.17	3.76	15.70	4.31	11.69	3.26	19.34***	.000	.148
	a		b		a		b				

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

Nota. Para cada fator, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o Teste de *Bonferroni* (*p* < .05). *M*= média; *DP* = desvio padrão.

O teste multivariado mostrou-se estatisticamente significativo (lambda de *Wilks* = 0.769, *F* [6, 666] = 15.56, *p* < .001). Os resultados dos testes univariados (ver Tabela 7) indicam efeitos estatisticamente significativos de ambos os tipos de pensamentos. Os contrastes simples à posteriori revelaram que as mulheres pertencentes aos grupos com dor sexual e disfunção sexual apresentam significativamente mais pensamentos de fracasso (*p* < .001) e uma maior escassez de pensamentos eróticos (*p* < .001) que as mulheres pertencentes ao grupo com dor crónica e população geral, não apresentando diferenças

entre si. Mulheres com dor crónica apresentaram igualmente mais pensamentos de fracasso ($p < .01$) que as mulheres pertencentes ao grupo da população geral.

5.4.3. Crenças Sexuais Disfuncionais, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual

No sentido de avaliar a relação entre as crenças sexuais e a presença de dor e dificuldades sexuais nas mulheres pertencentes aos quatro grupos em estudo, realizou-se igualmente uma MANOVA. Considerou-se como variável independente cada um dos grupos e respetivas dificuldades clínicas (1 = grupo com dor sexual, 2 = grupo com dor crónica, 3 = grupo com disfunção sexual, 4 = grupo da população geral) e como variáveis dependentes as crenças de conservadorismo sexual, crenças de desejo sexual como pecado e as crenças relacionadas com a idade avaliadas.

O teste multivariado mostrou não haver um efeito estatisticamente significativo ao nível das crenças (lambda de *Wilks* = 0.978, $F [9, 815] = 0.98$ $p > .05$). Os resultados dos testes univariados (ver Tabela 7) confirmam a ausência de diferenças significativas ao nível dos diferentes grupos.

Tabela 8 - Crenças Sexuais Disfuncionais em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 341)

Pensam. Automat.	Grupos								<i>F</i> (3,340)	<i>p</i>	η^2
	Dor sexual (<i>n</i> = 87)		Dor Crónica (<i>n</i> = 74)		Disf.Sexual (<i>n</i> = 81)		Pop.Geral (<i>n</i> = 99)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Crenças Conservadoras	10.91	0.43	11.18	0.47	11.06	0.45	10.95	0.41	0.07	.976	.001
Desejo como pecado	5.22	0.19	5.26	0.21	5.24	0.20	5.42	0.18	0.27	.848	.002
Crenças com Idade	5.70	0.26	5.88	0.28	6.00	0.27	5.37	0.24	1.18	.318	.010

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

M= média; DP = desvio padrão.

5.5. Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar o papel de fatores cognitivo-emocionais na dor sexual. Mais especificamente, pretendeu-se avaliar de que forma o afeto-traço, pensamentos automáticos negativos em contexto sexual e crenças sexuais disfuncionais se relacionam com a dor sexual, em comparação com outras problemáticas como a dor crónica, outros problemas sexuais e a ausência destas dificuldades.

Contrariamente ao esperado, os resultados demonstraram não haver diferenças significativas entre os quatro grupos relativamente ao afeto-traço, demonstrando que nem o afeto-traço positivo, nem o afeto-traço negativo emergem como determinantes na comparação das diferentes dificuldades abordadas no presente estudo. Uma possível explicação para estes resultados poderá relacionar-se com os níveis de consistência interna das dimensões de afeto-traço positivo e negativo na amostra em estudo, que foram inferiores aos valores considerados aceitáveis. Efetivamente, alguns estudos têm demonstrado que o afeto assume um papel significativo nestas diferentes problemáticas. Na dor crónica, a presença de maiores níveis de afeto negativo tem-se relacionado com uma maior sensibilidade e intensidade da dor (Affleck et al., 1997; Beckham et al., 1991; Geisser et al., 2003; Zautra et al., 1995). Ao nível das diferentes disfunções sexuais, alguns estudos têm discutido o afeto como determinante e, provavelmente um fator de vulnerabilidade no desenvolvimento de dificuldades desta natureza (Burleson et al., 2007; Cyranowski et al., 2004; Fortenberry, et al. 2005; Laan et al., 1995; Oliveira & Nobre, 2012b; ter Kuile et al., 2010). Também no que diz respeito à dor sexual, estudos laboratoriais demonstraram a presença de maiores níveis de afeto negativo e menores níveis de afeto positivo perante a presença de estímulos sexuais, nas mulheres com diagnóstico de dispareunia (Brauer et al., 2007, 2009ab; Nunns & Mandal, 1997; van Lankveld et al., 1996), levantando a hipótese de que estas mulheres, à semelhança de mulheres que sofrem de dor crónica e disfunção sexual, poderão apresentar uma vulnerabilidade emocional prévia, que ao ser ativada por um estímulo ameaçador doloroso, poderá conduzir a uma avaliação negativa da situação stressante, promovendo maiores níveis de emoções negativas e uma maior sensibilidade à dor. Ainda assim, é importante ressaltar que em muitos dos estudos

citados, o afeto é muitas vezes medido na sua dimensão estado ou através do uso de outras medidas que não o PANAS (Watson et al., 1988), correndo-se por isso o risco de estar a comparar constructos de diferentes naturezas.

Ao nível dos fatores cognitivos verificou-se, como previsto, que as mulheres pertencentes ao grupo com dor sexual e disfunção sexual apresentam significativamente mais pensamentos de fracasso/desistência e escassez de pensamentos eróticos do que as mulheres com dor crónica e mulheres da população geral. Por seu turno, mulheres com dor crónica apresentaram significativamente mais pensamentos de fracasso/desistência que as mulheres da população geral. No que diz respeito às crenças sexuais disfuncionais e, ao contrário do esperado, não se verificaram quaisquer diferenças significativas entre os quatro grupos. Uma das razões para esta inexistência de diferenças poderá estar relacionado com as características sociodemográficas das mulheres que participaram no estudo (mulheres jovens com nível de escolaridade médio a elevado), que por terem um maior acesso à informação e por terem sido sujeitas a padrões de educação mais flexíveis, diminui consideravelmente a probabilidade de uma interferência das crenças sexuais disfuncionais, especialmente crenças de natureza conservadora. Também o facto de o QCSD (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003b) não abordar algumas das crenças mais presentes em mulheres que sofrem de dor sexual como o medo da dor, sangramento ou lesão e dúvidas em relação ao tamanho da vagina (Reissing et al., 2003; Silverstein, 1989), poderá ter contribuído para a ausência de resultados.

Apesar disto, pensamentos como *“não estou a conseguir”*; *“quando é que isto acaba”*, a ausência de pensamentos como *“esta forma de falar excita-me”*; *“sou a mulher mais feliz do mundo”* estão claramente mais presentes em mulheres que apresentam dor sexual e em mulheres que apresentam dificuldades sexuais. Estes dados, além de serem congruentes com estudos desenvolvidos por Nobre e Pinto-Gouveia (2008a, 2008b) e Vilarinho (2010), que demonstraram a importância de pensamentos desta natureza em casos de vaginismo e outras disfunções sexuais, sublinham a importância da componente sexual no fenómeno da dor sexual, nem sempre totalmente valorizada no contexto da sua

conceptualização (Binik, 2005; Giesecke et al., 2004; Granot et al., 2002; Meana et al., 1997b; Pukall et al., 2002, 2005).

Estes resultados vêm assim reforçar a importância dos pensamentos de natureza sexual na vivência da dor, levando-nos a equacionar a presença de um mecanismo de interferência cognitiva com implicações ao nível da atenção e ansiedade, durante a relação sexual, e com uma influência na intensidade da dor sentida durante a penetração vaginal, chegando a impedir a mesma (Arnold, Bachmann, Kelly, Rosen, & Rhoads 2006; Ferrero, Esposito & Abbamonte, 2005). Este mesmo mecanismo pode estar na base de outras dificuldades sexuais e na dor crónica.

Tendo em conta a teoria cognitiva da ansiedade (Beck, 1976; Beck, Emery, & Greenberg, 1985) e o modelo de processamento de informação na excitação sexual (Janssen et al., 2000; Laan & Janssen, 2007), a avaliação de um estímulo como ameaçador, devido à associação negativa que se estabeleceu entre penetração e dor, poderá desviar a atenção destas mulheres dos estímulos eróticos, levando a baixos níveis de excitação sexual, baixos níveis de lubrificação, a um aumento do tónus muscular (ter Kuile & Weijnenborg, 2006; Van Lunsen & Ramakersm, 2002) e, conseqüentemente, à dor e sua manutenção. Este mesmo processo pode estar ainda na base da baixa frequência sexual apresentada por mulheres diagnosticadas com dispareunia (Meana et al., 1997a) e até mesmo no evitamento e cessação da atividade sexual frequentemente reportadas perante dificuldades desta natureza (Arnold et al., 2006; Ferrero et al, 2005; Webster, 1997).

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados com precaução, uma vez que existem várias limitações que podem comprometer a generalização dos resultados. Em primeiro lugar, as dificuldades apresentadas pelas diferentes participantes basearam-se na sua avaliação pessoal das dificuldades e respetiva autorresposta, o que não nos permite assegurar com total certeza que todas preenchem os critérios formais para a presença de dor sexual, dor crónica e disfunção sexual. Não foram igualmente controladas questões como a presença de outras doenças crónicas, comorbilidade com outras dificuldades psicológicas e uso de medicação que podem interferir de forma significativa com cada uma das problemáticas abordadas. Por outro lado, a baixa consistência interna de algumas

subescalas e o uso de apenas algumas dimensões de alguns questionários (com base nos resultados obtidos em estudos prévios) poderá ter limitado os resultados, impedindo uma compreensão mais generalizada do fenómeno de dor sexual ao nível das variáveis correspondentes. Este procedimento teve como objetivo não estender de forma exagerada o protocolo final e prevenir uma desistência exponencial da parte das participantes, aquando do preenchimento do mesmo. Finalmente, o facto de o estudo ter sido realizado *online* não permitiu a participação de pessoas que não tem acesso a este tipo de serviço. Este facto pode ter contribuído para que a maioria das participantes pertençam a uma faixa etária jovem e apresentem um nível de escolaridade médio-alto, o que não permite uma adequada generalização dos resultados para a população geral portuguesa.

Apesar destas limitações, o presente estudo vem reforçar a importância dos pensamentos na compreensão da dor sexual, levantando a hipótese do seu eventual papel como sintomatologia associada à dor sexual. Sendo o presente estudo apenas de carácter exploratório, é imperativo o desenvolvimento de mais estudos que avaliem estas dimensões e que permitam perceber qual a direção das relações entre estas diferentes variáveis. Assim, quer os estudos de carácter científico, quer a intervenção terapêutica, deverão encarar a dor sexual como um fenómeno multidimensional complexo e promover uma conceptualização mais clara que se reflita num modelo de intervenção abrangente e multidisciplinar para este tipo de dificuldades.

Capítulo VI

Atenção, Catastrofização e Perceção da Resposta
do Outro Significativo na Dor Sexual

6.1. Resumo

O principal objetivo do presente estudo consistiu em avaliar o papel da atenção, catastrofização e da percepção do tipo de resposta do outro significativo nas mulheres que sofrem de dor sexual, comparando-as com três grupos específicos: mulheres com dor crónica, mulheres com outras dificuldades sexuais e mulheres da população geral, sem nenhuma destas dificuldades.

Um total de 279 mulheres participou no estudo: 89 mulheres com dor sexual, 77 mulheres com dor crónica, 94 mulheres com disfunção sexual e 100 mulheres da população geral, sem nenhuma destas dificuldades. As participantes responderam a um conjunto de questionários que foram disponibilizados através de um *link online*, nomeadamente o PCS (Sullivan et al., 1995), o PVAQ (McCracken, 1997) e o WHYMPI (Kerns et al., 1985).

Os resultados mostraram que as mulheres com dor sexual e dor crónica apresentam maiores níveis de atenção, vigilância ($p < .001$) e catastrofização ($p < .001$) face à dor, quando comparadas com as mulheres com disfunção sexual e da população geral. Já ao nível da percepção da resposta do outro significativo, as mulheres com dor sexual apresentaram uma percepção significativamente menor de respostas solícitas ($p < .01$) quando comparadas com as mulheres com dor crónica e da população geral, havendo igualmente diferenças entre as mulheres com outras disfunções sexuais e da população geral ($p < .01$).

De uma forma geral, os resultados suportam a presença e importância dos estilos cognitivos de hipervigilância e catastrofização face à dor nas mulheres que sofrem de dor sexual e dor crónica. Também o papel das respostas solícitas da parte de uma pessoa significativa na vivência da dor assume um papel significativo, ainda que aqui a sua presença diferencie ambos os grupos com dor. As diferentes implicações dos presentes resultados são discutidas tendo em conta a avaliação e o tratamento da dor sexual.

6.2. Atenção, Catastrofização e Percepção da Resposta do Outro Significativo na Dor Sexual

A dor é um fenómeno perceptualmente complexo e influenciado por um conjunto variado de fatores biológicos e psicossociais como o contexto social, ambiental e cultural, e igualmente também por emoções, crenças, atitudes, expectativas e a consequente atribuição de significado (Turk & Okifuji, 2002). A sua vivência é variável (Turk, 1996), havendo diferentes níveis de impacto no funcionamento emocional, interpessoal, motivacional e físico (Turk & Okifuji, 2002).

A dor sexual é ainda uma temática pouco abordada e compreendida junto dos profissionais de saúde, sendo por vezes difícil a determinação da sua causa (Glatt, Zinner, & McCormack, 1990; Nusbaum, Gamble, Skinner & Heiman, 2000). Habitualmente, as perturbações de dor sexual são definidas tendo em conta duas dimensões clínicas, consideradas formalmente distintas: a dispareunia e o vaginismo (American Psychiatric Association, APA, 2000). Contudo, esta mesma conceitualização tem vindo a ser questionada e discutida por diferentes autores na literatura. Enquanto alguns autores defendem que a dor sexual deve ser considerada como uma perturbação da dor (Giesecke et al., 2004; Granot, Friedman, Yarnitzky, & Zimmer, 2002; Meana & Binik, 1994; Meana, Binik, Khalifé & Cohen, 1997b; Pukall, Binik, Khalifé, Amsel, & Abbott, 2002; Pukall et al., 2005), outros defendem uma conceitualização baseada nas disfunções sexuais (Ottem, Carr, & Perks, 2007; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen, & Amsel, 2003; Sackett, Gates, Heckman-Stone, Kobus, & Galask, 2001; Schultz et al., 2005).

Independentemente das limitações respeitantes à sua natureza e conceitualização e, à semelhança da dor crónica, é consensual a existência de dois estilos cognitivos citados na literatura como estando frequentemente associados às perturbações de dor sexual: a catastrofização, que corresponde à ideia de que o resultado final da experiência de dor vai ser o pior de todos (Granot & Lavee, 2005; Pukall et al., 2002; Sullivan, Lynch, & Clark, 2005) e a hipervigilância, que corresponde a um enviesamento da atenção para estímulos ou informação relacionada com a dor e a sua respetiva monitorização (Payne, Binik, Amsel, & Khalifé 2005; Payne et al., 2007).

A presença de ambos os estilos tem-se mostrado relacionada com um maior número de comportamentos defensivos perante situações causadoras de dor e de ameaça (Reissing, Binik, Khalifé, Cohen, & Amsel, 2004). Mais especificamente, e no que diz respeito à catastrofização, são vários os autores que teorizam que a sua presença poderá direcionar a atenção para a dor, aumentando a sua perceção através de processos de magnificação e ruminação e promovendo uma avaliação negativa das respetivas estratégias de *coping* (Rosenstiel & Keefe, 1983; Sullivan, Bishop, & Pivic, 1995; Sullivan et al., 2001). Na literatura relacionada com a dor crónica, este estilo cognitivo surge como um dos principais preditores das variações de dor (Holtzman & DeLongis, 2007; Sullivan, Stanish, Waite, Sullivan, & Trip, 1998), estando associado a maiores níveis de incapacidade (Martin et al., 1996), maior uso de medicação (Jacobson & Butler, 1996) e maior procura de serviços de saúde (Gill, Abrams, Phillips & Williams, 1992). Estudos respeitantes ao processamento de ameaça da dor geral dão suporte à presença de um desvio da atenção na presença de um estímulo negativo (Lundqvist & Öhman, 2005; Öhman, Flykt, & Esteves, 2001), bem como à dificuldade, que existe por parte de pessoas que sofrem de dor crónica, em interromper este processo cognitivo (Amir, Elias, Klumpp, & Preworski, 2003; Cisler, Ries, & Widner, 2007).

No que diz respeito à dor sexual, alguns estudos demonstraram que mulheres diagnosticadas com vestibulodinia apresentam maiores níveis de catastrofização quando comparadas com mulheres que sofrem de outro tipo de dor crónica ou mulheres da população geral (Granot & Lavee, 2005; Payne et al., 2007; Pukall et al., 2002). Segundo Pukall e colaboradores (2002), este fenómeno pode dever-se ao facto de muitas mulheres conviverem com a dor sexual durante muito tempo sem obterem efeitos positivos de tratamento, mesmo após várias tentativas de resolução do problema. Por outro lado, aspetos emocionais e íntimos relacionados com a presença da dor sexual poderão contribuir para um agravamento deste estilo cognitivo. Estes e outros estudos têm igualmente demonstrado que a catastrofização se encontra associada ao medo e ao nível de intensidade da dor, bem como a diferentes variáveis da personalidade, comportamentos de evitamento e enviesamento da atenção na dor sexual (Desrochers, Bergeron, Landry, &

Jodoin, 2008; Granot & Lavee, 2005; Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perry, 2004; Meana et al., 1997a).

Payne e colaboradores (2005) foram os primeiros a estudar os fatores atencionais em mulheres com dispareunia, sem recorrer exclusivamente a medidas de autorresposta. Estes autores levantaram a hipótese de que a ansiedade orientaria o processamento pré-atencional do estímulo ameaçador, enquanto o medo da dor orientaria, de forma explícita, a atenção para os estímulos ameaçadores. Ao avaliarem 17 mulheres com dor sexual, através de uma tarefa de *Stroop* Emocional, os autores demonstraram que as mulheres com dor sexual apresentam maiores níveis de hipervigilância à informação relacionada com dor, em comparação com as mulheres pertencentes à amostra de controlo. A ansiedade e o medo da dor emergiram como mediadores deste processo.

Também Brauer, ter Kuile, Janssen e Laan (2007) teorizaram que as mulheres com dispareunia poderão apresentar um desvio da atenção dos estímulos sexuais para estímulos não sexuais, devido à associação entre sexualidade e dor, estabelecida em relações sexuais prévias. Segundo os autores, o desvio da atenção pode conduzir a níveis mais baixos de excitação genital e subjetiva, a uma menor lubrificação e à consequente dor. Por sua vez, qualquer experiência sexual recente onde ocorra dor poderá exercer um papel reforçador de todo o mecanismo através da ativação das diferentes crenças e pensamentos e, consequentemente, resposta de ansiedade e medo da dor. Um estudo experimental recente de Lykins e colaboradores (2011) confirmou a existência de um desvio da atenção dos estímulos sexuais, comparando três grupos distintos de mulheres: mulheres com dor sexual persistente, mulheres com baixo desejo sexual e mulheres sem qualquer dificuldade a nível sexual. Através do uso do *Eye-Tracker* e do *Conner's Continuous Performance Test*, os autores verificaram que as mulheres com dispareunia prestam menos atenção aos aspetos sexuais das imagens em comparação com as mulheres com baixo desejo sexual e com as mulheres do grupo de controlo. Este padrão de atenção, e respetivo processamento de informação, além de sugerir uma distração das regiões mais sexuais das imagens, parece indicar a existência de uma resposta de evitamento aos estímulos sexuais. Embora o evitamento cognitivo pareça ser mais comum em mulheres com o diagnóstico de

vaginismo (Reissing et al., 2004), a baixa frequência sexual demonstrada por mulheres diagnosticadas com dispareunia parece indicar um padrão de resposta idêntico (Meana et al., 1997a).

Associado à dor crônica, e igualmente à presença destes estilos cognitivos, é também determinante o ambiente social que rodeia o indivíduo, nomeadamente o tipo de resposta dada aos comportamentos de dor da parte de uma pessoa significativa, mais comumente o parceiro. Modelos comportamentais e cognitivo-comportamentais (Fordyce, 1982; Turk, Meichenbaum, & Genest, 1983) defendem que através de mecanismos de aprendizagem e de condicionamento operante, este tipo de resposta pode influenciar, quer os comportamentos de dor, quer os níveis de incapacidade de quem sofre de uma condição de dor crônica. Vários estudos têm-se debruçado sobre esta temática, demonstrando a sua influência na forma como a pessoa experiencia e lida com a dor (Geisser, Cano & Leonard, 2005; Holtzman & DeLongis, 2007; Newton-John, 2002). Apesar de nem sempre os dados serem totalmente claros e congruentes (Campbell, Jordan & Dunn, 2012), a maioria dos estudos têm demonstrado que comportamentos solícitos, como a atenção e suporte (demonstrar simpatia ou preocupação) da parte do parceiro, parecem favorecer um aumento da intensidade da dor e diminuição do nível de atividade, bem como mais comportamentos de dor e maiores níveis de incapacidade (Block, Kremer & Gaylor, 1980; Boothby, Thorn, Overduin, & Ward, 2006; Campbell et al., 2012; Flor et al., 1995, 1987, 1988; Raichle, Romano, & Jensen, 2011; Romano et al., 1992, 1995, 2000). Adicionalmente, tem sido demonstrado que também respostas negativas de crítica ou evitamento da parte do outro significativo surgem frequentemente associadas a um maior nível de dificuldade perante a dor, quer em termos psicossociais, quer em termos funcionais (Boothby et al., 2004; Cano, 2004; Cano, Weisberg, & Gallagher, 2000; Kerns et al. 1990; Raichle, et al., 2011; Turk, Kerns, & Rosenberg, 1992).

No que diz respeito à dor sexual, apenas alguns estudos recentes abordaram esta temática. Um estudo de Desrosiers e colaboradores (2008) explorou de que forma o perfil do parceiro se correlaciona com a dor sentida pela mulher e respetivo funcionamento sexual. Os resultados demonstraram que não se verificam diferenças entre as mulheres com

dor sexual e as mulheres da população geral no ajustamento diádico, funcionamento sexual e ajustamento psicológico. Contudo, análises mais pormenorizadas demonstraram, à semelhança dos estudos no âmbito da dor crónica, que a percepção de um parceiro como sendo mais preocupado e solícito (dando mais suporte e estando mais atento) faz com que algumas mulheres experienciem níveis mais intensos de dor durante a relação sexual (Desrosiers et al., 2008). Este resultado foi posteriormente confirmado noutros estudos (Rosen, Bergeron, Glowacka, Delisle, & Lou Baxter, 2012a; Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert, & Steben, 2010). Segundo os autores, a resposta de atenção e suporte da parte do parceiro pode reforçar o evitamento da atividade sexual e passividade, bem como potenciar uma maior atenção e catastrofização face à dor (Rosen, Bergeron, Lambert, & Steben, 2012b), aumentando desta forma a intensidade da dor vulvovaginal. Por sua vez, respostas facilitativas da parte do parceiro tendem a associar-se a níveis mais baixos de intensidade da dor, bem como maiores níveis de satisfação sexual (Rosen et al., 2012a).

De uma forma geral, os diferentes estudos apontam para a presença dos estilos de hipervigilância e catastrofização perante a dor sexual, que poderão contribuir para uma distração dos estímulos sexuais, promoção de menores níveis de excitação e lubrificação e, conseqüentemente, para um aumento da intensidade da dor. Associada a estes mecanismos poderá estar a percepção da resposta do outro significativo face à dor. Respostas solícitas e de punição parecem ter a capacidade de aumentar a intensidade da dor e de contribuir para a cronicidade da dor, quer através de um reforço dos estilos cognitivos associados, quer através da manutenção dos comportamentos de desistência e evitamento. No entanto, os poucos estudos no domínio da dor sexual e as limitações que lhes são subjacentes, não permitem uma compreensão total da relação entre estas variáveis e a dor sexual, nem de que forma cada um destes fatores aproxima ou diferencia os três grupos clínicos (dor sexual, dor crónica e disfunção sexual), que surgem na literatura frequentemente relacionados entre si.

Assim, o principal objetivo do presente estudo consistiu em avaliar de que forma a percepção e vigilância à dor (atenção à dor e atenção às mudanças da dor), a catastrofização da dor (ruminação, magnificação e desânimo) e a percepção da resposta do outro

significativo face à dor (respostas de punição, solícitas e distratoras) se relacionam com as mulheres que sofrem de dor sexual e as diferenciam de três grupos específicos: mulheres com dor crónica, mulheres com outras dificuldades sexuais e mulheres da população geral, sem nenhuma destas dificuldades. Tendo em conta a revisão da literatura consideraram-se as seguintes hipóteses de estudo:

- a) As mulheres com dor sexual e dor crónica apresentam maiores níveis de atenção à dor e às mudanças da dor que as mulheres com disfunção sexual e da população geral;
- b) As mulheres com dor sexual e dor crónica apresentam maiores níveis de ruminação, magnificação e desânimo que as mulheres com disfunção sexual e da população geral;
- c) As mulheres com dor sexual e dor crónica apresentam uma maior percepção de respostas solícitas da parte do outro significativo que as mulheres com disfunção sexual e da população geral.

6.3. Métodos

6.3.1. Participantes e Instrumentos

Foram utilizados, no presente estudo, a Amostra 2 (ver Tabela 2) e os seguintes instrumentos (ver Capítulo III):

- a) Questionário Introdutório Geral (Oliveira et al., 2011);
- b) Questionário de Desânimo Associado à Dor (PCS; Sullivan et al., 1995);
- c) Questionário de Percepção e Vigilância à Dor (PVAQ; McCracken, 1997);
- d) Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale (WHYMPI; Kerns et al., 1985).

6.3.2. Análise de Dados

No presente estudo foram realizadas análises multivariadas da variância (MANOVAS) para avaliar a relação entre a atenção, vigilância e catastrofização à dor, percepção da resposta do outro significativo perante a dor e as dificuldades apresentadas pelos quatro grupos que participam no estudo. As correlações entre as diferentes variáveis

dependentes foram fracas a moderadas e, em algumas análises, o teste de *M* de *Box* à homogeneidade da matriz de covariâncias não foi significativo, pelo que foram verificadas as condições necessárias para a realização deste tipo de análise. Nos casos em que o teste de *M* de *Box* foi significativo, recorreu-se ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, seguido das comparações múltiplas das médias das ordens pelo teste *LSD de Fisher* (Maroco, 2007). Uma vez que alguns dos resultados finais destas análises não paramétricas não diferiram dos obtidos através das MANOVAS, procedeu-se à apresentação dos respetivos resultados tendo em conta a análise paramétrica.

Em todas as análises univariadas paramétricas, os níveis de significância foram ajustados com a fórmula de *Bonferroni*.

6.4. Resultados

6.4.1. Percepção e Vigilância da Dor na Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual

No sentido de avaliar a relação entre a percepção e a vigilância à dor e a presença de dor e dificuldades sexuais nas mulheres pertencentes aos quatro grupos em estudo, realizou-se uma análise multivariada da variância (MANOVA). Considerou-se como variável independente cada um dos grupos e respetivas dificuldades clínicas (1 = grupo com dor sexual; 2 = grupo com dor crónica; 3 = grupo com disfunção sexual; 4 = grupo da população geral) e como variáveis dependentes as duas dimensões do PVAQ (McCracken, 1997).

O teste multivariado (lambda de *Wilks* = 0.877, $F [6, 608] = 6.86$, $p < .001$) mostrou-se estatisticamente significativo. Os resultados dos testes univariados (ver Tabela 9) indicam efeitos estatisticamente significativos as duas dimensões do PVAQ. Os contrastes simples à posteriori revelaram que as mulheres com dor sexual e dor crónica apresentaram significativamente mais atenção à dor ($p < .001$), que as mulheres pertencentes à população geral e maiores níveis de atenção à mudança da dor ($p < .001$), que as mulheres com disfunção sexual e da população geral. Esta última dimensão demonstrou uma maior magnitude do efeito ($\eta^2 = .11$) que a atenção à dor ($\eta^2 = .06$).

Tabela 9 - Percepção e Vigilância da Dor em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 308)

PVAQ	Grupos								F (3,307)	P	η^2
	Dor Sexual (n=80)		Dor Crónica (n=65)		Disf.Sexual (n=72)		Pop.Geral (n=91)				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Atenção Dor	27.56 a	0.80	28.19 a	0.89	25.40 ab	0.85	23.85 b	0.75	6.16***	.000	.057
Atenção Mud. Dor	20.30 a	0.58	21.03 a	0.66	16.63 b	0.63	17.35 b	0.56	12.09***	.000	.107

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

Nota. Para cada fator, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o Teste de *Bonferroni* ($p < .05$). M= média; DP = desvio padrão. Disf.Sexual = disfunção sexual. PVAQ = questionário de atenção e vigilância à dor. Atenção Mud. Dor = atenção às mudanças de dor.

6.4.2. Catastrofização na Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual

No sentido de avaliar a relação entre catastrofização e a presença de dor e dificuldades sexuais nas mulheres pertencentes aos quatro grupos em estudo, realizou-se igualmente uma MANOVA. Considerou-se como variável independente cada um dos grupos e respetivas dificuldades clínicas (1 = grupo com dor sexual; 2 = grupo com dor crónica; 3 = grupo com disfunção sexual; 4 = grupo da população geral) e como variáveis dependentes as dimensões de ruminação, magnificação e desânimo face à presença de dor.

O teste multivariado (lambda de *Wilks* = 0.888, $F [9, 754] = 4,21$, $p < .001$) mostrou-se estatisticamente significativo. Os resultados dos testes univariados (ver Tabela 10) indicam efeitos estatisticamente significativos de todas as dimensões avaliadas.

Os contrastes simples à posteriori revelaram que as mulheres pertencentes aos grupos com dor sexual e dor crónica apresentam significativamente maiores níveis de magnificação ($p < .001$) e desânimo face à dor ($p < .001$) que as mulheres com disfunção sexual e da população normal. Tendo em conta a dimensão de ruminação, as mulheres com dor sexual apresentaram valores significativamente mais elevados que as mulheres com disfunção sexual ($p < .05$) e da população geral ($p < .001$), enquanto que as mulheres com dor crónica apresentaram valores significativamente superiores apenas relativamente

às mulheres da população geral ($p < .05$). O desânimo foi a dimensão com maior magnitude do efeito ($\eta^2 = .10$), seguido da ruminação ($\eta^2 = .06$) e magnificação ($\eta^2 = .06$).

Tabela 10 - Catastrofização da Dor em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 316)

PCS	Grupos								<i>F</i> (3,315)	<i>p</i>	η^2
	Dor Sexual (<i>n</i> =85)		Dor Crónica (<i>n</i> =67)		Disf.Sexual (<i>n</i> =72)		Pop.Geral (<i>n</i> = 92)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Ruminação	8.69 a	0.52	8.22 ab	0.58	6.43 bc	0.56	5.86 c	0.50	6.85***	.000	.062
Magnificação	4.04 a	0.30	4.34 a	0.33	2.79 b	0.32	2.90 b	0.28	6.36***	.000	.058
Desânimo	9.08 a	0.61	9.52 a	0.69	5.75 b	0.66	5.47 b	0.59	11.45***	.000	.099

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

Nota. Para cada fator, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o Teste de *Bonferroni* ($p < .05$). *M*= média; *DP* = desvio padrão. PCS =questionário de desânimo associado à dor. Disf.Sexual = disfunção sexual.

6.4.3. Percepção da Resposta do Outro Significativo na Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual

No sentido de avaliar a percepção do tipo de resposta do outro significativo em relação à presença da dor nos quatro grupos em estudo, realizou-se uma MANOVA não paramétrica, uma vez que não foi cumprido o princípio da homogeneidade das matrizes de variância-covariância, medido pelo teste *M* de Box. Considerou-se como variável independente cada um dos grupos e respetivas dificuldades clínicas (1 = grupo com dor sexual; 2 = grupo com dor crónica; 3 = grupo com disfunção sexual; 4 = grupo da população geral) e como variáveis dependentes as duas dimensões avaliadas pelo WHYMPI (Kerns, Turk & Rudy, 1985).

Tabela 11 - Percepção da Resposta do Outro Significativo em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 303)

WHYMPI	Grupos								χ^2_{KW} (3,302)	P	η^2
	Dor Sexual (n = 77)		Dor Crónica (n=66)		Disf.Sexual (n=71)		Pop.Geral (n = 89)				
	MR	DP	MR	DP	MR	DP	MR	DP			
RPunição	143.9	85.0	159.4	87.2	166.7	87.8	141.7	85.0	4.47	.215	.015
RSolícitas	122.2	80.1	150.6	89.8	136.2	88.1	168.5	72.2	13.48**	.004	.047
	a		bc		ab		c				
RDistractoras	129.6	88.5	162.5	83.9	143.9	93.3	160.9	77.1	7.36	.061	.025

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

Nota. Para cada fator, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o *Teste LSD de Fisher* ($p < .05$). M= média; DP = desvio padrão. Disf.Sexual = disfunção sexual. WHYMPI = Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale. RPunição = resposta de punição. RSolícitas = resposta solícitas. RDistractoras = respostas distractoras.

De acordo com o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* existiram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos na dimensão das respostas solícitas ($\chi^2 [3] = 13.48, p < .01$). Na comparação múltipla de médias das ordens (ver Tabela 11) as mulheres com dor sexual apresentam uma menor frequência de respostas solícitas por parte do outro significativo ($p < .01$), do que as mulheres com dor crónica e população geral. O mesmo resultado surgiu em relação ao grupo com disfunção sexual, quando comparado com as mulheres da população geral ($p < .01$). Esta dimensão apresentou uma pequena magnitude do efeito ($\eta^2 = .05$).

6.5. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar algumas das variáveis que têm sido amplamente estudadas no contexto da dor crónica, em mulheres que apresentam dor sexual. Mais especificamente, pretendeu-se avaliar de que forma a atenção, catastrofização e percepção da resposta do outro significativo perante a dor diferenciam as mulheres com dor sexual de mulheres que apresentam outras problemáticas, como a dor

crónica e outras disfunções sexuais, bem como de mulheres pertencentes à população geral sem nenhuma destas dificuldades.

De uma forma geral, os resultados mostraram que as mulheres com dor sexual e com dor crónica apresentam maiores níveis de percepção, vigilância e catastrofização perante a dor, que as mulheres com outras disfunções sexuais e mulheres da população geral. Mais especificamente, ambos os grupos com dor apresentaram significativamente maiores níveis de atenção à dor (*“foco-me nas sensações aquando a dor começa ou aumenta”*; *“sou rápida a notar as mudanças no local ou extensão da dor”*), de magnificação (*“fico com medo que a dor piore”*; *“pergunto-me se poderá acontecer alguma coisa de grave”*) e de desânimo (*“sinto que não consigo continuar”*; *“não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor”*) que os restantes grupos. As mulheres com dor sexual manifestaram ainda significativamente maiores níveis de ruminação da dor (*“quero ansiosamente que a dor desapareça”*; *“não consigo deixar de pensar nisso”*) que as mulheres que experienciam outras disfunções sexuais e da população geral. Estes resultados confirmam as hipóteses do presente estudo, estando igualmente de acordo com os dados encontrados na literatura, quer ao nível dos estudos realizados no âmbito da dor crónica (Amir et al., 2003; Cisler et al., 2007; Holtzman & DeLongis, 2007; Lundqvist & Ohman, 2005; Ohman et al., 2001; Sullivan et al., 1998), quer na dor sexual (Desrochers et al., 2008; Granot & Lavee, 2005; Keefe et al., 2004; Meana et al., 1997a; Granot & Lavee, 2005; Payne et al., 2007; Pukall et al., 2002).

Assim, as mulheres com dor sexual, à semelhança das mulheres com dor crónica, parecem apresentar um desvio da atenção para a dor que poderá estar associado à presença de um estilo cognitivo de catastrofização e, provavelmente, à presença de emoções características de afeto negativo, como a ansiedade e o medo da dor (Brauer et al., 2007; Payne et al., 2005). Este mesmo desvio da atenção e consequente hipervigilância pode contribuir para um aumento da intensidade da dor sentida (Desrochers et al., 2008; Granot & Lavee, 2005; Keefe et al., 2004; Meana et al., 1997a), e, nas mulheres com dor sexual para um decréscimo da qualidade e frequência da vida sexual (Meana et al., 1997a). O não foco ou evitamento das pistas sexuais (Lykins et al., 2011), devido à associação estabelecida entre

sexualidade e dor, e possível ativação de diferentes crenças e pensamentos disfuncionais, pode conduzir a níveis mais baixos de excitação genital e subjetiva, a uma menor lubrificação e ao surgimento da dor e respetivo aumento da intensidade.

Já os níveis de ruminação apresentados por estas mulheres, superiores a todos os outros grupos, ainda que não de forma significativa em relação ao grupo com dor crónica, poderão estar relacionados com o facto de estas mulheres conviverem com esta problemática (e possível agravamento) durante muito tempo, sem recorrerem a qualquer tipo de tratamento, ou por não conseguirem obter efeitos positivos do mesmo (Pukall et al., 2002). Note-se que as participantes com dor sexual reportam uma vivência média de 5 anos com esta problemática, sendo que cerca de 81,4% nunca recorreu a qualquer tipo de tratamento. Este é um valor bastante elevado e que pode ter na sua base quer um sentimento de vergonha e inadequação face ao problema, bem como o esquecimento ou incapacidade dos diferentes profissionais de saúde em avaliar estas e outras problemáticas relacionadas com a sexualidade feminina.

Outros fatores poderão contribuir e estar relacionados com o desenvolvimento e manutenção da dor sexual e dos estilos cognitivos associados, nomeadamente fatores relacionais. No que diz respeito à percepção da resposta do outro significativo, os resultados mostraram que as mulheres com dor sexual apresentam significativamente uma menor percepção de respostas solícitas (“*o outro significativo pergunta como me pode ajudar*”; “*o outro significativo assume os meus trabalhos ou responsabilidades*”) da parte do parceiro ou outra pessoa significativa em relação à dor, em comparação com as mulheres com dor crónica e da população geral, verificando-se igualmente diferenças entre as mulheres com outra disfunção sexual e da população geral. Ao nível das respostas de punição (“*o outro significativo expressa irritação*”; “*o outro significativo expressa frustração*”) ou distratoras (“*o outro significativo tenta que eu me envolva em alguma atividade*”) não foram encontradas diferenças entre os diferentes grupos. Estes resultados sugerem que a frequência das respostas de natureza punitiva e distratora surgem como transversais a todos os grupos em estudo, enquanto que a percepção de respostas de natureza solícita emergem como sendo claramente de menor frequência nas mulheres que apresentam dor

sexual e outras dificuldades sexuais (estes dois grupos não apresentaram diferenças entre si), comparativamente com o grupo de dor crónica. Apesar de não podermos inferir acerca da implicação que a presença de respostas desta natureza tem na vivência da dor sexual, como aliás tem sido demonstrado em alguns estudos (Desrosiers et al., 2008; Rosen et al., 2012a; Rosen et al., 2010), a sua presença poderá ter diferentes implicações, comparativamente com a dor crónica.

Uma razão plausível para o surgimento deste resultado pode estar relacionada com a natureza das questões que surgem na subescala deste questionário. Tendo WHYMPI (Kerns, Turk & Rudy, 1985) sido desenvolvido para a avaliação de diferentes dimensões relacionadas com a vivência da dor crónica, algumas questões poderão estar desenquadradas de determinadas características específicas da dor sexual, principalmente ao nível da sua interferência na vida diária destas mulheres, incluindo o próprio relacionamento com o/a parceiro/a ou outra pessoa significativa.

Por outro lado, também podemos equacionar que algumas características relacionadas com a vivência desta problemática, por parte destas mulheres, podem proporcionar uma menor tendência para o surgimento de respostas solícitas por parte dos seus companheiros. Entre elas, a baixa ou total cessação da atividade sexual e as consequências negativas para o parceiro (Arnold et al., 2006; Ferrero et al., 2005; Meana et al., 1997a; Webster, 1997) ou, pelo contrário, o facto de algumas mulheres continuarem a envolver-se frequentemente em relações sexuais na presença da dor, quer por sentirem obrigação de satisfazer o seu parceiro, quer pela necessidade de experienciar prazer emocional e físico, decorrente da intimidade (Gordon et al., 2003). Adicionalmente, padrões relacionais semelhantes poderão explicar o facto de as mulheres que apresentaram outras disfunções sexuais manifestarem uma menor percepção de respostas solícitas, comparativamente com as mulheres da população geral e com dor crónica (neste caso sem significância estatística).

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados com precaução, uma vez que existem várias limitações que podem comprometer a generalização dos resultados. Em primeiro lugar as dificuldades apresentadas pelas diferentes participantes basearam-se na

sua avaliação pessoal das dificuldades e respetiva autorresposta, o que não nos permite assegurar com total certeza que todas preenchem os critérios formais para a presença de dor sexual, dor crónica e disfunção sexual. Não foram igualmente controladas questões como a presença de outras doenças crónicas, comorbilidade com outras dificuldades psicológicas e uso de medicação, que podem interferir de forma significativa com cada uma das problemáticas abordadas. Por outro lado, a baixa consistência interna de algumas subescalas de alguns questionários, na presente amostra, poderá ter limitado os resultados.

Finalmente, o facto de o estudo ter sido realizado *online* não permitiu a participação de pessoas que não têm acesso a este tipo de serviço. Este facto pode ter contribuído para que a maioria das participantes pertençam a uma faixa etária jovem e apresentem um nível de escolaridade médio-alto, o que não permite uma adequada generalização dos resultados para a população geral portuguesa.

Apesar destas limitações, o presente estudo vem reforçar a importância do papel da hipervigilância e da catastrofização na vivência da dor sexual. Ambos os estilos cognitivos, provavelmente interrelacionados entre si, poderão ser responsáveis por maiores níveis de intensidade da dor e maiores níveis de incapacidade, de resto semelhante aos casos de mulheres com dor crónica. Apesar de não ser totalmente claro o processo através do qual atuam, a sua presença poderá influenciar a qualidade de vida sexual destas mulheres e seus companheiros, provocando uma distração das pistas eróticas e promovendo menores níveis de excitação e lubrificação, e conseqüente aumento de dor e cessação da atividade sexual. Relacionada com esta dinâmica, surge o tipo de resposta dada pelo/a parceiro/a, que no presente estudo não aproximou, como esperado, as mulheres que apresentam dor sexual das que sofrem de dor crónica, mas sim das mulheres que apresentam outras disfunções sexuais. Assim, podemos equacionar que a presença de respostas, nomeadamente de natureza solícita, poderá ter diferentes implicações na forma como a mulher lida, ora com a dor sexual e outras dificuldades sexuais, ora com a dor crónica. Em última análise, poderemos equacionar que, devido à natureza distinta, íntima e relacional de uma relação sexual, a ausência de respostas de suporte e solícitas da parte do parceiro poderá exercer um papel de manutenção destas dificuldades, através da possível

manifestação de falta de interesse e motivação face ao relacionamento íntimo, contribuindo inclusive para a maximização da interferência dos estilos cognitivos anteriormente abordados.

Ainda assim, o presente estudo é apenas de carácter exploratório, sendo imperativo o desenvolvimento de outros estudos que avaliem estas e outras dimensões mais direccionadas para a natureza da dor sexual, e que permitam perceber qual a direcção das relações entre estas diferentes variáveis. Por outro lado, apesar de os resultados suportarem semelhanças entre as perturbações de dor sexual e dor crónica, é igualmente evidente a sua relação com outras dificuldades sexuais. Assim, julgamos ser mais vantajoso encarar a dor sexual como um fenómeno multidimensional e complexo, no sentido de promover uma conceptualização mais clara e abrangente, reforçando igualmente um modelo de intervenção multidisciplinar para este tipo de dificuldades.

Capítulo VII

Autoestima, Ajustamento Diádico e
Funcionamento Sexual na Dor Sexual

7.1. Resumo

O principal objetivo do presente estudo consistiu em avaliar o papel da autoestima, autoestima sexual, ajustamento diádico e funcionamento sexual nas mulheres que sofrem de dor sexual, comparando-as com três grupos específicos: mulheres com dor crónica, mulheres com outras dificuldades sexuais e mulheres da população geral, sem nenhuma destas dificuldades.

Um total de 279 mulheres participou no estudo: 89 mulheres com dor sexual, 77 mulheres com dor crónica, 94 mulheres com disfunção sexual e 100 mulheres da população geral, sem nenhuma destas dificuldades. As participantes responderam a um conjunto de questionários que foram disponibilizados através de um *link online*, nomeadamente o SES (Rosenberg, 1989), o SSEs (Snell & Papin, 1989), o DAS-7 (Hunsley et al., 2001) e o FSFI (Rosen et al., 2000).

Os resultados mostraram que todos os grupos clínicos apresentam significativamente menores níveis de autoestima ($p < .001$) que as mulheres da população geral. Já no que diz respeito à autoestima sexual, todos os grupos mostraram diferenças significativas entre si ($p < .001$), verificando-se valores mais baixos desta variável nos grupos com disfunção sexual e dor sexual. Apenas as mulheres com disfunção sexual apresentaram valores significativamente mais baixos no ajustamento diádico ($p < .01$) comparativamente com a população geral. Finalmente, e no que diz respeito ao funcionamento sexual, ambos os grupos com dor sexual e disfunção sexual apresentaram de uma forma geral, valores significativamente inferiores ($p < .001$) nas diferentes dimensões avaliadas, em comparação com os grupos de dor crónica e da população geral. Ao nível da dimensão do desejo, apenas se verificaram diferenças entre o grupo de dor sexual e a população geral ($p < .001$), e entre o grupo com disfunção sexual ($p < .001$) e os grupos com dor crónica e da população geral.

De uma forma geral, os resultados demonstraram a importância da autoestima, autoestima sexual e das diferentes dimensões do funcionamento sexual na vivência da dor sexual, aquando da sua comparação com as problemáticas da dor crónica e outras

disfunções sexuais. Várias implicações em torno da concetualização e tratamento desta problemática são discutidas.

7.2. O Papel da Autoestima, Ajustamento Diádico e Funcionamento Sexual na Dor Sexual

A dor sexual tem sido concetualizada ora como uma perturbação da dor (Binik, 2005; Binik, Meana, Berkely, & Khalifé, 1999; Binik, Pukall, Reissing, & Khalifé, 2001; Granot, Friedman, Yarnitksky, & Zimmer, 2002; Meana & Binik, 1994; Meana, Binik, Khalifé & Cohen, 1997b; Pukall et al., 2005), ora como uma disfunção sexual (Ottem, Carr, & Perks, 2007; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen, & Amsel, 2003, Sackett, Gates, Heckman-Stone, Kobus, & Galask, 2001; Schultz et al., 2005), não sendo ainda clara a influência que determinadas variáveis psicossociais exercem no desenvolvimento e manutenção da dor sexual.

Uma dessas variáveis é a autoestima, que consiste numa visão global de nós mesmos, baseada numa avaliação de diferentes características individuais e associada a um sentido de valor pessoal (Rosenberg, 1965, 1979). É uma dimensão que tem a capacidade de influenciar o funcionamento psicológico (Bosson & Swann, 2009; Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arnde, & Schimel, 2004; Rosenberg, 1965, 1979; Tafarodi & Swann, 1995), estando relacionada com o bem-estar ao longo da vida, afetando a motivação, comportamento e nível de satisfação com a vida em geral (Guindon, 2009).

Poucos estudos têm abordado este constructo especificamente no contexto da dor sexual. Contudo, alguns dados gerais demonstraram que a dispareunia e o vaginismo se associam a níveis mais baixos de autoestima e autoconceito (Gordon, Panahian-Jand, McComb, Melegari, & Sharp, 2003; Nunns & Mandal, 1997; Reed, Advincula, Fonde, Gorenflo, & Haefner, 2003; Sánchez Bravo, Meléndez, Ayala, & Almaraz, 2010).

A mesma associação surge ao nível de vários problemas de saúde (Goldberg & Fitzpatrick, 1980, Orth, Trzesniewski, & Robins, 2010), incluindo a dor crónica (Davis, 2000; Fry, Crisp, Beard, & McGuigan, 1993; Grumm, Erbe, von Collari, & Nestler, 2008). Um estudo de Dysvik e colaboradores (2005) demonstrou que um baixo nível de

autoestima em pessoas que sofrem de dor crónica, surge como preditor significativo de estratégias de *coping* focadas na emoção (tentativa de controlo ou minimização das emoções negativas), promovendo uma avaliação mais catastrófica da dor e a uma maior dificuldade de adaptação à vivência da mesma. Contrariamente, um nível mais elevado desta dimensão associou-se a estratégias de *coping* baseadas no problema, ou seja, na capacidade para definir o problema e escolher soluções alternativas, e igualmente a taxas mais baixas de depressão (Dysvik, Natvig, Eikeland, & Lindstrøm, 2005). Um outro estudo mais recente, com uma amostra representativa de adolescentes canadianos (Stanford, Chambers, Biesanz, & Chen, 2008), demonstrou que jovens com idades compreendidas entre os 10-11 anos com baixa autoestima e com dor recorrente, apresentam uma maior tendência para ter uma maior frequência de dor nos anos subsequentes. Estes resultados levantam a hipótese de que baixos níveis de autoestima podem predispor os indivíduos para uma maior vulnerabilidade à dor (Dysvik et al., 2005).

Também ao nível do comportamento e bem-estar sexual se verificou uma associação positiva entre esta variável e a satisfação sexual, a estabilidade na relação e o respetivo nível de comunicação (Hally & Pollack, 1993, Hurlbert & Whitaker, 1991; Larson, Anderson, Holman & Niemann, 1998; Belanger, Piche, & Trudel, 2000; Shackelford, 2001, Vilarinho, 2010). No entanto, relativamente ao funcionamento sexual propriamente dito, e contrariamente ao esperado (Heiman, 2002), surgem alguns dados contraditórios na literatura. Enquanto que nalguns estudos a autoestima surgiu positivamente associada ao orgasmo e negativamente relacionada com a resposta de excitação (Hurlbert & Whitaker, 1991; Rehbein-Narvaez, Garcia-Vázquez, & Madson, 2006), outros estudos demonstraram a ausência de associações significativas com o desejo, a excitação e a aversão sexual (Piche et al., 2000; Rehbein-Narvaez et al., 2006). Já num estudo de Hurlbert e colegas (2005), em que são avaliadas mulheres diagnosticadas com desejo sexual hipoativo, a ausência de stress sexual emergiu como preditor significativo da autoestima. De forma congruente, um estudo recente de Vilarinho (2010) demonstrou que mulheres sexualmente funcionais apresentam níveis significativamente mais elevados de autoestima, comparativamente a mulheres sexualmente menos funcionais.

Relacionada com a autoestima encontra-se a autoestima sexual, embora seja frequentemente apresentada na literatura como uma dimensão distinta (Oattes & Offman, 2007). Definida como o valor que cada um atribui a si mesmo como ser sexual (e.g. atraente/não atraente, competente/incompetente), incluindo aspetos relacionados com a identidade e aceitação sexual (Mayers, Heller, & Heller, 2003), este constructo tem sido raramente abordado no contexto da dor crónica e dor sexual. Ao nível da dor sexual, apenas o estudo de Gates e colaboradores (2001) demonstrou que mulheres que sofrem de vulvovestibulite apresentam menor autoestima sexual e menor satisfação sexual, comparativamente a mulheres que não apresentam esta dor sexual. No que diz respeito à dor crónica, não foram encontrados estudos que abordassem a influência da autoestima sexual. Contudo, alguns dados demonstraram que a presença de problemas de saúde exerce um efeito negativo na forma como a mulher se avalia como ser sexual (Muehrer, Keller, Powwattana, & PornChaikate, 2006).

Já ao nível do funcionamento sexual, alguns estudos comprovaram a relação significativa com a autoestima sexual e a imagem corporal (Anderson & Le Grand, 1991; Faith & Schare, 1993; Seal, Bradford, & Meston, 2009; Trappnell, Meston & Gorzalka, 1997; Weaver & Byers, 2006). Weaver e Byers (2006), ao avaliarem cerca de 214 universitárias, verificaram que as mulheres com pior imagem corporal reportam significativamente menores níveis de assertividade e autoestima sexual, bem como maiores níveis de ansiedade sexual e um maior número de problemas sexuais. Congruentemente, outros estudos recentes demonstraram que níveis mais elevados de autoestima sexual se encontram positivamente relacionados quer com a satisfação, quer com o funcionamento sexual (Ménard & Offman, 2009; Vilarinho, 2010), emergindo inclusive como preditores significativos do desejo sexual (Kontula & Haavio-Mannila, 2009).

Face a isto, é igualmente congruente que o funcionamento sexual e a qualidade da relação com o companheiro se mostrem relacionados com a dor sexual. Também aqui a literatura não é extensa. Alguns estudos demonstraram que mulheres com dispareunia apresentam uma menor frequência de relações sexuais e masturbação, menores níveis de desejo, excitação e prazer sexual, e uma maior dificuldade em atingir o orgasmo através da

relação sexual e estimulação oral. Estes estudos revelaram ainda uma maior tendência para estas mulheres apresentarem sentimentos de culpa ou inadequação por não haver um envolvimento como desejado na relação sexual (Desrosiers et al., 2008; Ferrero, Esposito, & Abbamonte, 2005; Gates & Galask, 2001; Ottem et al., 2007; Reed, Caron, Gorentto, & Haefner, 2003; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen, & Amsel, 2003; Sackett et al., 2001; Schultz et al., 2005; van Lankveld, Weijnenborg, & ter Kuile, 1996). De uma forma geral, as mulheres com dor sexual apresentaram menores níveis de satisfação sexual (Kaya et al., 2006; Sackett et al., 2001; White & Jantos, 1998) e perceberam os seus parceiros como estando mais insatisfeitos, quando comparadas com mulheres sem a presença de dor (White & Jantos, 1998).

Já os dados relativos ao impacto que a dor tem na relação e a forma como o parceiro poderá influenciar esta problemática, são ainda pouco claros e um pouco contraditórios. Alguns estudos clínicos demonstraram que a presença de dor na relação sexual tem um impacto negativo na relação íntima (Baggish & Miklos, 1995; Davis & Reissing, 2007; Graziottin & Brotto, 2004; McCormick, 1999). Várias mulheres que sofrem de dor sexual referiram diminuição da satisfação com a relação (Masheb, Brondolo, & Kerns, 2002; White & Jantos, 1998) e mudanças negativas nas suas relações íntimas (Bergeron et al., 2001; Nylanderlundqvist & Bergdahl, 2003), associadas à problemática sexual. Adicionalmente, alguns estudos evidenciaram a presença de sintomas depressivos, emoções de desesperança e raiva nos companheiros destas mulheres (Fernandez, Reid, & Dziurawiec, 2006; Nylanderlundqvist & Bergdahl, 2003).

Outros estudos apontaram numa direção contrária. Um estudo de van Lankveld e colaboradores (1996), ao avaliar o perfil psicossocial de 43 mulheres com vestibulodinia e os seus parceiros, demonstrou que estes últimos apresentam um nível positivo de satisfação com a relação romântica atual e baixos níveis de stress com a sua sexualidade. De forma semelhante, outros dados demonstraram que mulheres com vestibulodinia não apresentam diferenças em termos de ajustamento diádico quando comparadas com mulheres da população normal (Desrosiers et al., 2008; Meana et al., 1997a; Reed et al., 2000). Alguns autores defendem que, neste tipo de casos, o parceiro pode ser escolhido tendo em conta a

sua personalidade passiva ou não ameaçadora, podendo inclusive sofrer de uma disfunção sexual. Assim, o casal poderá assumir uma posição geral de evitamento, que promoverá a estabilidade emocional (Schultz & van de Wiel, 2005). Alguns estudos parecem ir de encontro a esta hipótese, demonstrando a presença de disfunção erétil e ejaculação prematura situacional em alguns homens, depois de haver um tratamento eficaz das suas parceiras com vaginismo (Barnes, 1986; Crowley, Richardson, & Goldmeier, 2006; Hawton & Catalan, 1990).

Já um estudo desenvolvido por Meana e colaboradores (1998b), onde foi avaliado o papel da relação romântica na experiência de dor em 76 mulheres com diferentes tipos de dispareunia, o ajustamento diádico mostrou ser um preditor significativo de uma menor intensidade da dor. Como justificação desta tendência, os autores teorizam que a dor sexual apresenta características únicas, em que a compreensão da parte do parceiro pode sinalizar a existência de uma maior sensibilidade aquando da relação sexual, que conseqüentemente resultará em comportamentos sexuais que diminuem a intensidade da dor. Este é um resultado que contraria a tendência encontrada no estudo da influência do tipo de respostas da parte do companheiro na vivência da dor crónica (Block, Kremer & Gaylor, 1980; Boothby, Thorn, Overduin, & Ward, 2006; Campbell, Jordan, & Dunn, 2012; Flor et al., 1995; Flor, Kerns, & Turk, 1987; Flor & Turk, 1988; Raichle, Romano, & Jensen, 2011; Romano et al., 1992, 1995; Romano, Jensen, Turner, Good, & Hops, 2000).

De uma forma geral, a relação entre a autoestima, a autoestima sexual, o funcionamento sexual e o ajustamento diádico com a dor sexual parece ser complexa e, provavelmente, moderada por diferentes fatores, acabando por se refletir em resultados contraditórios na literatura. Ainda assim, cada uma destas variáveis parece assumir um papel significativo na vivência da dor sexual, ainda que o estado da arte não permita alcançar uma visão clara da influência de cada um destes fatores, nem das respetivas relações de causalidade. Por outro lado, muitas hipóteses explicativas baseiam-se num paralelismo estabelecido entre a dor sexual e outras perturbações de dor crónica e disfunções sexuais, não sendo igualmente claro de que forma estas diferentes variáveis

aproximam ou diferenciam estes três grupos clínicos, que surgem na literatura frequentemente relacionados entre si.

O principal objetivo do presente estudo consistiu em avaliar a relação entre a autoestima, autoestima sexual, ajustamento diádico e funcionamento sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, dor e vaginismo) nas mulheres que sofrem de dor sexual, comparando-as com três grupos específicos: mulheres com dor crónica, mulheres com outras dificuldades sexuais e mulheres da população geral, sem nenhuma destas dificuldades. Tendo em conta os resultados dos estudos prévios consideraram-se as seguintes hipóteses de estudo:

- 1) As mulheres com dor sexual, dor crónica e disfunção sexual apresentaram menores níveis autoestima, que as mulheres com e população geral;
- 2) As mulheres com dor sexual e disfunção sexual apresentam menores níveis de autoestima sexual que as mulheres com dor crónica e população geral;
- 3) As mulheres com dor sexual e disfunção sexual apresentam menores níveis de ajustamento diádico que as mulheres com dor crónica e população geral;
- 4) As mulheres com dor sexual e disfunção sexual apresentam menores níveis de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, dor e vaginismo, que as mulheres com dor crónica e população geral.

7.3. Métodos

7.3.1. Participantes e Instrumentos

Foram utilizados, no presente estudo, a Amostra 2 (ver Tabela 2) e os seguintes instrumentos (ver Capítulo III):

- a) Questionário Introdutório Geral (Oliveira, Nobre, & Vilarinho, 2011);
- b) Escala de Autoestima de Rosenberg (SES; Rosenberg, 1989);
- c) Subescala de Autoestima Sexual (SSEs; Snell & Papin, 1989);
- d) Escala de Ajustamento Diádico - versão reduzida (DAS-7; Hunsley et al., 2001);

- e) Índice de Funcionamento Sexual Femino (FSFI; Rosen et al., 2000).

7.3.2. Análise de Dados

No presente estudo foram realizadas análises univariadas da variância (ANOVAS) para avaliar a relação entre a autoestima e ajustamento diádico e as dificuldades apresentadas pelos quatro grupos de mulheres. O pressuposto de homogeneidade da variância foi cumprido, segundo o teste de *Levene*, sendo utilizado um nível de significância ajustado com a fórmula de *Bonferroni*. Uma vez que, este mesmo pressuposto de homogeneidade não se verificou em relação à dimensão de autoestima sexual, procedeu-se à análise da relação entre as diferentes variáveis através do teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis*, seguido da comparação múltipla das médias das ordens, utilizando um nível de significância ajustado com a fórmula de *LSD de Fisher* (Maroco, 2007).

Foi ainda realizada uma análise multivariadas da variância (MANOVA) para avaliar a relação entre o funcionamento sexual e as dificuldades apresentadas pelos quatro grupos que participam no estudo. Pelo facto de o teste *M* de *Box* ter sido significativo, recorreu-se igualmente ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, seguido das comparações múltiplas das médias das ordens pelo teste *LSD de Fisher* (Maroco, 2007).

7.4. Resultados

7.4.1. Autoestima, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual

No sentido de avaliar a relação entre a autoestima e a presença de dor e dificuldades sexuais nas mulheres pertencentes aos quatro grupos em estudo, realizou-se uma análise univariada da variância (ANOVA). Considerou-se como variável independente cada um dos grupos e respetivas dificuldades clínicas (1 = grupo com dor sexual, 2 = grupo com dor crónica, 3 = grupo com disfunção sexual, 4 = grupo da população geral) e como variável dependente a autoestima medida pelo SES (Rosenberg, 1989).

O teste univariado mostrou haver um efeito estatisticamente significativo desta variável nas dificuldades avaliadas ($F [3, 339] = 5.31$ $p < .001$). Os contrastes simples à

posteriori (ver Tabela 12) revelaram que as mulheres pertencentes aos grupos com dor sexual ($p < .05$), dor crónica ($p < .01$) e disfunção sexual ($p < .05$) apresentam significativamente menores níveis de autoestima que as mulheres da população geral.

Tabela 12 - Autoestima em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 340)

	Grupos								F (3,339)	P	η^2
	Dor Sexual (n= 85)		Dor Crónica (n=74)		Disf.Sexual (n=84)		Pop.Geral (n= 97)				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Autoestima	21.72	0.64	21.66	0.69	20.96	0.65	24.21	0.60	5.31***	.001	.045
	a		a		a		b				

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

Nota. Para cada fator, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o Teste de *Bonferroni* ($p < .05$). M= média; DP = desvio padrão.

7.4.2. Autoestima Sexual, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual

No sentido de avaliar a relação entre a autoestima sexual e a presença de dor e dificuldades sexuais nas mulheres pertencentes aos quatro grupos em estudo, realizou-se o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, uma vez que não se cumpriu o pressuposto da homogeneidade. Considerou-se como variável independente cada um dos grupos e respetivas dificuldades clínicas (1 = grupo com dor sexual, 2 = grupo com dor crónica, 3 = grupo com disfunção sexual, 4 = grupo da população geral) e como variável dependente a autoestima sexual medida pelo SSEs (Snell, 1989).

O teste demonstrou um efeito estatisticamente significativo da autoestima sexual sobre as dificuldades apresentadas ($\chi^2_{KW}[3] = 68.19, p < .001$). De acordo com a comparação múltipla das médias das ordens (ver Tabela 13), todos os grupos apresentaram diferenças significativas entre si ao nível da autoestima sexual ($p < .001$), sendo que ambos os grupos com disfunção sexual e dor sexual apresentaram os valores mais baixos de autoestima sexual, seguidos do grupo com dor crónica e população geral. Esta dimensão revelou uma magnitude do efeito significativa ($\eta^2 = .24$).

Tabela 13 - Autoestima Sexual em Contexto Sexual em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 340)

	Grupos								χ^2_{KW} (3)	P	η^2
	Dor Sexual (n = 88)		Dor Crónica (n=70)		Disf.Sexual (n=82)		Pop.Geral (n = 98)				
	MR	DP	MR	DP	MR	DP	MR	DP			
Autoestima Sexual	143.2	86.7	178.8	100.8	114.6	72.1	227.2	72.1	68.19***	.000	.204
	a		b		c		d				

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

Nota. Para cada fator, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o *Teste LSD de Fisher* ($p < .05$). MR= média das ordens das observações; DP = desvio padrão.

7.4.3. Ajustamento Diádico, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual

No sentido de avaliar a relação entre o ajustamento diádico e a presença de dor e dificuldades sexuais nas mulheres pertencentes aos quatro grupos em estudo, realizou-se igualmente uma ANOVA. Considerou-se como variável independente cada um dos grupos e respetivas dificuldades clínicas (1 = grupo com dor sexual, 2 = grupo com dor crónica, 3 = grupo com disfunção sexual, 4 = grupo da população geral) e como variável dependente o ajustamento diádico avaliado pelo DAS-7 (Hunsley et al., 2001).

Tabela 14 - Ajustamento Diádico em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 320)

	Grupos								F (3,319)	P	η^2
	Dor Sexual (n = 83)		Dor Crónica (n=68)		Disf.Sexual (n=80)		Pop.Geral (n = 89)				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Ajustamento Diádico	23.66	0.68	22.85	0.75	21.68	0.69	25.22	0.66	4.87**	.003	.044
	ab		ab		b		a				

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

Nota. Para cada fator, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o *Teste de Bonferroni* ($p < .05$). M= média; DP = desvio padrão.

O teste univariado mostrou haver um efeito estatisticamente desta variável nas dificuldades avaliadas ($F [3, 319] = 4.87, p < .01$). Os contrastes simples à posteriori (ver Tabela 14) revelaram que apenas as mulheres pertencentes ao grupo com disfunção sexual ($p < .05$) apresentaram significativamente menores níveis de ajustamento diádico que as mulheres da população geral.

7.4.4. Funcionamento Sexual, Dor Sexual, Dor Crónica e Disfunção Sexual

No sentido de avaliar a relação entre as diferentes dimensões do funcionamento sexual e a presença de dor e dificuldades sexuais nas mulheres pertencentes aos quatro grupos em estudo, realizou-se uma MANOVA não paramétrica, visto não ter sido cumprido o princípio da homogeneidade das matrizes de variância-covariância, medido pelo teste M de Box. Considerou-se como variável independente cada um dos grupos e respetivas dificuldades clínicas (1 = grupo com dor sexual, 2 = grupo com dor crónica, 3 = grupo com disfunção sexual, 4 = grupo da população geral) e como variáveis dependentes as diferentes dimensões do FSFI (Rosen et al., 2000).

De acordo com o teste não paramétrico existiram diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos nas várias dimensões do funcionamento sexual ($\chi^2 [6] = 290.16, p < .001$). Na comparação múltipla de médias das ordens (ver Tabela 15), todos os grupos apresentaram diferenças significativas entre si ao nível de quase todas as dimensões do funcionamento sexual, com exceção da dimensão do desejo.

De uma forma geral, o grupo com disfunção sexual apresentou valores mais baixos na maioria das dimensões avaliadas em comparação com os restantes grupos ($p < .001$). Ao nível da dimensão do desejo, apenas se verificaram diferenças entre o grupo com disfunção sexual e os grupos com dor crónica ($p < .001$) e da população geral ($p < .001$), e entre o grupo de dor sexual e da população geral ($p < .001$). Já o grupo com dor sexual apresentou valores significativamente inferiores ao nível da dimensão da dor ($p < .001$) e vaginismo ($p < .001$) comparativamente com os restantes grupos. A dimensão da dor apresentou uma maior magnitude do efeito ($\eta^2 = .53$), seguida da dimensão de satisfação sexual ($\eta^2 = .31$).

Tabela 15 - Funcionamento Sexual em Função dos Quatro Grupos (Grupo Com Dor Sexual/Dor Crónica/ Disfunção Sexual/ População Geral) (n = 338)

	Grupos								χ^2_{KW} (3)	p	η^2
	Dor Sexual (n = 87)		Dor Crónica (n=72)		Disf.Sexual (n=81)		Pop.Geral (n = 98)				
	MR	DP	MR	DP	MR	DP	MR	DP			
Desejo	145.4 ab	90.3	172.2 a	94.2	122.3 b	97.8	222.6 c	69.7	55.53***	.000	.166
Excitação	143.8 a	89.3	181.5 b	100.2	100.0 c	73.8	229.7 d	65.3	87.90***	.000	.266
Lubrifica.	121.9 a	84.6	176.3 b	99.1	134.4 a	88.1	220.4 c	71.7	59.57***	.000	.182
Orgasmo	155.5 a	89.4	189.7 b	100.7	94.9 c	75.3	222.9 d	67.1	83.54***	.000	.251
Satisfação	132.9 a	75.7	166.6 b	90.0	101.8 c	75.8	232.5 d	66.5	97.26***	.000	.305
Dor	59.9 a	39.8	173.6 b	81.6	164.5 c	78.7	241.2 d	51.9	170.08***	.000	.527
Vaginismo	103.4 a	89.2	181.6 b	82.1	169.1 c	85.7	219.6 d	54.1	80.33***	.000	.238

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

Nota. Para cada fator, as médias assinaladas com letras diferentes diferem significativamente entre si de acordo com o *Teste LSD de Fisher* ($p < .05$). MR= média das ordens das observações; DP = desvio padrão. Lubrifica.=lubrificação.

7.5. Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar o papel da autoestima, autoestima sexual, ajustamento diádico e as diferentes dimensões do funcionamento sexual na dor sexual, aquando da sua comparação com outras problemáticas como a dor crónica e outros problemas sexuais e, igualmente, a ausência destas dificuldades.

No que diz respeito à autoestima, os resultados demonstraram que, apesar dos três grupos clínicos não diferirem significativamente entre si, todos apresentam significativamente níveis mais baixos de autoestima que o grupo da população geral. Estes resultados são congruentes com a nossa hipótese e literatura, que tem demonstrado, ainda que de forma pouco extensiva, o papel da autoestima na dor sexual (Gordon et al., 2003;

Nunns & Mandal, 1997; Reed et al., 2003; Sánchez Bravo et al., 2010), na dor crónica (Davis, 2000; Fry, et al., 1993; Grumm et al., 2008) e no funcionamento sexual (Hurlbert & Whitaker, 1991; Rehbein-Narvaez et al., 2006). O facto desta dimensão não diferenciar de forma significativa o grupo com dor sexual dos grupos com dor crónica e outras disfunções sexuais pode significar que a presença de um sentido de baixo valor pessoal (“*sinto que não tenho muito que me orgulhar*”; “*por vezes penso que não presto para nada*”) poderá ter um papel significativo na vivência de cada uma destas dificuldades, podendo inclusive ser equacionado como um fator de vulnerabilidade geral (Dysvik et al., 2005; Stanford et al., 2008).

Relativamente à autoestima sexual, os resultados mostraram que todos os grupos se diferenciam entre si. As mulheres com dor sexual e disfunção sexual apresentaram os valores mais baixos desta medida, comparativamente com as mulheres com dor crónica e mulheres da população geral. Assim, e de acordo com as nossas hipóteses, o valor que cada uma destas mulheres atribui a si mesma como ser sexual (“*sou um bom parceiro sexual*”; “*não me sinto muito confiante nos encontros sexuais*”), parece ter um papel significativo e discriminante nas suas dificuldades, confirmando alguns dados existentes na literatura sobre a dor sexual (Gates et al., 2001) e de outras disfunções sexuais (Anderson & Le Grand, 1991; Faith & Schare, 1993; Seal et al., 2009; Trappnell et al., 1997; Vilarinho, 2010; Weaver & Byers, 2006).

A existência de uma sensação geral de inadequação como ser sexual poderá contribuir de forma bastante significativa para o agravamento e manutenção da dor, e a própria deterioração do funcionamento sexual e da relação do casal. Tendo como base o estudo de Dysvik e colaboradores (2005), e pressupondo que autoestima sexual não é uma entidade totalmente diferenciada da autoestima geral, baixos níveis da primeira poderão contribuir para uma avaliação mais catastrófica da dor, que poderá culminar num maior desvio da atenção dos estímulos sexuais e de possíveis respostas positivas da parte do parceiro, uma maior presença de emoções negativas e pensamentos automáticos negativos, e um maior sentido de ineficácia perante a resolução do problema a curto e médio prazo (Brauer et al., 2007; Desrosiers et al., 2008; Desrochers et al., 2008; Granot & Lavee, 2005;

Keefe et al., 2004; Lykins et al., 2011; Meana et al., 1997a; Payne et al., 2005; Rosen et al., 2012a; Rosen et al., 2010). Em último caso, este mesmo “sentido negativo do Eu” poderá levar à não procura de um especialista que possa contribuir para a resolução do problema, a uma desistência precoce de um possível tratamento e a uma resignação face a este problema e às suas consequências. Finalmente, estes dados levantam ainda a hipótese desta variável assumir igualmente um papel significativo em torno da dor crónica, algo que ainda não foi comprovado em outros estudos.

Finalmente, e no que diz respeito ao ajustamento diádico e funcionamento sexual, os resultados foram parcialmente de encontro às hipóteses em estudo. Em relação à primeira variável, o grupo de mulheres com dor sexual não apresentou diferenças significativas em relação aos restantes grupos, ainda que tenham demonstrado valores mais baixos da medida, comparativamente com as mulheres do grupo com dor crónica e da população geral. Apesar da literatura apresentar ideias contraditórias em relação a esta temática, estes resultados são semelhantes a alguns estudos que demonstraram não existirem diferenças no ajustamento diádico entre mulheres que apresentam dor sexual e mulheres da população geral (Desrosiers et al., 2008; Meana et al., 1997a; Reed et al., 2000).

Uma das razões para estes resultados poderá estar relacionada com a natureza do questionário utilizado que, ao abordar de forma geral e subjetiva a qualidade no relacionamento do casal, pode ser pouco sensível à interferência da dor sexual no relacionamento do casal. Por outro lado, e com base nos baixos níveis de autoestima e autoestima sexual verificados nestas mulheres, podemos levantar a hipótese de que as respostas ao presente questionário poderão estar enviesadas pela presença de um sentido de desejabilidade social. Consequentemente, muitas destas mulheres poderão sentir-se positivamente reforçadas por outros aspetos do relacionamento e intimidade, que não a dimensão sexual, principalmente se, tal como salientado por alguns autores, estes resultados representarem a presença de uma personalidade passiva e não ameaçadora da parte do parceiro, que permitirá a manutenção da estabilidade emocional do casal (Schultz & van de Wiel, 2005).

Ao nível do funcionamento sexual, e de uma forma geral, as mulheres pertencentes ao grupo com dor sexual e disfunção sexual apresentaram valores mais baixos em todas as dimensões e total do questionário, comparativamente com as mulheres que apresentam dor crónica ou da população geral. Todas as restantes dimensões (excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, dor e vaginismo), à exceção do desejo, diferenciaram significativamente todos os grupos entre si. Mais uma vez, estes resultados parecem demonstrar que as diferentes dimensões do funcionamento sexual parecem exercer um papel distinto na dor sexual, confirmando diferentes estudos que têm demonstrado a presença de menores níveis de desejo, excitação, orgasmo e satisfação sexual nestas mulheres (Desrosiers et al., 2008; Ferrero et al., 2005; Gates & Galask, 2001; Kaya et al., 2006; Ottem et al., 2007; Reed et al., 2003; Reissing et al., 2003; Sackett et al., 2001; Schultz et al., 2005; van Lankveld et al., 1996; White & Jantos, 1998).

Assim, menores níveis de excitação e lubrificação poderão contribuir diretamente para um aumento da intensidade da dor, que por sua vez poderá levar a maiores níveis de dificuldade em atingir prazer e satisfação sexual. Em última instância, além deste padrão de resposta aumentar a probabilidade da presença de dor numa futura relação sexual, levando a um possível evitamento ou desistência da mesma, ele vai igualmente contribuir para a manutenção de uma baixa autoestima geral e sexual nestas mulheres que, a longo prazo, poderá levar a consequências na relação com o parceiro e outras dificuldades psicológicas.

De uma forma geral, e embora não possamos tirar conclusões ao nível das relações de causalidade entre as diferentes variáveis, os resultados do presente estudo parecem reforçar, principalmente, a importância que o funcionamento sexual e a autoestima sexual têm na dor sexual, assumindo-se estas variáveis como diferenciadoras desta dificuldade relativamente a outras frequentemente equacionadas como semelhantes, como a dor crónica e outras disfunções sexuais. Estes dados contrariaram ainda a ideia, defendida por alguns clínicos e investigadores, de que a sexualidade deverá assumir um segundo plano ao nível da conceptualização da dor sexual (Binik, 2005; Binik et al., 1999, 2001; Granot et al., 2002; Meana & Binik, 1994; Meana et al., 1997b; Pukall et al., 2005). Se, por um lado a presença de uma baixa conceção do Eu como ser sexual poderá desencadear uma menor

capacidade para lidar com a dor, também a presença de baixos níveis de funcionamento sexual poderão contribuir para a manutenção e agravamento da mesma. Assim, independentemente da posição que estas variáveis assumem no desenvolvimento da dor sexual, defendemos que as mesmas deverão ser consideradas com a mesma importância que outras variáveis mais relacionadas com a natureza da dor em geral, sendo que o seu esquecimento poderá ter graves consequências para estas mulheres e respetivos parceiros, mesmo após um eficaz tratamento da dor.

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados com precaução, uma vez que existem várias limitações que podem comprometer a generalização dos resultados. Em primeiro lugar as dificuldades apresentadas pelas diferentes participantes basearam-se na sua avaliação pessoal das dificuldades e respetiva autorresposta, o que não nos permite assegurar com total certeza que todas preenchem os critérios formais para a presença de dor sexual, dor crónica e disfunção sexual. Por outro lado, no que diz respeito ao questionário de ajustamento diádico, não foram recolhidas as respostas dos respetivos parceiros, o que não permitiu um controlo de possíveis enviesamentos das respostas dadas pelas participantes respeitantes à qualidade da relação. Não foram igualmente controladas questões como a presença de outras doenças crónicas, comorbilidade com outras dificuldades psicológicas e uso de medicação que podem interferir de forma significativa com cada um das problemáticas abordadas. Finalmente, o facto de o estudo ter sido realizado *online* não permitiu a participação de pessoas que não tem acesso a este tipo de serviço. Este facto pode ter contribuído para que a maioria das participantes pertençam a uma faixa etária jovem e apresentem um nível de escolaridade médio-alto, o que não permite uma adequada generalização dos resultados para a população geral portuguesa.

Sendo este estudo apenas de carácter exploratório, é vantajoso o desenvolvimento de mais investigação nesta área que permita obter uma noção clara das relações de causalidade entre estas e outras variáveis relacionadas. Por outro lado, apesar das características que a dor sexual partilha com outras perturbações de dor, fica claro que também a sexualidade e dificuldades associadas se mostram determinantes na sua concetualização, não devendo por isso ser delegadas para um segundo plano aquando da

sua avaliação e tratamento. Assim, torna-se imperativo que a dor sexual seja encarada como um fenómeno multidimensional, complexo e com uma componente relacional, quer na intervenção clínica, quer na investigação, o que permitirá uma maior compreensão da sua natureza e promoverá modelos de intervenção mais abrangentes e eficientes.

Capítulo VIII

Preditores Específicos da Intensidade da Dor em
Mulheres com Dor Sexual e Dor Crónica

8.1. Resumo

O principal objetivo do presente estudo consistiu em avaliar a capacidade preditiva de diferentes variáveis psicossociais na intensidade da dor em mulheres que sofrem de dor sexual e dor crónica.

Um total de 616 mulheres participou no estudo: 371 mulheres com dor sexual e 245 mulheres com dor crónica. As participantes responderam a um conjunto de questionários que foram disponibilizados através de um link *online* e que avaliaram as dimensões de Mindfulness, afeto-traço, pensamentos automáticos negativos durante a atividade sexual, crenças sexuais disfuncionais, catastrofização e hipervigilância à dor, percepção da resposta de outro significativo à dor, ajustamento diádico, funcionamento sexual, autoestima e autoestima sexual.

Dos resultados das regressões com cada uma destas dimensões emergiram como preditores significativos da intensidade da dor sexual: o afeto-traço negativo ($\beta = .37, p < .001$), os pensamentos de fracasso ($\beta = .36, p < .001$), as crenças sexuais de desejo sexual como pecado ($\beta = .17, p < .05$), a magnificação ($\beta = .21, p < .05$) e o desânimo face à dor ($\beta = .31, p < .001$), a atenção à dor ($\beta = .31, p < .001$), a percepção de resposta de punição do outro significativo ($\beta = .48, p < .001$), o ajustamento diádico ($\beta = -.18, p < .01$), a autoestima ($\beta = .17, p < .05$) e a autoestima sexual ($\beta = -.19, p < .05$). No que diz respeito ao grupo com dor crónica, surgiram como preditores significativos o afeto-traço negativo ($\beta = .36, p < .001$), o desânimo face à dor ($\beta = .56, p < .001$), a atenção à dor ($\beta = .39, p < .001$) e a percepção de resposta de punição do outro significativo ($\beta = .26, p < .01$). As regressões múltiplas com a inclusão de todos os preditores significativos para cada um dos grupos, demonstraram que a percepção da resposta de punição da parte de outro significativo ($\beta = .27, p < .001$) se constituiu como o principal preditor da intensidade da dor nas mulheres com dor sexual, enquanto que o desânimo face à dor ($\beta = .43, p < .001$) se mostrou como o mais significativo nas mulheres com dor crónica.

De uma forma geral, os resultados sugerem que estas diferentes variáveis psicossociais assumem um papel significativo na intensidade da dor sexual e da dor crónica. Contudo, embora sejam visíveis semelhanças em termos da contribuição de

algumas destas variáveis na intensidade da dor em ambos os grupos em estudo, foi igualmente evidente um papel distinto que alguns preditores assumem no grupo de dor sexual. Diferentes implicações ao nível da conceptualização e tratamento da dor sexual são discutidas.

8.2. Preditores Específicos da Intensidade da Dor em Mulheres com Dor Sexual e Dor Crónica

A dor sexual é ainda uma temática de difícil abordagem junto dos profissionais de saúde (Glatt, Zinner, & McCormack, 1990; Nusbaum, Gamble, Skinner & Heiman, 2000), apesar de se encontrar frequentemente associada a elevados custos individuais e sociais, (Meana, Benuto & Donaldson, 2009). Apesar de ser formalmente definida como dispareunia e vaginismo (American Psychological Association [APA], 2000), vários autores têm questionado a sua conceptualização.

Binik (2005) é um dos investigadores que mais se tem debruçado sobre esta temática. Este autor defende que esta perturbação se tem distanciado erroneamente das restantes perturbações de dor, por haver uma maior atenção por parte dos clínicos e investigadores, nas suas implicações e não na região anatómica afetada (Binik, Meana, Berkely, & Khalifé, 1999). Segundo o mesmo, vários estudos têm vindo a demonstrar que a dor sentida durante a atividade sexual se aproxima das restantes perturbações de dor ao nível das suas características experienciais, psicofisiológicas e neurológicas (Giesecke et al., 2004; Granot, Friedman, Yarnitzky, & Zimmer, 2002; Meana & Binik, 1994; Meana, Binik, Khalifé & Cohen, 1997b; Pukall, Binik, Khalifé, Amsel, & Abbott, 2002; Pukall et al., 2005), sendo que o próprio conceito de dor sexual não se enquadra no pressuposto do sistema de classificação das disfunções sexuais, baseado na alteração de uma das fases do ciclo de resposta sexual (Binik, Pukall, Reissing, & Khalifé, 2001).

A posição defendida por Binik (2005) não é contudo consensual. Tiefer (2005) defende que a dispareunia é a única e verdadeira disfunção sexual, uma vez que a sua presença é inaceitável no ciclo de resposta sexual, independentemente do respetivo grau ou intensidade, ao contrário do desejo e excitação. Outros autores chamam ainda a atenção

para as consequências que poderão existir em torno de um foco excessivo neste dualismo respeitante à dor sexual (Pukall et al., 2002; Pukall, Binik, & Khalife, 2004). Segundo estes, a literatura tem privilegiado as explicações psicofisiológicas da dor sexual, a sua medição e as características que partilha com outras perturbações de dor, afastando-se do estudo de variáveis psicossociais e relacionais. Como consequência, e apesar de a dor sexual constituir um fenómeno complexo (Carpenter & Andersen, 2005; First, 2005; Meana, 2005; Payne et al., 2005), é ainda desconhecida a real contribuição de diferentes variáveis psicossociais e sexuais nesta problemática, desconhecendo-se igualmente se esta contribuição se assemelha à que tem vindo a ser estudada ao nível da dor crónica.

Uma das variáveis que tem vindo a assumir importância crescente é o Mindfulness, conceito nuclear nas Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração, e que foi primeiramente aplicado à dor crónica (Kabat-Zinn, 1982, 1990). Diferentes estudos demonstraram a sua eficácia, e respetiva estabilidade temporal, ao nível da intensidade da dor e nos sintomas depressivos associados (Kabat-Zinn, 1982, 1985; Kabat-Zinn & Chapman-Waldrop, 1988), na imagem corporal negativa, nos níveis de inatividade e stress, e no consumo de substâncias. A sua presença associou-se igualmente a um aumento do nível de atividade e da autoestima (Cassidy, Atherton, Robertson, Walsh, & Gillett, 2012; Cusens, Duggan, Thorne & Burch, 2010; Esmer, Blum, Rulf, & Pier, 2010; Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985; Morone, Greco, Weinerm, 2008; Morone, Rollman, Moore, Qin, & Weiner, 2009; Rosenzweig et al., 2010; Sephton et al., 2007; Teixeira, 2008; Zautra et al., 2008).

Só muito recentemente o Mindfulness começou a ser aplicado no contexto da sexualidade (Brotto & Heiman, 2007) e, mais especificamente, na dor sexual. Apenas um estudo qualitativo desenvolvido por Brotto e colaboradores (2012a) foi encontrado, sobressaindo do mesmo algumas temáticas chave em mulheres com vestibulodinia. Assim, ao nível individual e psicológico, a maioria das mulheres mencionaram uma maior capacidade em reconhecer os seus pensamentos problemáticos e irracionais acerca de si mesmas, ao mesmo tempo que notaram um aumento da sua autoestima, autoconfiança, autoeficácia (maior controlo sobre a sua situação) e otimismo. Estas mudanças permitiram

uma maior facilidade em lidar com a ansiedade e em adotar um estilo cognitivo menos crítico, com uma conseqüente consciência de que os pensamentos são apenas pensamentos. Algumas mulheres relataram ainda uma diminuição dos sintomas relacionados com a dor e um aumento da qualidade de vida. Em termos relacionais, verificaram-se melhorias ao nível da comunicação e da intimidade sexual. Finalmente, em relação ao processo de intervenção terapêutica, as participantes manifestaram uma apreciação global positiva. Apesar dos resultados positivos, não ficou ainda suficientemente clara a relação entre o Mindfulness e a dor sexual, bem como os processos através dos quais o Mindfulness atua nesta e noutras dificuldades de ordem psicológica e sexual.

Dificuldades desta natureza são igualmente encontradas no que diz respeito ao papel de diferentes fatores cognitivo-emocionais na dor. Apesar desta temática ser já relativamente frequente no contexto da dor crónica (Asgahari, Juaaleiha, & Godarsi, 2008; Ehde & Jensen, 2010; Jensen, Romano, Turner, Good, & Wald, 1999; Main, Foster, & Buchbinder, 2010; Turner, Jenssen, & Romano, 2000; Wash & Radcliffe, 2002), poucos são os dados que têm demonstrado o papel do afeto-traço, pensamentos automáticos negativos em contexto sexual e crenças sexuais disfuncionais na dor sexual.

Relativamente ao afeto e dor crónica, foram demonstrados os efeitos adversos das emoções características do afeto negativo, como a presença de maiores níveis de ansiedade e depressão, menores níveis de tolerância e maior sensibilidade à dor (Affleck et al., 1997; Beckham, Keefe, Caldwell, & Roodman, 1991; Geisser, Robinson, Milker, & Bade, 2003; Hudson & Pope, 1990; van de Hout, Vlayen, Houben, Soeters, & Peters, 2001). Contudo, Zautra e colaboradores (1999, 2001, 2005) chamaram, mais recentemente, a atenção para a importância do papel do afeto-estado positivo (Zautra, Smith, & Affleck & Tennen, 2001), cuja ausência parece provocar um aumento do nível do afeto-estado negativo, dos níveis de dor sentidos e do stress associado (Zautra et al., 2005).

Já relativamente à dor sexual, apenas alguns estudos de natureza laboratorial (Brauer, de Jong, Huijding, Laan, & ter Kuile, 2009; Brauer, ter Kuile, Janssen, & Laan, 2007; Brauer, ter Kuile & Laan, 2009; Nunns & Mandal, 1997; van Lankveld et al., 1996) apontaram para a presença de maiores níveis de afeto negativo e menores níveis de afeto

positivo perante a presença de estímulos sexuais, nas mulheres com diagnóstico de dispareunia. Estes resultados parecem denunciar uma vulnerabilidade que se expressa na forma como estímulos de natureza sexual são, de uma forma geral, avaliados na presença de um estímulo ameaçador, fazendo com que estas mulheres se diferenciem significativamente de outras que não apresentam estas dificuldades (Brauer et al., 2007).

No que concerne às crenças sexuais disfuncionais e pensamentos automáticos negativos ativados em contexto sexual, que têm sido exclusivamente abordados no contexto da sexualidade, estudos demonstraram que mulheres com o diagnóstico de vaginismo apresentaram significativamente mais crenças relacionadas com a idade do que mulheres da população geral, e maiores níveis de pensamentos de fracasso/desistência e escassez de pensamentos eróticos durante a atividade sexual, em comparação com mulheres da população geral. Os pensamentos de fracasso/desistência mostraram-se ainda preditores significativos do vaginismo (Nobre & Pinto Gouveia, 2008a).

De uma forma mais generalizada, a dor sexual mostrou-se ainda relacionada com uma maior tendência para uma educação familiar baseada em crenças de que o sexo é errado ou de que não deve existir sexo pré-marital (Basson, 1996; Ward & Odgen, 1996), com crenças de que a penetração vai causar dor, sangramento ou algum tipo de lesão, e a ideia de que a vagina é muito pequena (Reissing et al., 2003; Silverstein, 1989). Já mulheres com o diagnóstico de dispareunia demonstraram ainda a presença de níveis mais significativos de erotofobia, que se refletem em valores conservadores, sentimentos de culpa e de medo em relação ao sexo (Borg, Jong, & Schultz, 2011; Meana et al., 1997a; Reed, Advincula, Fonde, Gorenflo, & Haefner, 2003; Reissing, Binik, Khalifé, Cohen & Amsel, 2004; Sackett, Gates, Heckman-Stone, Kobus, & Galask, 2001), e medo de dor durante a relação sexual (Peters et al., 2007).

Associado a estas crenças e pensamentos, poderão ainda surgir os dois estilos cognitivos de catastrofização e hipervigilância, que parecem ter um papel importante quer na dor crónica, quer na dor sexual. No que diz respeito à dor crónica, a presença destas duas dimensões mostrou-se relacionada com um maior número de comportamentos defensivos perante situações causadoras de dor e de ameaça (Reissing et al., 2004). A

catastrofização surgiu como um dos principais preditores das variações de dor (Holtzman & DeLongis, 2007; Sullivan, Stanish, Waite, Sullivan, & Trip, 1998), estando igualmente associada a maiores níveis de incapacidade (Martin et al., 1996), maior uso de medicação (Jacobson & Butler, 1996) e maior procura de serviços de saúde (Gill, Abrams, Phillips & Williams, 1992). Estudos respeitantes ao processamento de ameaça da dor geral deram igualmente suporte à presença de um desvio da atenção na presença de um estímulo negativo (Lundqvist & Öhman, 2005; Öhman, Flykt, & Esteves, 2001), bem como à dificuldade, que existe por parte de pessoas que possuem dor crónica, em interromper este processo cognitivo (Amir, Elias, Klumpp, & Preworski, 2003; Cisler, Ries, & Widner, 2007).

Relativamente à dor sexual, alguns estudos demonstraram que mulheres diagnosticadas com vestibulodinia apresentam maiores níveis de catastrofização quando comparadas com mulheres que sofrem de outro tipo de dor crónica ou mulheres da população geral (Granot & Lavee, 2005; Payne et al., 2007; Pukall et al., 2002). Estes e outros estudos demonstraram igualmente que a catastrofização se encontra associada ao medo e nível de intensidade da dor, bem como a diferentes variáveis da personalidade, comportamentos de evitamento e enviesamento da atenção (Desrochers, Bergeron, Landry, & Jodoin, 2008; Granot & Lavee, 2005; Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perry, 2004; Meana et al., 1997a).

Payne e colaboradores (2005) foram os primeiros a estudar os fatores atencionais em mulheres com dispareunia, sem recorrer exclusivamente a medidas de autorresposta. Estes autores levantaram a hipótese de que a ansiedade orientaria o processamento pré-atencional do estímulo ameaçador, enquanto que o medo da dor orientaria de forma explícita a atenção para os estímulos ameaçadores. Ao avaliarem 17 mulheres com dor sexual, através de uma tarefa de *Stroop* Emocional, os autores demonstraram que as mulheres com dor sexual apresentam maiores níveis de hipervigilância à informação relacionada com dor, em comparação com as mulheres pertencentes à amostra de controlo. A ansiedade e o medo da dor emergiram como mediadores deste processo. Já um estudo experimental recente de Lykins e colaboradores (2011) confirmou a existência deste desvio da atenção dos estímulos sexuais. Comparando três grupos distintos de mulheres, os

autores verificaram que as mulheres com dispareunia prestam menos atenção aos aspectos sexuais das imagens em comparação com as mulheres com baixo desejo sexual e com as mulheres do grupo de controle. Este padrão de atenção, e respetivo processamento de informação, além de sugerir uma distração das regiões mais sexuais das imagens, parece indicar a existência de uma resposta de evitamento aos estímulos sexuais.

Associado à dor, surge ainda na literatura como fator determinante o ambiente social que rodeia o indivíduo, nomeadamente o tipo de resposta dada aos comportamentos de dor da parte de uma pessoa significativa, mais comumente o parceiro. Vários estudos têm-se debruçado sobre esta temática, demonstrando a sua influência na forma como a pessoa experiencia e lida com a dor (Geisser, Cano & Leonard, 2005; Holtzman & Delongis, 2007; Newton-John, 2002). Apesar de nem sempre os dados serem totalmente claros e congruentes (Campbell, Jordan & Dunn, 2012), a maioria dos estudos demonstraram que comportamentos solícitos, como a atenção e suporte (demonstrar simpatia ou preocupação) da parte do parceiro, parecem favorecer um aumento da intensidade da dor e diminuição do nível de atividade, bem como mais comportamentos de dor e maiores níveis de incapacidade (Block, Kremer & Gaylor, 1980; Boothby, Thorn, Overduin, & Ward, 2006; Campbell et al., 2012; Flor et al., 1995, 1987, 1988; Raichle, Romano, & Jensen, 2011; Romano et al., 1992, 1995, 2000). Adicionalmente, foi demonstrado que também respostas negativas de crítica ou evitamento da parte do outro significativo surgem frequentemente associadas a um maior nível de dificuldades perante a dor, quer em termos psicossociais, quer em termos funcionais (Boothby et al., 2004; Cano, 2004; Cano, Weisberg, & Gallagher, 2000; Kerns et al. 1990; Raichle, et al., 2011; Turk, Kerns, & Rosenberg, 1992).

De forma semelhante, e no contexto da dor sexual, um estudo de Desrosiers e colaboradores (2008) explorou de que forma o perfil do parceiro se correlaciona com a dor sentida pela mulher e respetivo funcionamento sexual. Os resultados demonstraram que a perceção de um parceiro como sendo mais preocupado e solícito (dando mais suporte e estando mais atento) faz com que algumas mulheres experienciem níveis mais intensos de dor durante a relação sexual (Desrosiers et al., 2008). Esta mesma relação foi posteriormente confirmada em outros estudos (Rosen, Bergeron, Glowacka, Delisle, & Lou

Baxter, 2012a; Rosen, Bergeron, Leclerc, Lambert, & Steben, 2010). Por sua vez, respostas facilitadoras por parte do parceiro tendem a associar-se a níveis mais baixos de intensidade da dor, bem como a maiores níveis de satisfação sexual (Rosen et al., 2012a).

No que diz respeito à qualidade da relação propriamente dita, também os dados são contraditórios. Alguns estudos clínicos demonstraram que a presença de dor sexual tem um impacto negativo na relação íntima (Baggish & Miklos, 1995; Davis & Reissing, 2007; Graziottin & Brotto, 2004; McCormick, 1999), provocando uma diminuição da satisfação (Masheb, Brondolo, & Kerns, 2002; White & Jantos, 1998) e mudanças negativas na relação (Bergeron et al., 2001; Nylanderlundqvist & Bergdahl, 2003). Adicionalmente, alguns estudos evidenciaram a presença de sintomas depressivos, emoções de desesperança e raiva nos companheiros destas mulheres (Fernandez, Reid, & Dziurawiec, 2006; Nylanderlundqvist & Bergdahl, 2003). Outros estudos apontaram para a inexistência de diferenças ao nível do ajustamento diádico nas mulheres com dor sexual, quando comparadas com mulheres da população normal (Desrosiers et al., 2008; Meana et al., 1997a; Reed et al., 2000) e, inclusive, níveis positivos de satisfação com a relação romântica atual e baixos níveis de stress com a sua sexualidade, da parte dos seus parceiros (van Lankveld et al., 1996).

Apesar desta instabilidade, o funcionamento sexual das mulheres com dor sexual surge como frequentemente afetado, sendo visíveis menores níveis de satisfação sexual (Kaya et al., 2006; Sackett et al., 2001; White & Jantos, 1998) e uma perceção do parceiro como igualmente insatisfeito (White & Jantos, 1998). Estudos demonstraram uma menor frequência de relações sexuais e masturbação, menores níveis de desejo, excitação e prazer sexual, e uma maior dificuldade em atingir o orgasmo através da relação sexual e estimulação oral nestas mulheres (Desrosiers et al., 2008; Ferrero, Esposito, & Abbamonte, 2005; Gates & Galask, 2001; Ottem et al., 2007; Reed, Caron, Gorentto, & Haefner, 2003; Reissing et al., 2003; Sackett et al., 2001; Schultz et al., 2005; van Lankveld, Weijenborg, & ter Kuile, 1996).

Finalmente, também as dimensões de autoestima e autoestima sexual têm sido pouco abordadas no contexto da dor. De uma forma geral, a existência de problemas de

saúde (Goldberg & Fitzpatrick, 1980, Orth, Trzesniewski, & Robins, 2010), incluindo a dor crónica (Davis, 2000; Fry, Crisp, Beard, & McGuigan, 1993; Grumm, Erbe, von Collari, & Nestler, 2008) mostraram-se associados a baixos níveis de autoestima. Este é um constructo que surgiu como preditor significativo de estratégias de *coping* focadas na emoção (tentativa de controlo ou minimização das emoções negativas), promovendo uma avaliação mais catastrófica da dor e a uma maior dificuldade de adaptação à vivência da mesma (Dysvik, Natvig, Eikeland, & Lindstrøm, 2005). Alguns autores levantaram inclusive a hipótese de baixos níveis de autoestima poderem predispor os indivíduos para maiores níveis de vulnerabilidade à dor (Dysvik et al., 2005; Stanford, Chambers, Biesanz, & Chen, 2008).

A mesma associação tem sido encontrada em mulheres que apresentam dor sexual, ainda que a autoestima não tenha sido avaliada como variável principal. Alguns estudos demonstraram que a dispareunia e o vaginismo se associam a níveis mais baixos de autoestima e autoconceito (Gordon, Panahian-Jand, McComb, Melegari, & Sharp, 2003; Nunns & Mandal, 1997; Reed et al., 2003; Sánchez Bravo, Meléndez, Ayala, & Almaraz, 2010). Também Gates e colaboradores (2001) demonstraram que mulheres que sofrem de vulvovestibulite apresentam menor autoestima sexual e menor satisfação sexual, comparativamente a mulheres que não apresentam dor sexual, sendo igualmente visível a presença de uma relação significativa entre esta dimensão, a imagem corporal e o funcionamento sexual (Anderson & Le Grand, 1991; Faith & Schare, 1993; Seal, Bradford, & Meston, 2009; Trappnell, Meston & Gorzalka, 1997; Weaver & Byers, 2006). Não foram encontrados estudos que abordassem a influência da autoestima sexual na dor crónica. Contudo, alguns dados parecem demonstrar que a presença de problemas de saúde exercem um efeito negativo na forma como a mulher se avalia enquanto ser sexual (Muehrer, Keller, Powwattana, & PornChaikate, 2006).

De uma forma geral, não é ainda totalmente claro o papel que cada uma destas variáveis exerce na vivência da dor sexual e dor crónica, nomeadamente ao nível da intensidade da dor sentida pelas mulheres que apresentam estas dificuldades. Se, no que diz respeito a algumas variáveis os dados são escassos, dificultando a compressão dos

mecanismos através dos quais atuam, noutras os dados são claramente contraditórios dificultando a determinação do seu real papel na dor em geral. Por outro lado, apesar de se verificarem semelhanças entre estes dois quadros clínicos ao nível de algumas dimensões (catastrofização, hipervigilância, afeto-traço negativo), são muitas as lacunas na literatura acerca da influência de muitas destas variáveis psicossociais na dor sexual e, igualmente, na dor crónica.

O principal objetivo do presente estudo consistiu em avaliar os principais preditores da intensidade da dor em mulheres com dor sexual e dor crónica, no sentido de se compreender de que forma cada um deles aproxima ou distancia estes dois grupos. Considerámos, como principais dimensões, variáveis como o Mindfulness, o afeto-traço, os pensamentos automáticos negativos em contexto sexual, as crenças sexuais negativas, a catastrofização e a hipervigilância face à dor, a resposta do outro significativo face à dor, o ajustamento diádico, o funcionamento sexual, a autoestima e autoestima sexual. Assim, e tendo em conta a revisão da literatura, levantamos a hipótese de que menores níveis de Mindfulness, de afeto-traço positivo e de autoestima, bem como maiores níveis de afeto-traço negativo, de catastrofização e hipervigilância à dor e respostas de punição e solícitas do outro significativo irão predizer maiores níveis de intensidade da dor nos grupos com dor sexual e dor crónica. Também esperamos que maiores níveis de pensamentos automáticos negativos, de crenças sexuais disfuncionais e menores níveis de ajustamento diádico, de funcionamento sexual e de autoestima sexual contribuam de forma significativa para uma maior intensidade da dor nas mulheres que apresentam dor sexual.

8.3. Métodos

8.3.1. Participantes e Instrumentos

Foram utilizados, no presente estudo, a Amostra 3 (ver Tabela 3) e os seguintes instrumentos (ver Capítulo III):

- a) Questionário Introdutório Geral (Oliveira, Nobre, & Vilarinho, 2011);

- b) Questionário de Atenção e Consciência Mindfulness (MAAS; Brown & Ryan, 2003);
- c) Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMS; Baer et al., 2006);
- d) Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS; Watson et al., 1988);
- e) Questionário de Modos Sexuais (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003a);
- f) Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais (QCSD; Nobre et al., 2003b);
- g) Questionário de Desânimo Associado à Dor (PCS; Sullivan et al., 1995);
- h) Questionário de Percepção e Vigilância à Dor (PVAQ; McCracken, 1997);
- i) Inventário Multidimensional de Dor de West Haven-Yale (WHYMPI; Turk et al., 1985);
- j) Escala de Autoestima de Rosenberg (SES; Rosenberg, 1989);
- k) Subescala de Autoestima Sexual (SSEs; Snell & Papin, 1989);
- l) Escala de Ajustamento Diádico – Versão reduzida (DAS-7; Hunsley et al., 2001);
- m) Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI; Rosen et al., 2000);
- n) Questionário McGill sobre a Dor (SF-MPQ; Melzack, 1987).

8.3.2. Análise de Dados

No presente estudo foram realizadas várias análises de regressão múltipla (método *enter*) com o objetivo de avaliar a capacidade preditiva e individual de diferentes variáveis psicossociais específicas na intensidade da dor presente nas mulheres pertencentes ao grupo com dor sexual e nas mulheres pertencentes ao grupo com dor crónica. Assim, para cada uma das análises foram consideradas como variáveis predictoras as diferentes dimensões do Mindfulness medidas pelo FFMQ (Baer et al., 2006) e o total do MAAS (Brown & Ryan, 2003), o afeto-traço positivo e negativo medido através do PANAS (Watson et al., 1988), os pensamentos de fracasso/desistência e escassez de pensamentos eróticos, medidos pelo QMS (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003a), as crenças de conservadorismo sexual, desejo sexual como pecado e relacionadas com a idade, medidas pelo QCSD (Nobre & Pinto-Gouveia, 2003b), as dimensões de ruminação, magnificação e

desânimo à dor medidas pelo PCS (Sullivan et al., 1995), as dimensões de atenção à dor e atenção às mudanças da dor medidas pelo PVAQ (McCracken, 1997), a percepção das respostas de punição, solícitas e distração do outro significativo avaliadas pelo WHYMPI (Kerns et al., 1985), o ajustamento diádico medido pelo DAS-7 (Hunsley et al., 2001), diferentes dimensões do funcionamento sexual medidas pelo FSFI (Rosen et al., 2000) e a autoestima e autoestima sexual medidas pelo SES (Rosenberg, 1989) e SSEs (Snell, 1989). Em todas estas análises considerou-se como variável critério a intensidade da dor medida pelo SF-MPQ (Melzack, 1987).

Realizou-se ainda uma regressão final para cada um dos grupos em estudo, no sentido de se obter o melhor preditor da intensidade da dor. Foram considerados como variáveis preditoras cada uma das dimensões que emergiram como estatisticamente significativas nas análises anteriores e como variável critério a intensidade da dor medida pelo SF-MPQ (Melzack, 1987).

Ao longo das análises não foram verificadas correlações elevadas entre as variáveis dependentes e utilizou-se o VIF para diagnosticar a multicolinearidade.

8.4. Resultados

8.4.1. Mindfulness e Intensidade da Dor

Relativamente ao grupo de mulheres com dor sexual (ver Tabela 16), os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F [6, 181] = 4.72, p < .001$), sugerindo que no seu conjunto as diferentes facetas e o total do MAAS predizem significativamente a intensidade da dor, explicando 11% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .11). A análise dos coeficientes de regressão estandardizados não apontou preditores significativos.

No que diz respeito ao grupo de mulheres com dor crónica não surgiu uma solução estatisticamente significativa ($F [6, 138] = 2.08, p > .05$), sugerindo que no seu conjunto as diferentes facetas e o total do MAAS não predizem significativamente a intensidade da dor neste grupo específico.

Tabela 16 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para as Cinco Facetas do Mindfulness e Total do MAAS como Predictoras da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 182)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
TotalMAAS	0.15	0.08	.24	2.01	.046
Observação	0.05	0.12	.04	0.42	.674
Descrição	-0.15	0.11	-.07	-1.33	.184
AgirConsciência	0.00	0.15	.00	-0.00	.999
NãoJulgar	-0.18	0.10	-.14	-1.70	.091
NãoReagir	0.00	0.18	.00	0.01	.995

Nota. Os níveis de significância foram ajustados segundo a fórmula de correção de *Bonferroni*, de tal modo que $p = .05/6 = .008$.

8.4.2. Afeto-Traço e Intensidade da Dor

No que diz respeito ao grupo de mulheres com dor sexual, os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F[2, 233] = 11.48, p < .001$), sugerindo que no seu conjunto o afeto-traço positivo e negativo predizem significativamente a intensidade da dor, explicando cerca de 8% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .08). A análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 17) aponta o afeto-traço negativo ($\beta = .37$) como o único preditor estatisticamente significativo.

Tabela 17 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para o Afeto-Traço como Preditor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 233)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Afeto Positivo	-0.21	0.16	-.12	-1.37	.953
Afeto Negativo	0.67	0.16	.37	4.27***	.000

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

Também em relação ao grupo de mulheres com dor crónica surgiu uma solução estatisticamente significativa ($F[2, 175] = 8.64, p < .001$), sugerindo que o afeto-traço prediz significativamente a intensidade da dor, explicando 8% da sua variância (R^2 ajustado = .08). O afeto-traço negativo foi o único preditor significativo ($\beta = .36$) após análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 18).

Tabela 18 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para o Afeto-Traço como Preditor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Crónica) (n = 176)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Afeto Positivo	-0.26	0.17	-.14	-1.50	.135
Afeto Negativo	0.71	0.19	.36	4.01***	.000

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

8.4.3. Pensamentos Automáticos Negativos Disfuncionais em Contexto Sexual e Intensidade da Dor

Relativamente ao grupo de mulheres com dor sexual, os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F [2, 241] = 20.40, p < .001$), sugerindo que no seu conjunto estes pensamentos predizem significativamente a intensidade da dor, explicando cerca de 14% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .14). A análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 19) aponta os pensamentos de fracasso ($\beta = .36$) como o único preditor estatisticamente significativo.

Tabela 19 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para os Pensamentos Automáticos Negativos em Contexto Sexual como Preditores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 242)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Pensam.Fracasso	0.94	0.18	.36	5.26***	.000
EscassezP.Eróticos	0.09	0.15	.04	0.60	.549

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. Pensam.Fracasso = pensamentos de fracasso. EscassezP.Eróticos = escassez de pensamentos eróticos.

Nenhuma solução estatisticamente significativa surgiu em relação ao grupo de mulheres com dor crónica ($F [2, 175] = 0.82, p > .05$).

8.4.4. Crenças Sexuais Disfuncionais e Intensidade da Dor

No que concerne ao grupo de mulheres com dor sexual, os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F [3, 240] = 3.49, p < .05$), sugerindo que as crenças sexuais predizem significativamente a intensidade da dor, explicando cerca de 3% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .03). A análise dos coeficientes de regressão

estandardizados (ver Tabela 20) aponta as crenças de desejo como pecado ($\beta = .17$) como o único preditor estatisticamente significativo.

Tabela 20 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para as Crenças Sexuais Disfuncionais como Preditores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 241)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Crenças Conservadoras	0.01	0.23	.00	0.03	.974
Desejo como pecado	1.87	0.84	.17	2.22*	.028
Crenças com Idade	0.28	0.27	.08	1.05	.295

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

Nenhuma solução estatisticamente significativa surgiu em relação ao grupo de mulheres com dor crónica ($F[3, 180] = 0.18, p > .05$).

8.4.5. Catastrofização e Intensidade da Dor

Relativamente ao grupo de mulheres com dor sexual, os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F[3, 232] = 25.30, p < .001$), sugerindo que as três dimensões relativas à catastrofização predizem significativamente a intensidade da dor, explicando cerca de 24% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .24).

A análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 21) aponta para o desânimo ($\beta = .31$) e magnificação ($\beta = .21$) como preditores estatisticamente significativos.

Tabela 21 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para Catastrofização à Dor como Preditor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 233)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Ruminação	0.05	0.17	.03	0.32	.752
Magnificação	0.66	0.26	.21	2.54*	.012
Desânimo	0.45	0.14	.31	3.29***	.001

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

Também no grupo de mulheres com dor crónica surgiu uma solução estatisticamente significativa ($F[3, 167] = 26.95, p < .001$), sugerindo que o desânimo

associado à dor prediz significativamente a intensidade da dor, explicando 32% da sua variância (R^2 ajustado = .32). O desânimo foi o único preditor ($\beta = .56$) após análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 22).

Tabela 22 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para Catastrofização à Dor como Preditor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Crónica) (n = 168)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Ruminação	-0.14	0.18	-.08	-0.79	.429
Magnificação	0.32	0.29	.10	1.11	.268
Desânimo	0.91	0.16	.56	5.66***	.000

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

8.4.6. Perceção e Vigilância na Intensidade da Dor

No que diz respeito ao grupo de mulheres com dor sexual, os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F[2, 218] = 21.88, p < .001$), sugerindo que no seu conjunto a perceção e vigilância predizem significativamente a intensidade da dor, explicando cerca de 16% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .16). A análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 23) apontou a atenção à dor ($\beta = .31$) como o único preditor estatisticamente significativo.

Tabela 23 - - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para a Perceção e Vigilância à Dor como Preditores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 219)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
AtençãoDor	0.34	0.08	.31	4.18***	.001
Atenção Mud.Dor	0.21	0.11	.14	1.90	.059

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. Atenção Mud. Dor = atenção às mudanças de dor.

Surgiu igualmente uma solução estatisticamente significativa ($F[2, 166] = 20.69, p < .001$), no grupo de mulheres com dor crónica, sugerindo que a ambas as dimensões predizem significativamente a intensidade da dor, explicando 19% da sua variância (R^2 ajustado = .19). A atenção à dor emergiu como o único preditor significativo ($\beta = .39$) após análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 24).

Tabela 24 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para a Percepção e Vigilância à Dor como Preditores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Crónica) (n = 167)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
AtençãoDor	0.48	0.10	.39	4.99***	.000
Atenção Mud.Dor	0.21	0.15	.11	1.47	.142

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. Atenção Mud. Dor = atenção às mudanças de dor.

8.4.7. Percepção da Resposta do Outro Significativo e Intensidade da Dor

No que concerne o grupo com dor sexual, os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F [3, 196] = 18.67, p < .001$), sugerindo que a resposta do outro significativo prediz significativamente a intensidade da dor, explicando cerca de 21% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .21). A análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 25) mostra a as respostas de punição ($\beta = .48$) como o único preditor estatisticamente significativo.

Tabela 25 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para Percepção de Resposta do Outro Significativo à Dor como Preditor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 197)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
RPunição	1.11	0.15	.48	7.42***	.000
RSolícitas	0.16	0.09	.16	1.86	.064
RDistratoras	-0.09	0.13	-.05	-0.65	.517

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. RPunição = resposta de punição. RSolícitas = respostas solícitas. RDistratoras = respostas distratoras.

Também em relação ao grupo de mulheres com dor crónica surgiu uma solução estatisticamente significativa ($F [3, 143] = 3.42, p < .05$), sugerindo percepção da resposta do outro significativo à presença da dor predizem significativamente a intensidade da dor, explicando 5% da sua variância (R^2 ajustado = .05). A análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 26) apontou as respostas de punição ($\beta = .26$) como preditores significativos.

Tabela 26 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para Perceção de Resposta do Outro Significativo à Dor como Preditor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Crónica) (n = 144)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
RPunição	0.54	0.17	.26	3.14**	.002
RSolícitas	0.04	0.11	.05	0.42	.672
RDistratoras	0.12	0.19	.07	0.63	.527

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. RPunição = resposta de punição. RSolícitas = respostas solícitas.

RDistratoras = respostas distratoras.

8.4.8. Ajustamento Diádico e Intensidade da Dor

Relativamente ao grupo com dor sexual foi encontrada uma solução estatisticamente significativa ($F [1, 222] = 6.97, p < .01$), sugerindo que o ajustamento diádico ($\beta = -.18$) explica cerca de 3% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .03) (ver Tabela 27).

Não foi encontrado um modelo significativo relativamente ao grupo de mulheres com dor crónica ($F[1, 161] = 0.18, p > .05$).

Tabela 27 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para o Ajustamento Diádico como Preditor da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 223)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
AjDiádico	-0.28	0.11	-.18	-2.640**	.009

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. AjDiádico = ajustamento diádico.

8.4.9. Funcionamento Sexual e Intensidade da Dor

No que diz respeito ao grupo de mulheres com dor sexual, os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F [5, 212] = 6.93, p < .001$), sugerindo que de uma forma geral estas diferentes dimensões predizem significativamente a intensidade da dor, explicando cerca de 12% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .12). A análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 28) não apontou para preditores significativos.

Tabela 28 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para as Dimensões do Funcionamento Sexual como Preditores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 213)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Desejo	-0.81	0.41	-.19	-1.97	.050
Excitação	0.59	0.28	.03	0.21	.833
Lubrificação	-0.22	0.16	-.11	-1.41	.161
Orgasmo	0,07	0.18	.03	0.36	.716
Satisfação	-0.55	0.26	-.19	-2.13	.034

Nota. Os níveis de significância foram ajustados segundo a fórmula de correção de *Bonferroni*, de tal modo que $p = .05/5 = .01$.

Nenhuma solução estatisticamente significativa surgiu no que diz respeito ao grupo de mulheres com dor crónica ($F[5, 151] = 1.04, p > .05$).

8.4.10. Autoestima e Autoestima Sexual e Intensidade da Dor

Relativamente ao grupo de mulheres com dor sexual foi encontrada uma solução estatisticamente significativa ($F [2, 231] = 10.91, p < .001$), sugerindo que ambas as dimensões predizem significativamente a intensidade da dor, explicando cerca de 8% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .08). Quer a autoestima ($\beta = .17$), quer a autoestima sexual ($\beta = -.19$) mostraram ser preditores significativos da intensidade da dor, após a análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 29).

Tabela 29 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para a Autoestima e Autoestima Sexual como Preditores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 232)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
AE	0.20	0.08	.17	2.52*	.013
AES	-0.15	0.05	-.19	-2.76**	.006

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. AE = Autoestima. AES = Autoestima sexual.

Relativamente aos grupos com dor crónica ($F [2, 168] = 1.51, p > .05$) não surgiu um modelo estatisticamente significativo para as variáveis em causa.

8.4.11. Principais Preditores da Intensidade da Dor em Mulheres com Dor Sexual

De forma a avaliar os melhores preditores da intensidade da dor sentida pelas mulheres com dor sexual, foi realizada uma análise de regressão múltipla (método *enter*) com as variáveis que se mostraram estatisticamente significativas nas análises individuais efetuadas anteriormente. Assim, foram consideradas como variáveis predictoras o afeto-traço negativo, os pensamentos de fracasso, as crenças de desejo sexual como pecado, a atenção à dor, a magnificação e desânimo face à dor, a percepção de respostas de punição da parte do outro significativo, a autoestima e autoestima sexual e o ajustamento diádico. Como variável critério foi considerada a intensidade da dor medida pelo SF-MPQ (Melzack, 1987).

Tabela 30 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para as Dimensões Psicossociais como Preditores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Sexual) (n = 188)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Afeto Negativo	0.28	0.10	.17	2.39*	.005
Pensam. Fracasso	0.29	0.18	.12	1.40	.095
Desejo como Pecado	0.43	0.59	.04	0.65	.463
Atenção Dor	0.10	0.08	.10	1.44	.172
Magnificação	0.30	0.24	.10	1.64	.227
Desânimo	0.30	0.12	.23	1.99	.012
RPunição	0.56	0.13	.27	3.29***	.000
AE	0.05	0.08	.03	0.47	.579
AES	-0.01	-0.06	-.03	-0.15	.704
AjDiádico	0.09	0.09	.06	0.57	.332

Nota. Os níveis de significância foram ajustados segundo a fórmula de correção de *Bonferroni*, de tal modo que $p = .05/10 = .005$; $p = .01/10 = .001$; $p = .001/10 = .0001$. RPunição = resposta de punição. AE = Autoestima. AES = Autoestima sexual. AjDiádico = ajustamento diádico.

Os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F [10, 177] = 15.17, p < .001$), sugerindo que de uma forma geral estas diferentes dimensões predizem significativamente a intensidade da dor, explicando cerca de 43% da sua variabilidade (R^2

ajustado = .43). A análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 30) apontou para a percepção de repostas de punição por parte do outro significativo ($\beta = .27$) como o principal preditor da intensidade da dor, seguido do afeto-traço negativo ($\beta = .17$)

8.4.12. Principais Preditores da Intensidade da Dor em Mulheres com Dor Crónica

Para avaliar os melhores preditores da intensidade da dor sentida pelas mulheres com dor crónica, foi realizada uma análise de regressão múltipla (método *enter*) com as variáveis que se mostraram estatisticamente significativas nas análises individuais efetuadas anteriormente. Assim, foram consideradas como variáveis predictoras o afeto-traço negativo, a atenção à dor, o desânimo face à dor e a percepção de repostas de punição da parte do outro significativo. Como variável critério foi considerada a intensidade da dor medida pelo SF-MPQ (Melzack, 1987).

Os resultados indicaram uma solução estatisticamente significativa ($F [4, 144] = 19.11, p < .001$), sugerindo que de uma forma geral estas diferentes dimensões predizem significativamente a intensidade da dor, explicando cerca de 34% da sua variabilidade (R^2 ajustado = .34). A análise dos coeficientes de regressão estandardizados (ver Tabela 31) apontou para a atenção à dor ($\beta = .19$) e o desânimo face à dor ($\beta = .43$) como os preditores estatisticamente significativos.

Tabela 31 - Análise de Regressão Múltipla (Método Enter) para as Dimensões Psicossociais Sexual como Preditores da Intensidade da Dor (Amostra: Grupo Mulheres com Dor Crónica) (n = 145)

Preditores	<i>B</i>	<i>Erro padrão</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
AfetoNegativo	0.17	0.15	.08	1.15	.250
AtençãoDor	0.22	0.10	.19	2.11*	.037
Desânimo	0.72	0.14	.43	5.02***	.000
RPunição	0,09	0.15	.04	0.62	.538

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. RPunição = resposta de punição

8.5. Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar os principais preditores psicossociais da intensidade da dor em mulheres com dor sexual e dor crónica. Mais especificamente, pretendeu-se avaliar de que forma o Mindfulness, o afeto-traço, os pensamentos automáticos negativos em contexto sexual, as crenças sexuais negativas, a catastrofização e a hipervigilância face à dor, a resposta do outro significativo face à dor, o ajustamento diádico, o funcionamento sexual, a autoestima e a autoestima sexual contribuem para a intensidade da dor percebida e, em última instância, aproximam ou distanciam os grupos em estudo.

No que diz respeito ao Mindfulness, apenas surgiu um modelo significativo para o grupo de mulheres com dor sexual, que explicou cerca de 11% da variabilidade de intensidade da dor sentida, não emergindo nenhum preditor significativo. Assim, a capacidade para estar presente no aqui e no agora mostrou relativa importância no contexto da intensidade da dor sentida pelas mulheres com dor sexual, indo de encontro ao estudo de Brotto e colaboradores (2012a). Já no contexto da dor crónica, e contrariamente ao esperado e aos diferentes estudos na área (Cassidy, et al., 2012; Cusens, et al., 2010; Esmer et al., 2010; Kabat-Zinn, 1982, 1990; Kabat-Zinn et al., 1985; Morone et al., 2008, 2009; Rosenzweig et al., 2010; Sephton et al., 2007; Teixeira, 2008; Zautra et al., 2008), o Mindfulness não assumiu um papel significativo na intensidade da dor. Este resultado vem demonstrar que esta dimensão poderá apresentar um papel menos determinante na intensidade da dor, devido ao facto de, por um lado, depender de forma mais significativa de outras variáveis frequentemente associadas a este problema, nomeadamente o nível de atenção à dor, o desânimo face à mesma, o nível de atividade, a imagem corporal e a psicopatologia. Por outro lado, outras características metodológicas, como a natureza do estudo, características específicas da amostra (compreensão do que é o mindfulness, duração dos sintomas e a variabilidade da intensidade da dor) e tipo de instrumentos utilizados, poderão ter conduzido a estes resultados.

Relativamente ao afeto-traço, os resultados foram semelhantes para ambos os grupos. Apesar desta dimensão, na sua generalidade, ter apresentado apenas uma pequena

contribuição para a intensidade da dor (cerca de 8%), foi consistente que o afeto-traço negativo se constitui como um preditor significativo da intensidade da dor. Estes resultados vão de encontro à literatura que tem demonstrado o efeito limitativo da presença de emoções negativas na vivência da dor crónica (Affleck et al., 1997; Beckham et al., 1991; Geisser, Robinson et al., 2003; Hudson & Pope, 1990; van de Hout et al., 2001) e dor sexual (Brauer et al., 2009; Brauer et al., 1997, 2007, 2009; van Lankveld et al., 1996). Tendo em conta que no presente estudo foi considerado o afeto-traço, estes resultados permitem levantar a hipótese de que a natureza das emoções que estão presentes ao longo da vida se pode constituir como um importante fator de vulnerabilidade na vivência da dor. O mecanismo através do qual as emoções atuam poderá relacionar-se com os níveis de atenção e consequente avaliação negativa da ameaça, que se reflete nas estratégias de coping desadaptativas e possível aumento da intensidade da dor.

Relacionados com a atenção e interpretação dos estímulos que nos rodeiam encontram-se estruturas como os pensamentos e crenças. Tal como esperado (Borg et al., 2011; Meana et al., 1997a; Nobre & Pinto Gouveia, 2008a; Reed et al., 2003; Reissing et al., 2004; Sackett et al., 2001, Vilarinho, 2010), apenas no grupo de mulheres com dor sexual emergiram modelos significativos relacionados com os pensamentos automáticos negativos ativados em contexto sexual e as crenças sexuais disfuncionais. Os pensamentos de fracasso/desistência e as crenças relacionadas com a idade surgiram como principais preditores da intensidade da dor. Estes dados demonstram que, quer os pensamentos (“*não estou a conseguir*”; “*só faço isto porque ele me pediu*”), quer as crenças relacionadas com a sexualidade (“*com a idade a mulher perde o prazer pelo sexo*”; “*após a menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual*”), desempenham um papel importante na dor sexual, contrapondo a ideia defendida por alguns autores de que a sexualidade deverá assumir um segundo plano ao nível da conceptualização e tratamento da dor sexual (Binik, 2005; Binik et al., 1999, 2001; Granot et al., 2002; Meana & Binik, 1994; Meana et al., 1997b; Pukall et al., 2005). Assim, podemos equacionar a presença de uma possível vulnerabilidade cognitiva (crenças) que poderá refletir-se em mais pensamentos negativos durante a relação sexual, provocando uma distração dos estímulos eróticos, menores níveis de

excitação e lubrificação e maior dor durante a penetração vaginal (Arnold, Bachmann, Kelly, Rosen, & Rhoads 2006; Ferrero et al., 2005; ter Kuile & Weijnen, 2006; Van Lunsen & Ramakers, 2002).

Já outros estilos cognitivos, como a catastrofização e hipervigilância da dor, parecem ser comuns a ambas as dificuldades em estudo, explicando de forma considerável a intensidade da dor, tal como tem mostrado a literatura (Desrochers et al., 2008; Granot & Lavee, 2005; Holtzman & DeLongis, 2007; Keefe et al., 2004; Lundqvist & Öhman, 2005; Meana et al., 1997a; Öhman et al., 2000; Payne et al., 2007; Pukall et al., 2002; Sullivan et al., 1998). Não deixa contudo de ser curioso o facto de ambas as dimensões explicarem de forma mais significativa a intensidade da dor crónica (32% e 19%, respetivamente), em comparação com a dor sexual (24% e 16%, respetivamente). Uma possível explicação para esta diferença poderá estar relacionada com o facto de na dor sexual existirem mais variáveis determinantes (afeto-traço negativo, pensamentos e crenças relacionadas com a sexualidade, resposta da parte do outro significativo) e, inclusive relacionadas com estes estilos cognitivos, na vivência da dor. Também em destaque surge a magnificação (dimensão específica da catastrofização) como preditor significativo apenas da dor sexual e que se caracteriza por pensamentos como *“fico com medo que a dor piore”*, *“pergunto-me se poderá acontecer algo grave”*. A maior tendência destas mulheres para ampliarem a importância da dor poderá estar relacionada com a falta de informação geral e com a presença de tabus acerca desta problemática, que se encontra relacionada com uma vivência pouco desmistificada, resignada e silenciosa da dor sexual, com o pouco à vontade, ou desconhecimento da parte de diferentes profissionais em desmistificar estas dificuldades e igualmente com as consequências individuais, relacionais e sexuais que a presença e agravamento desta sintomatologia traz.

Também as variáveis relacionadas com a dimensão relacional se mostraram como mais determinantes na intensidade da dor sexual. Enquanto que no grupo com dor crónica, a perceção da resposta do outro significativo contribuiu para explicar 5% da intensidade da dor, no grupo com dor sexual esta mesma perceção contribuiu para explicar 21%, juntamente com o ajustamento diádico que contribuiu com 3%. Em ambos os grupos, as

respostas de punição (“*o outro significativo expressa irritação*”; “*o outro significativo expressa raiva*”) emergiram como os únicos preditores significativos. Apesar de os resultados irem praticamente de encontro às hipóteses do estudo e literatura (Boothby, et al., 2004, 2006; Campbell et al., 2012; Cano, 2004; Cano, et al., 2000; Desrosiers et al., 2008; Flor et al., 1995, 1987, 1988; Kerns et al. 1990; Raichle et al., 2011; Romano et al., 1992, 1995, 2000; Rosen et al., 2010, 2012), as respostas solícitas não emergiram como preditor significativo. No grupo de dor crónica, podemos inferir que podem estar presentes outras variáveis como psicopatologia de outra natureza, que pode suprimir o efeito do papel das respostas do outro significativo na intensidade da dor, como foi demonstrado num estudo recente de Campbell e colaboradores (2012). Já no grupo da dor sexual, podemos levantar a hipótese de que a natureza das questões do questionário utilizado, que foi desenvolvido para a avaliação de diferentes dimensões relacionadas com a vivência da dor crónica, podem estar desenquadradas de determinadas características específicas da dor sexual, principalmente ao nível da sua interferência na vida diária destas mulheres, incluindo o próprio relacionamento com o parceiro ou outra pessoa significativa. Por outro lado, a baixa ou total cessação da atividade sexual (Arnold et al., 2006; Ferrero et al., 2005; Meana et al., 1997a; Webster, 1997), frequente nas mulheres que apresentam esta problemática, poderão justificar uma menor frequência de respostas solícitas da parte do parceiro, bem como reforçar o peso das respostas de punição e o baixo ajustamento diádico, de resto também significativo nos resultados do nosso estudo e na literatura (Baggish & Miklos, 1995; Davis & Reissing, 2007; Graziottin & Brotto, 2004; McCormick, 1999; Bergeron et al., 2001; Nylanderlundqvist & Bergdahl, 2003; Masheb et al., 2002; White & Jantos, 1998).

Relacionado com o tipo de resposta do parceiro e ajustamento diádico encontra-se o funcionamento sexual e os níveis de autoestima geral e sexual. Os resultados demonstraram que estas três dimensões são igualmente responsáveis pelos níveis de intensidade da dor sentida (em 12% e 8%, respetivamente), mais uma vez, apenas nas mulheres que apresentam dor sexual. Estes dados, além de virem mais uma vez chamar a atenção para a importância da sexualidade na vivência da dor sexual, poderão demonstrar a existência de uma vulnerabilidade na forma como estas mulheres se avaliam como ser

sexual, que poderá contribuir para uma avaliação mais catastrófica da dor, um maior desvio da atenção dos estímulos sexuais e de possíveis respostas positivas da parte do parceiro, uma maior presença de emoções negativas e pensamentos automáticos negativos, que culminam num baixo funcionamento e satisfação sexual, e num maior sentido de ineficácia perante a resolução do problema a curto e médio prazo (Anderson & Le Grand, 1991; Faith & Schare, 1993; Gates et al., 2001; Seal et al., 2009; Trappnell et al., 1997; Weaver & Byers, 2006).

Já o facto de a autoestima geral se relacionar de forma positiva com a intensidade da dor, ao contrário da autoestima sexual, não deixa de ser curioso. Assim, níveis mais altos de autoestima e níveis mais baixos de autoestima sexual parecem estar relacionados com uma maior intensidade da dor, nas mulheres com dor sexual. Apesar de considerarmos que em termos gerais ambas as variáveis poderão estar relacionadas, também defendemos que ambas se reportam a dimensões específicas do Eu. Assim, uma das hipóteses levantadas para este resultado é que, mais do que cada uma destas dimensões atuar por si nos níveis de intensidade da dor, poderão atuar em conjunto através de um possível confronto interno entre elas. Por outras palavras, as mulheres com dor sexual poderão apresentar níveis mais baixos de autoestima sexual, que são sentidas pelas mesmas como não sendo congruentes com a avaliação que fazem de si mesmas de forma geral. Esta não congruência poderá, por sua vez, despoletar emoções de natureza negativa, bem como pensamentos de fracasso e um sentido geral de ineficácia, que poderá comprometer a avaliação dos estímulo ameaçador e aumentar a intensidade da dor sentida.

Assim, de uma forma geral, são vários os fatores psicossociais que parecem contribuir para a intensidade da dor sentida por mulheres com dor sexual e dor crónica, sendo que ambos os grupos apresentam diferenças consideráveis ao nível da presença e efeito das mesmas. As duas regressões que foram efetuadas para cada conjunto de variáveis individuais que se mostraram significativas, confirmaram isso mesmo. Enquanto que, no seu conjunto, a intensidade da dor sexual é explicada em 43% pelas diferentes dimensões anteriormente discutidas, destacando-se como preditores significativos as respostas de punição da parte do outro significativo e o afeto-traço negativo, o conjunto das variáveis

que se mostraram como determinantes na dor crónica constituíram um modelo que explica 34% da intensidade da dor, sendo que ambas as dimensões de atenção e desânimo face à dor emergiram como os preditores significativos. Assim, apesar de a dor ser um fenómeno único, fazendo com que ambas as perturbações de dor partilhem diferentes características entre si, os resultados demonstram uma especificidade e complexidade que acompanha a dor sexual, destacando-se a dimensão relacional. Este é de resto um resultado congruente, se tivermos em conta que estas dificuldades ocorrem na sua grande maioria no seio do casal, que vê a sua sexualidade e intimidade comprometidas devido a uma problemática tão pouco desmistificada na medicina, psicologia e sociedade em geral.

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados com precaução, uma vez que existem várias limitações que podem comprometer a generalização dos resultados. Em primeiro lugar as dificuldades apresentadas pelas diferentes participantes basearam-se na sua avaliação pessoal das dificuldades e respetiva autorresposta, o que não nos permite assegurar com total certeza que todas preenchem os critérios formais para a presença de dor sexual, dor crónica e disfunção sexual. Não foram igualmente controladas questões como a presença de outras doenças crónicas, comorbilidade com outras dificuldades psicológicas e uso de medicação que podem interferir de forma significativa com cada uma das problemáticas abordadas. Por outro lado, o uso de apenas algumas dimensões de alguns questionários (com base nos resultados obtidos em estudos prévios) poderá ter limitado os resultados, impedindo uma compreensão mais generalizada do fenómeno de dor sexual ao nível das variáveis correspondentes. No que diz respeito ao questionário de ajustamento diádico, não foram recolhidas as respostas dos respetivos parceiros, o que não permitiu um controlo de possíveis enviesamentos das respostas dadas pelas participantes respeitantes à qualidade da relação. Também a avaliação fiel da dimensão de Mindfulness depende do nível de conhecimento e consciência da parte das participantes deste mesmo conceito, o que na sua ausência, poderá ter provocado enviesamentos nas respostas, principalmente da parte de indivíduos menos mindful. Finalmente, o facto de o estudo ter sido realizado *online* não permitiu a participação de pessoas que não tem acesso a este tipo de serviço. Este facto pode ter contribuído para que a maioria das participantes pertençam

a uma faixa etária jovem e apresentem um nível de escolaridade médio-alto, o que não permite uma adequada generalização dos resultados para a população geral portuguesa.

Sendo este estudo apenas de carácter exploratório, é vantajoso o desenvolvimento de mais investigação nesta área, que permita obter uma noção clara da direção e relações de causalidade entre estas e outras variáveis eventualmente significativas. Por outro lado, apesar das características que a dor sexual partilha com outras perturbações de dor, fica claro que a dimensão relacional e sexualidade se mostram determinantes na intensidade da dor e provavelmente na sua conceptualização, não devendo por isso ser delegadas para um segundo plano aquando da sua avaliação e tratamento. Assim, torna-se imperativo que a dor sexual seja encarada como um fenómeno multidimensional, complexo e com uma componente relacional e sexual, quer na intervenção clínica, quer na investigação, o que permitirá uma maior compreensão da sua natureza e promoverá modelos de intervenção mais abrangentes e eficientes.

Conclusões Gerais

A dor é um fenómeno comum e essencial ao equilíbrio e sobrevivência humana, que tem sido estudado desde a Antiguidade. De natureza variável e complexa, assume por vezes um carácter permanente com causas pouco claras, tendo por isso um impacto significativo nas diferentes áreas de vida da pessoa (Melzack & Wall, 2008; Turk & Okifuji, 2002). Quando associada ao contexto sexual da mulher, a dor parece assumir um papel de ainda maior complexidade e desafio, talvez decorrente das várias limitações a que o estudo da sexualidade feminina tem sido sujeita ao longo do tempo.

Foi então num contexto relativamente embrionário de discussão em torno da conceptualização, avaliação e tratamento da dor sexual, principalmente em Portugal, que surgiu objetivo norteador da presente dissertação: compreender o perfil psicossocial das mulheres portuguesas que vivem com esta problemática, nomeadamente quanto à presença e importância das dimensões afetiva, cognitiva, sexual e relacional na dor sexual.

De forma mais específica e tendo em conta os primeiros quatro estudos (Capítulos IV, V, VI e VII), teve-se como objetivo compreender de que forma estas diferentes variáveis psicossociais discriminam mulheres que apresentam dor sexual das mulheres que apresentam dor crónica, mulheres que apresentam outros problemas sexuais e mulheres da população geral, que não apresentam nenhuma das dificuldades anteriores.

Uma das variáveis abordadas foi o Mindfulness, um conceito recente das Terapias Cognitivo-Comportamentais de 3ª Geração, ainda pouco abordado no contexto da sexualidade. De uma forma geral e, numa primeira abordagem, os resultados mostraram que as mulheres pertencentes aos grupos com dor sexual e disfunção sexual apresentam uma menor capacidade para estarem atentas e conscientes às experiências do momento presente no seu dia-a-dia, comparativamente com as mulheres da população geral. Dados mais detalhados demonstraram a existência de um papel específico de algumas facetas do Mindfulness em ambos os grupos com dor. A faceta descrever mostrou-se significativa na diferenciação entre mulheres com dor sexual e mulheres da população geral, enquanto que a faceta não julgar (também definida como aceitação) se mostrou determinante na diferenciação entre as mulheres com dor crónica e as da população geral. Assim, a capacidade para ser mindful poderá ter diferentes implicações na forma como as mulheres

lidam com a dor, havendo alguma probabilidade de as diferenças e semelhanças entre os três grupos clínicos se relacionarem com a amplitude e localização da dor e respetiva interferência das diferentes dificuldades nas tarefas diárias, nos níveis de autoestima, imagem corporal e qualidade da relação com o parceiro e funcionamento sexual.

Ao nível dos fatores cognitivo-emocionais, os resultados apenas permitiram destacar o papel dos pensamentos automáticos negativos, nomeadamente os pensamentos de fracasso/desistência e escassez de pensamentos eróticos. Ambas as dimensões diferenciaram de forma significativa as mulheres com dor sexual e disfunção sexual das mulheres com dor crónica e da população geral e, igualmente, as mulheres com dor crónica da população geral. Estes são resultados que reforçam a importância dos pensamentos de natureza sexual na vivência da dor e que suportam a presença de um processo de interferência cognitiva, semelhante ao estudado em várias disfunções sexuais, na vivência da dor sexual e igualmente da dor crónica.

Já os resultados do terceiro estudo revelaram que as mulheres com dor sexual e com dor crónica apresentam maiores níveis de perceção, vigilância e catastrofização à dor, comparativamente com as mulheres com outras disfunções sexuais e mulheres da população geral. Mais especificamente, ambos os grupos apresentaram níveis significativamente mais elevados de atenção, magnificação e desânimo perante a dor, sendo contudo visível níveis significativamente mais elevados de ruminação nas mulheres com dor sexual, em comparação com as mulheres que experienciam outras disfunções sexuais e da população geral. No que diz respeito à perceção da resposta do outro significativo, a presença de menos respostas solícitas da parte do parceiro ou outra pessoa significativa em relação à dor, diferenciou as mulheres com dor sexual das mulheres com dor crónica e da população geral, verificando-se igualmente diferenças entre as mulheres com outra disfunção sexual e da população geral. Assim, apesar de a presença dos estilos cognitivos de hipervigilância e catastrofização, provavelmente interrelacionados entre si, exercerem um papel na dor sexual semelhante à dor crónica, a ausência de respostas de suporte e solícitas da parte do parceiro parecem ser mais determinantes nas problemáticas relacionadas com a dor sexual e outras disfunções sexuais.

Finalmente, relativamente ao estudo que abordou o papel da autoestima, ajustamento diádico e funcionamento sexual nos quatro grupos, os resultados salientaram quer o papel da autoestima sexual, quer das diferentes dimensões do funcionamento sexual na diferenciação dos grupos de dor sexual, dor crónica e disfunção sexual. De uma forma geral, as mulheres com dor sexual e disfunção sexual apresentaram valores significativamente mais baixos de ambas as dimensões em comparação com as mulheres com dor crónica e da população geral. Assim, a presença de uma baixa conceção do Eu como ser sexual poderá associar-se a baixos níveis de funcionamento sexual e consequente diminuição de estratégias para lidar com a dor, contribuindo para a manutenção e agravamento das dificuldades.

Tendo em conta todas estas variáveis, foi ainda realizado um último estudo (Capítulo VIII) com o sentido de se avaliar os principais preditores psicossociais da intensidade da dor em mulheres com dor sexual e dor crónica e, em última instância, perceber de que forma estas diferentes dimensões aproximam ou distanciam os grupos em estudo. No que diz respeito ao grupo com dor sexual, as variáveis de afeto-traço negativo, pensamentos de fracasso/desistência, crenças de desejo como pecado, atenção, magnificação e desânimo à dor, respostas de punição da parte de outro significativo, autoestima, autoestima sexual e ajustamento diádico emergiram como preditores significativos da intensidade da dor percebida, explicando no seu conjunto 43% da sua variabilidade. Do conjunto destes diferentes preditores, e recorrendo a uma última análise, o afeto-traço negativo e as respostas de punição destacaram-se como os principais preditores da intensidade da dor nas mulheres com dor sexual.

No que diz respeito ao grupo com dor crónica, apenas as dimensões de afeto-traço negativo, atenção e desânimo à dor, e respostas de punição da parte de outro significativo emergiram como preditores significativos, explicando 34 % da variabilidade da intensidade da dor. Numa última análise, a atenção e desânimo à dor sobressaíram como os únicos preditores da intensidade da dor em mulheres com dor crónica.

Assim, e de uma forma geral, são vários os fatores psicossociais que parecem contribuir para a intensidade da dor sentida por mulheres com dor sexual e dor crónica,

sendo que ambos os grupos apresentam semelhanças e diferenças consideráveis ao nível da presença e efeito das mesmas. É contudo evidente a especificidade e complexidade da presença de dor no contexto sexual, onde a dimensão relacional parece assumir um papel significativo e claramente diferenciador.

De uma forma geral, e tendo em conta os resultados obtidos ao longo destes cinco estudos, torna-se claro que a dor sexual é um fenómeno claramente complexo, de natureza multidimensional e que se relaciona com diferentes variáveis, ainda que seja pouco claro de que forma e em que direção. Efetivamente, devido à natureza exploratória e correlacional da presente dissertação, não é possível estabelecer relações de causalidade entre as diferentes dimensões avaliadas. Contudo, tendo em conta a investigação que tem vindo a ser desenvolvida em torno da dor sexual (Brauer, Laan, & ter Kuille, 2006; Brauer, ter Kuille, Janssen & Laan, 2007; Brotto et al., 2012a; Payne, Binik, Amsel, & Khalifé., 2005; Lykins, Meana, & Minimi, 2011; Silverstein et al., 2011; Wouda et al., 1998) e com base em alguns modelos aplicados às disfunções sexuais (Beck, 1976; Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Janssen et al., 2000; Laan & Janssen, 2007), podemos estabelecer algumas hipóteses relativamente à forma como estas se relacionam entre si e contribuem para a eventual manutenção das dificuldades.

Assim, parece-nos plausível equacionar que as variáveis de natureza mais nuclear ou traço, como a capacidade para ser mindful, o afeto-traço negativo, a autoestima, autoestima sexual e as crenças sexuais disfuncionais poderão eventualmente constituir-se como fatores de vulnerabilidade para a dor sexual. Perante a experiência de uma relação sexual com dor e respetiva ativação de pelo menos alguns destes fatores, estas mulheres poderão estar sujeitas a um desvio da atenção das pistas eróticas e consequente ativação de diferentes pensamentos automáticos negativos e dos processos cognitivos de hipervigilância e catastrofização à dor. Como consequência de todo este ciclo, o funcionamento sexual destas mulheres poderá ficar comprometido, nomeadamente ao nível das dimensões de excitação, lubrificação e satisfação sexual, despoletando um aumento da intensidade da dor, um maior sentido de ineficácia e dificuldades na relação com o parceiro. A constante ativação e consolidação deste ciclo leva a que estas mulheres

evitem ou cessem a atividade sexual (Arnold, Bachmann, Kelly, Rosen, & Rhoads, 2006; Ferrero, Esposito, & Abbamonte, 2005; Webster, 1997), não procurando por isso uma solução para o problema.

Por outro lado, e tendo em conta a discussão que existe na literatura em torno da conceptualização da dor sexual (Binik, 2005; Binik, Pukall, Reissing, & Khalifé, 2001; Tiefer, 2005; Meana, 2005; Payne, 2005), de resto bastante citada ao longo da presente dissertação, os resultados dos nossos estudos parecem reforçar a ideia de que este é um quadro clínico que partilha características com a dor crónica, mas também com outras dificuldades sexuais. Assim, centrar-se a classificação da dor sexual em apenas uma destas dimensões clínicas poderá ser um procedimento extremamente redutor e pouco favorável à investigação e intervenção clínica, principalmente em casos que manifestem uma maior complexidade em termos relacionais e sexuais. A formalização de uma definição da dor sexual, que abarque a sua multidimensionalidade, e de um modelo de intervenção multidisciplinar é assim crucial face à necessidade urgente de desmistificação desta problemática na medicina, psicologia e sociedade em geral.

Uma vez que o presente trabalho é de carácter essencialmente exploratório, é importante que os seus resultados sejam interpretados com precaução devido às limitações que lhe são inerentes. De entre as que já foram sendo referidas ao longo dos diferentes estudos, é importante reforçar aquelas que emergem como sendo mais significativas e que se constituem como um maior desafio face a uma possível generalização dos resultados. Em primeiro lugar, este foi um estudo realizado *online*, o que contribuiu para que a maioria das participantes pertençam a uma faixa etária jovem e apresentem um nível de escolaridade médio-alta. Consequentemente este método não permitiu a participação de pessoas que não têm acesso a este tipo de serviço, e com grande probabilidade de apresentar cada uma das dificuldades em estudo. Em segundo lugar, cada uma das problemáticas apresentadas pelas diferentes participantes baseia-se na avaliação pessoal das dificuldades e respetiva autorresposta. Desta forma, não se pode assegurar formalmente que todas preenchem os critérios para a presença de dor sexual, dor crónica e disfunção sexual. Finalmente, não foram controladas questões como a presença de outras doenças

crónicas, comorbilidade com outras dificuldades psicológicas e uso de medicação que podem interferir de forma significativa com cada uma das problemáticas abordadas, enviesando os resultados.

Apesar das limitações, este estudo vem preencher uma lacuna na investigação nacional e internacional. Além de comprovar a importância do papel das variáveis afetivas, cognitivas, sexuais e relacionais na dor sexual, sendo provavelmente o primeiro estudo a abordar a presença destas diferentes dimensões através da comparação das mulheres com dor sexual, dor crónica e outras disfunções sexuais, vem igualmente sinalizar que esta é uma problemática presente em muitas mulheres e casais portugueses.

Assim, é nossa expectativa que estes resultados estimulem, em primeiro lugar, o desenvolvimento de mais estudos com menos limitações e que permitam perceber a real contribuição e direção das relações entre estas diferentes variáveis na dor sexual. Desta forma será promovida uma maior e mais abrangente compreensão deste quadro clínico. Por outro lado, esperamos que a discussão e as sugestões feitas ao longo dos diferentes estudos permitam uma sensibilização de médicos e terapeutas para a inclusão definitiva de variáveis como o mindfulness, o afeto, as crenças e os pensamentos automáticos negativos nos protocolos de avaliação e intervenção, não descurando outras igualmente importantes e, por vezes igualmente esquecidas, como a autoestima, o funcionamento sexual e a qualidade da relação com o companheiro. Finalmente, esperamos que a contribuição dada por todas as participantes para esta dissertação, promova uma desmistificação da dor sexual entre as mulheres portuguesas e sociedade em geral, e uma procura ativa de ajuda face à presença destas dificuldades.

Referências Bibliográficas

- Abrahamson, D. J. (1985). Effects of distraction on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behavior Therapy, 16*, 503–515. doi: 10.1016/S0005-7894(85)80028-9.
- Abramov, L., Wolman, I., David, M.P. (1994). Vaginismus: An importante factor in the evaluation and management of vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecologic and Obstetric Investigation, 38*, 194-197. doi: 10.1159/000292478.
- Adams, A. E., Haynes, S. N., & Brayer, M. A. (1985). Cognitive distraction in female sexual arousal. *Psychophysiology, 22*(6), 689-696. doi: 10.1111/j.1469-8986.1985.tb01669.x.
- Adelman, A.M., Revicki, D.A., Magaziner, J., & Hebel, R. (1995). Abdominal pain in an HMO. *Family Medicine, 27*(5), 321-325.
- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., Higgins, P., Pav, D., & Aloisi, R. (1997). A dual pathway model of daily stressor effects on rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine, 19*(2), 161–170. doi: 10.1007/BF02883333.
- Aikens, J.E., Reed, B.D., Gorenflo, D.W., Haefner, H.K. (2003). Depressive symptoms among women with vulvar dysesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 189*, 462-466. doi: 10.1067/S0002-9378(03)00521-0
- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O., & Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 2*, 793 – 800. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.00145.x
- 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 (2012) – DMS-V development. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- Amir, N., Elias, J., Klumpp, H., & Przeworski, A. (2003). Attentional bias to threat in social phobia: facilitated processing of threat or difficulty disengaging attention from

- threat? *Behavior Research Therapy*, 41(11), 1325-1335. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00039-1.
- Andersen, B.L., & LeGrand, J. (1991). Body image for women: Conceptualization, assessment, and a test of its importance in sexual dysfunction and medical illness. *Journal of Sex Research*, 28, 457-478. doi: 10.1080/00224499109551619
- Anderson, E.R., & Hope, D.A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 275-287. doi: 10.1016/j.cpr.2007.05.004.
- Andersson, H.I. (1994). The epidemiology of chronic pain in a swedish rural area. *Quality of Life Research*, 3(1), 19-26. doi: 10.1007/BF00433371.
- Andersson, H.I., Ejlertsson, G., Leden, I., Rosenber, C. (1993). Chronic pain in a geographically defined general population studies of differences in age, gender social class and pain localization. *Journal of Clinical Pain*, 9(3), 174-182.
- Andersson, H.I., Ejlertsson, G., Leden, I., Scherstén, B. (1999). Impact of chronic health care seeking, self care, and medication. Results from a population-based swedish study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 503-509.
- Arnold, L.D., Bachmann, G.A., Kelly, S., Rosen, R., & Rhoads, G.G. (2006). Vulvodynia: Characteristics and associations with co-morbidities. *Obstetrics and Gynecology*, 107(3), 617-624. doi: 10.1097%2F01.AOG.0000199951.26822.27.
- Asgahari, A., Julaeiha, S. & Godarsi, M. (2008). Disability and depression in patients with chronic pain: Pain or pain- related beliefs? *Archives of Iranian Medicine*, 11, 263-269.
- Asmundson, G.J.G., & Wright, K.D. (2004). Biopsychosocial approaches to pain. In T. Hadjistavropoulos & K.D. Craig (Eds). *Pain: Psychological perspectives*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Aspinwall, L. G. (1998). Rethinking the role of positive affect in self-regulation. *Motivation and Emotion*, 22(1), 1-32. doi: 10.1023/A:1023080224401
- 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 rastreamento e avaliação do impacto da dor crônica. *Dor*, 15, 6-37
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 281–299. doi: 10.1007/s10942-005-0015-9
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 351–358. doi: 10.1016/S1077-7229(05)80057-4
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504..
- Baer, R.A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., & Williams, J.M.G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342. doi: 10.1177/1073191107313003.
- Baggish, M.S., & Miklos, J.R. (1995). Vulvar pain syndrome: a review. *Obstetrics and Gynecology Survey*, 50, 618–627.
- Bancroft, J. (1989). *Human sexuality and its problems*. New York: Churchill Livingstone.
- Bancroft, J. (2002). The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution. *Archives of Sexual Behavior*, 31, 451-455.
- Bancroft, J., & Coles, L. (1976). Three years' experience in a sexual problems clinic. *British Medical Journal*, 1, 1575-1577.
- Bancroft, J., Janssen, E., Strong, D., Carnes, L., Vukadinovic, Z., & Long, S. (2003). The relation between mood and sexuality in heterosexual men. *Archives of sexual Behavior*, 32(3), 217-230.
- Banks, S., & Kerns, R. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, 19, 95-110. doi: 10.1037/0033-2909.119.1.95

- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 140-148. doi: 10.1037/0022-006X.54.2.140
- Barnack, J.L., & Chrisler, J.C. (2007). The experience of chronic illness in women: A comparison between women with endometriosis and women with chronic migraine headaches. *Women & Health, 46*(1), 115-133. doi: 10.1300/J013v46n01_08
- Barnes, J. (1986). Primary vaginismus (part 1), social and clinical features. *Irish Medical Journal, 79*, 56-62.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 366–373. doi:10.1016/j.brat.2009.01.019
- Basson, R. (1996). Sexuality and parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders, 2*(4), 177-185. doi: 10.1016/S1353-8020(96)00020-x.
- Basson, R. (2002). Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *Journal of Sex and Marital Therapy, 28*, 289-300. doi: 10.1080/0092623029000141 1.
- Bates, M., Edwards, W., & Anderson, K. (1993). Ethnocultural influences on variation in chronic pain perception. *Pain, 52*, 101-112. doi: 10.1016/0304-3959(93)90120-E
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- Beck, A.T. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. in P. Salkovskis, (Ed). *Frontiers Of Cognitive Therapy* (pp. 1 – 25). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library.

- Beck, J. G., & Barlow, D. H. (1984). Current conceptualizations of sexual dysfunction: A review and an alternative perspective. *Clinical Psychological Review*, 4, 363 – 378. doi: 10.1016/0272-7358(84)90017-5
- Beck, J. G., & Bozman, A. W. (1995). Gender differences in sexual desire: The effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior*, 24 (6), 595–612. doi: 10.1007/BF01542182
- Beckham, J. C., Keefe, F. J., Caldwell, D. S., & Roodman, A. A. (1991). Pain coping strategies in rheumatoid arthritis: Relationships to pain, disability, depression and daily hassles. *Behavior Therapy*, 22, 113-124. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80249-7
- Belanger, J., Piche, L., & Trudel, G. (2000). La détermination du degré de relation entre l'estime de soi et quatre éléments de l'expérience sexuelle. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 9(1), 31-40.
- Bergeron, S., Binik, Y.M., Khalifé, S., & Pagidas, K. (1997). Vulvar vestibulitis syndrome: A Critical review. *The Clinical Journal of Pain*, 13, 27-42.
- Bergeron, S., Khalife, S., Pagidas, K., Meana, M., Amsel, R., & Binik Y. M. (2001). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy surface electromyographic biofeedback and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from VVS. *Pain*, 91, 297–306. doi: 10.1016/S0304-3959(00)00449-8
- Binik, Y. M. (2005). Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 11–21. doi: 10.1007/s10508-005-0998-4
- Binik, Y. M., Bergeron, S., & Khalifé, S. (2000). Dyspareunia. In S.R. Leiblum & R.Rosen (Eds.). *Principles and practice of sex therapy* (pp. 154-180). New York: Guilford.
- Binik, Y. M., Bergeron, S., & Khalife, S. (2007). Dyspareunia and vaginismus: So-called sexual pain. In S. R. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed., pp. 124–156). New York: Guilford Press.
- Binik, Y.M., Meana, M., Berkely, K., & Khalifé, S. (1999). Dyspareunia: Is the pain sexual or is the sex painful? *Annual Review of Sex Research*, 10, 210–235.

- Binik, Y.M., Pukall, C.F., Reissing, E.D., & Khalifé, S. (2001). The sexual pain disorders: A desexualized approach. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *27*, 113-116. doi: 10.1080/00926230152051734
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2004). Money, sex and happiness: An empirical study. *Scandinavian Journal of Economics*, *106*(3), 393-415. doi: 10.1111/j.0347-0520.2004.00369.x
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1993). Measures of Self-Esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrigtsman (Eds), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 115-160). Ann Arbor: Institute of Social Research.
- Block, A.R., Kremer, E.R., & Gaylor, M. (1980). Behavioral treatment of chronic pain: the spouse as a discriminative cue for pain behavior. *Pain*, *8*, 243-252. doi: 10.1016/0304-3959(80)90011-1
- Blyth, F.M., March, L.M., & Cousins, M.J. (2003). Chronic pain-related disability and use of analgesia and health services in a Sidney community. *The Medical Journal of Australia*, *21*, 84-87.
- Blyth, F.M., March, L.M., Brnabic, A.J.M., & Cousins, M.J. (2004). Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*, *111*, 51-58. doi:10.1016/j.pain.2004.05.020.
- Blyth, F.M., March, L.M., Brnabic, A.J.M., Jorm, L.R., Williamson, M. , & Cousins, M.J. (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*, *89*, 127-134. doi: 10.1016/S0304-3959(00)00355-9
- Boothby, J.L., Thorn, B.E., Overduin, L.Y., & Ward, L. C. (2004). Catastrophizing and perceived partner responses to pain. *Pain*, *109*, 500-506. doi: 10.1016/j.pain.2004.02.030
- Borg, C., de Jong, P.J., & Schultz, W.W. (2011). Vaginismus and dyspareunia: Relationship with general and sex-related moral standards. *The Journal of Sexual Medicine*, *8*, 223-231. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.02080.x
- Bosson, J. K., & Swann, W. B., Jr. (2009). Self-esteem: Nature, origins, and consequences. In R. Hoyle & M. Leary (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 527-546). New York, NY: Guilford.

- Bratteberg, G., Parker, M.G., & Thorslund, M. (1996). The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain*, *67*(1), 29-34. doi:10.1016/0304-3959(96)03047-3.
- Brauer, M., de Jong, P.J., Huijding, J., Laan, E., & ter Kuile, M.M. (2009a). Automatic and deliberate affective associations with sexual stimuli in women with superficial dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, *38*, 486-497. doi: 10.1007/s10508-008-9367-4
- Brauer, M., Laan, E., & ter Kuile, M. M. (2006). Sexual arousal in superficial dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, *35*, 187-196. doi: 10.1007/s10508-005-9001-7
- Brauer, M., ter Kuile, M.M., Janssen, S.A., & Laan, E. (2007). The effect of pain-related fear on sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *European Journal Of Pain*, *11*(7), 788-798. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.12.006.
- Brauer, M., ter Kuile, M. M., & Laan, E. (2008). Effects of appraisal of sexual stimuli on sexual arousal in women with and without superficial dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior*, *38*(4), 476-485. doi:10.1007/s10508-008-9371-8.
- Brauer, M., ter Kuile, M. M., Laan, E., & Trimbos, B. (2009b). Cognitive-affective correlates and predictors of superficial dyspareunia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *35*, 1-24. doi: 10.1080/00926230802525604
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Rohen. R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, *10*, 287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
- Brotto, L. (2011). Multidisciplinary vulvodynia program. *Manuscrito não publicado*.
- Brotto, L.A., & Heiman, J.R. (2007). Mindfulness in sex therapy: Applications for women with sexual difficulties following gynaecologic cancer. Leading Comment. *Sexual and Relationship Therapy*, *22*(1), 3-11. doi: 10.1080/14681990601153298
- Brotto, L.A., Basson, R., & Gehring, D. (2003). Psychological profiles among women with vulvar vestibulitis syndrome: A chart review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *24* (3), 195-203.

- Brotto, L.A., Basson, R., & Luria, M. (2008a). A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *Journal of Sexual Medicine*, *5*, 1646-1659. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00850.x
- Brotto, L.A., Basson, R., Carlson, M., & Zhu, C. (2012a). Impact of an integrated mindfulness and cognitive behavioural treatment for provoked vestibulodynia (IMPROVED): A qualitative study. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-17. doi: 10.1080/14681994.2012.686661
- Brotto, L.A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Haywood, M., Kwon, J., McAlpine, J., Stuart G., Thomson, S., & Miller, D. (2012b). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, *125*, 320-325. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.01.035
- Brotto, L.A., Heiman, J.R., Goff, B., Greer, B., Lentz, G., Swisher, E., Tamimi, H., & Van Blaricom, A. (2008b). A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecological cancer. *Archives of Sexual Behavior*, *37*, 317-329. doi: 10.1007/s10508-007-9196-x
- Brotto, L.A., Krychman, M.L., & Jacobson, P. (2008c). Eastern approaches for enhancing women's sexuality: Mindfulness, acupuncture, and yoga (CME). *Journal of Sexual Medicine*, *5*(12), 2741-2748. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01071.x
- Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Brown, K.W., Ryan, R.M., & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, *18*, 211-237. doi: 10.1080/10478400701598298
- Buhling, K.J., Schmidt, S., Robinson, J.N., Klapp, C., Siebert, G., & Dudenhausen, J. W. (2006). Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *124*, 42-46. doi: 10.1016/j.ejogrb.2005.04.008.

- Bullough, V. L. (1994). *Science in the bedroom: A history of sex research*. New York: Basic Books.
- Burleson, M. H., Trevathan, W. R., Todd, M. (2007). In the mood for love or vice-versa? Exploring the relations among sexual activity, physical affection, affect, and stress in the daily lives of mid-aged women. *Archives of Sexual Behavior*, *36*(3), 357-368. doi: 10.1007/s10508-006-9071-1.
- Campbell, P., Jordan, K.P., & Dunn, K. (2012). The role of relationship quality and perceived partner responses with pain and disability in those with back pain. *Pain Medicine*, *13*(2), 204-214. doi: 10.1111/j.1526-4637.2011.01298.x
- Cano, A. (2004). Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: The moderating role of pain duration. *Pain*, *110*, 656-664. doi: 10.1016/j.pain.2004.05.004
- Cano, A., Weisberg, J.N., & Gallagher, R.M. (2000). Marital satisfaction and pain severity mediate the association between negative spouse responses to pain and depressive symptoms in a chronic pain patient sample. *Pain Medicine*, *1*(1), 35-43. doi: 10.1046/j.1526-4637.2000.99100.x.
- Cardiel, M.H., & Rojas-Serrano, J. (2002). Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behavior in rheumatic diseases in Mexico City. A COPCORD study. *Clinical Experimental Rheumatology*, *20*(5): 617-624.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms, and well being in a mindfulness based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 23-33.
- Carpenter, K.M., & Andersen, B.L. (2005). Reclassification will not make the pain go away. *Archives of Sexual Behavior*, *34*, 26-28. doi: 10.1007/s10508-005-7462-2
- Cassidy, E, Atherton, R, Robertson, N, Walsh, D, & Gillett, R. (2012). Mindfulness, functioning and catastrophizing after multidisciplinary pain management for chronic low back pain. *Pain*, *153*(3), 644-50. doi: 10.1016/j.pain.2011.11.027

- Castro-Lopes, J. (2007). Estudo de prevalência de dor crônica na população portuguesa. Estudo realizado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. *Manuscrito não publicado*.
- Català, E., Reig, E., Artés, M., Aliaga, L., López, J.S., & Segú, J.L. (2002). Prevalence of pain in the spanish population: Telephone survey in 5.000 homes. *European Journal of Pain*, 6, 133-140. doi: 10.1053/eujp.2001.0310.
- Christensen, B.S., Grønbaek, M., Osler, M., Pedersen, B.V., Graugaard, C., & Frisch, M. (2011). Sexual dysfunctions and difficulties in denmark: Prevalence and associated sociodemographic factors. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 121-132. doi: 10.1007/s10508-010-9599-y.
- Cisler, J.M., Ries, B.J., & Widner Jr., R.L. (2007). Examining information processing biases in spider phobia using the rapid serial visual presentation paradigm. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 977-990. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.10.011
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (2), 148 – 155
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336. doi: 10.1037/0021-843X.100.3.316.
- Coady, D., & Fish, N. (2011). *Healing painful sex: A women's guide to confronting, diagnosing, and treating sexual pain*. California: Seal Press.
- Compas, B.E., Haaga, D.A.E., Keefe, F.J., Leitenberg, H., & Williams, D.A. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 89-112. doi: 10.1037/0022-006X.66.1.89.
- Coughlin, A., Badura, A., Fleischer, T. & Guck, T. (2000). Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: Its efficacy in changing patient's locus of control. *Archives of Psychiatry and Medicine Rehabilitation*, 81, 739-740. doi: 10.1016/S0003-9993(00)90103-5.

- Craig, K. (1978). Social modeling influences on pain. In R. Sternback (Ed.). *The psychology of pain* (pp. 67-95). New York: Raven Press.
- Craigie, M. A., Rees, C. S., Marsh, A., & Nathan, P. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 553–568. doi: 10.1017/S135246580800458X
- Crombie, I.K., Croft, P.R., Linton, S.J., LeResche, L., & Von Korff, M. (1999). *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP Press.
- Crowley, T., Richardson, D., & Goldmeier, D. (2006). Recommendations for the management of vaginismus: BASHH special interest group for sexual dysfunction. *International Journal of STD and AIDS*, 17, 14–18. doi: 10.1258/095646206775220586
- Cusens, B., Duggan, G.B., Thorne, K., & Burch, V. (2010). Evaluation of breathworks mindfulness-based pain management program: Effects on well-being and multiple measures of mindfulness. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 63-78. doi: 10.1002/cpp.
- Cyranowski, J. M., Bromberger, J., Youk, A., Mathews, K., Kravitz, H. M., & Powell, L. H. (2004). Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Archives of Sexual Behavior*, 33(6), 539-538. doi: 10.1023/B:ASEB.0000044738.84813.3b.
- Davis, B.D., 2000. *Caring for People in Pain*. Routledge, London.
- Davis, H. J., & Reissing, E. D. (2007). Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: *A critical review of the literature*. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(2), 245–254. doi: 10.1080/14681990601026601
- Davis, L., & Kurzban, S. (2012). Mindfulness-based treatment for people with severe mental illness: A literature review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15(2), 202-232. doi: 10.1080/15487768.2012.679578
- de Kruiff, M.E., ter Kuile, M.M., Weijnenborg, P.T., & van Lankveld, J.J. (2000). Vaginismus and dyspareunia: Is there a difference in clinical presentation? *Journal of*

- Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 21(3):149-155. doi: 10.3109/01674820009075622.
- Degoratis, L.R., & Burnett, A.L. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 289-300. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00668.x
- Deksh, J., Polatin, P.B., & Gatchel, R.J. (2002). Chronic pain in psychopathology: Research findings and Theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64, 773-786. doi: 10.1097/01.PSY.0000024232.11538.54.
- Desrochers, G., Bergeron, S., Landry, T., & Jodoin, M. (2008). Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34, 198-226. doi: 10.1080/00926230701866083
- Desrosiers, M., Bergeron, S., Meana, M., Leclerc, B., Binik, Y.M., & Khalifé, S. (2008). Psychosexual characteristics of vestibulodynia couples: Partner solicitousness and hostility are associated with pain. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 418-427. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00705.x
- Dobkin, P.L. (2008). Mindfulness-based stress reduction: What processes are at work? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14, 8-16. doi: 10.1016/j.ctcp.2007.09.004.
- Dunn , K. M. , Croft , P. R. , & Hackett , G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: A cross sectional population survey . *Journal of Epidemiology and Community Health* , 53 , 144 – 148 . doi: 10.1136/jech.53.3.144
- Dunn, K.M., Jordan, K., Croft, P.R., & Assendelft, J.J. (2002), Systematic review of sexual problems: Epidemiology and methodology. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28(5), 399-422. doi:10.1080/00926230290001529
- Dysvik, E., Natvig, G.K., Eikeland, O.J., & Lindstrøm, T.C. (2005). Coping with chronic pain. *International Journal Nursing Studies*, 42, 297-305. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.06.009
- Ehde, D. & Jensen, M. (2010). Coping and catastrophic thinking: The experience and treatment of chronic pain. In D. David, S. Lynn e A. Ellis, (Eds.). *Rational and*

- irrational beliefs. Research, theory, and clinical practice* (pp.265-288). New York: Oxford University Press.
- Elliott , A. N. , & O'Donohue , W. T. (1997). The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a nonclinical sample of heterosexual women. *Archives of Sexual Behavior* , 26 (6), 607– 624 . doi: 10.1023/A:1024524326105
- Elliott, A.M., Smith, B.H., Hannaford, P.C., Smith, W.C., & Chambers, W.A. (2002). The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study. *Pain*, 99, 299-307. doi: 10.1016/S0140-6736(99)03057-3.
- Elliott, A.M., Smith, B.H., Penny, K., Smith, W.C., & Chambers, W.A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*, 354, 1248-1252. doi: 10.1016/S0140-6736(99)03057-3. doi: 10.1016/S0140-6736(99)03057-3.
- Engmann, M., Lindehammar, H., & Wijma, B. (2004). Surface electromyography diagnostics in women with partial vaginismus, with or without vulvar vestibulitis and in asymptomatic women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 25, 281–294. doi:10.1080/01674820400017921.
- Esmer, G., Blum, J., Rulf, J., & Pier, J. (2010). Mindfulness-based stress reduction for failed back surgery syndrome: A randomized controlled trial. *Journal of the American Osteopathic Association*, 110(11), 646-652.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D.(2007). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.07.005
- Faith, M., & Schare, M. (1993). The role of body image in sexually avoidant behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 345-356. doi: 10.1007/BF01542123
- Fernandez I, Reid C, Dziurawiec S (2006). Living with endometriosis: The perspective of male partners. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 433–8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.06.003
- Ferrero, S., Esposito, F., & Abbamonte, L. (2005). Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertility and Sterility*, 83:573–579. doi: 10.1016/j.fertnstert.2004.07.973

- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior, 30*(4), 369-377. doi: 10.1023/A:1010257214859
- Fink, S., Foran, K.A., Sweeney, A. C., & O’Hea, E.L. (2009). Sexual body esteem and mindfulness in college women. *Body Image, 6*, 326-329 doi:10.1016/j.bodyim.2009.07.003
- First, M.B. (2005). Weighing the pros and cons of reclassifying dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior, 34*, 30–32. doi: 10.1080/00224490903556374
- Fishbain, D. (1995). DSM-IV: Implications and issues for the pain clinician. *American Pain Society Bulletin, 6*-18.
- Flor, H., & Turk, D.C. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: Predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine, 11*, 251–65. doi: 10.1007/BF00844431
- Flor, H., Elbert, T., Knechti, S., Wienbruch, C., Pantevi, C., Birbaumer, N., Larbig, W., & Taubli, W. (1995). Phantom-limb pain as a perceptual correlate of cortical reorganisation following arm amputation. *Nature, 375*, 482-484.
- Flor, H., Kerns, R. D., & Turk, D. C. (1987). The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research, 31*, 251- 259. doi: 10.1016/0022-3999(87)90082-1
- Flor, H., Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1989). Relationship of pain impact and significant other reinforcement of pain behaviors: The mediating role of gender, marital status, and marital satisfaction. *Pain, 38*,45-50.doi:10.1016/0304-3959(89)90071-7
- 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.
- Fordyce, W.E., Fowler, R.S., & DeLateur, B. (1968). An application of behavior modification technique to a problem of chronic pain. *Behaviour Research and Therapy, 6*(1), 105-107. doi: 10.1016/0005-7967(68)90048-X.

- Fordyce, W.E., Shelton, J.L., & Dundore, D.E. (1982). The modification of avoidance learning pain behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 405-414. doi: 10.1007/BF00845370.
- Fordyce, W.E., Steger, J.C. (1979). Chronic Pain. In F. Pomerleau & J.P. Brady (Eds.). *Behavioral medicine: Theory and practice* (pp.125-153). Baltimore: Williams & Wikins.
- Fortenberry, J. D., Temkit, M., Tu, W., Graham, C., Katz, B. P., & Orr, D. P. (2005). Daily mood, partner support, sexual interest, and sexual activity among adolescent women. *Health Psychology*, 24(3), 252-257. doi: 10.1037/0278-6133.24.3.252.
- Fry, R., Crisp, A., Beard, R., & McGuigan, S. (1993). Psychosocial aspects of chronic pelvic pain, with special reference to sexual abuse: A study of 164 women. *Postgraduate Medical Journal*, 69, 566 –574. doi: 10.1136/pgmj.69.813.566
- Fugl-Meyer, A.R., & Sjogren Fugl-Meyer (1999). Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scandinavian Journal of Sexology*, 3, 79-105. doi:
- Garde, K., & Lunde, I. (1980). Female sexual behavior: A study in a random sample of 40 year old women. *Maturitas*, 2, 225-240. doi: 10.1016/0378-5122(80)90007-9.
- Gatchel., R.J., Peng, Y.B., Peters, M.L., Fuchs, P.N., & Turk, D.C. (2007). The Biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581
- Gates , E.A., & Galask, R.P. (2001) Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22, 221–228.
- Geisser, M.E., Cano, A., & Leonard, M.T. (2005). Factors associated with marital satisfaction and mood among spouses of persons with chronic back pain. *The Journal of Pain*, 6(8), 518-525. doi: 10.1016/j.jpain.2005.03.004

- Geisser, M.E., Robinson, M.E., Miller, Q.L., & Bade, S.M. (2003). Psychosocial factors and functional capacity evaluation among persons with chronic pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *1*, 259-276. doi: 10.1023/A:1026272721813
- Gerdle, B., Bjork, J., Henriksson, C., & Bengtsson, A. (2004). Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare seeking: A population study. *The Journal of Rheumatology*, *31*, 1399-1406.
- Giesecke, T., Gracely, R.H., Grant, M.A., Nachemson, A., Petzke, F., Williams, D.A., & Clauw, D. (2004). Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis and Rheumatism*, *50*, 613-23. doi: 10.1002/art.20063
- Gill, K.M., Abrams, M.R., Phillips, G., & Williams, D.A. (1992). Sickle cell disease pain: 2. Predicting health care use and activity level at 9-month follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(2), 267-273. doi: 10.1037/0022-006X.60.2.267.
- Glatt, A.E., Zinner, S.H., McCormack, W. M. (1990). The prevalence of dyspareunia. *Obstetrics and Gynecology*, *75*(3), 433-436.
- Goldberg, W.G. & Fitzpatrick, J.J. (1980). Movement therapy with the elderly. *Nursing Research*, *29*: 339-346.
- Goldemeier, D., Keane, F.E., Carter, P., Hessman, A., Harris, J.R., & Renton, A. (1997). Prevalence of sexual dysfunction in heterosexual patients attending a central london genitourinary medicine clinic. *International Journal of STD and AIDS*, *8*, 303-306. doi: 10.1258/0956462971920136.
- Golding, J.M. (1996). Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. *Psychology of Women Quarterly*, *20*, 101-121. doi: 10.1111/j.1471-6402.1996.tb00667.x
- Goldstein, A., Pukall, C., & Goldstein, I. (2011). *When sex hurts: A women's guide to banishing sexual pain*. Philadelphia: Da Capo Press.
- Gomes, F.A., Fonseca, L., Gomes, A.A. (1997). Comorbilidade psiquiátrica nas disfunções sexuais. *Acta Portuguesa de Sexologia*, *2*(1), 17-20.

- Gordon, A. S., Panahian-Jand, M., McComb, F., Melegari, C., & Sharp, S. (2003). Characteristics of women with vulvar pain disorders: Responses to a Web-based survey. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29(Suppl. 1), 45–58. doi: 10.1080/713847126
- Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Custos indiretos da dor crónica em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 100-107.
- Granot, M., Friedman, M., Yarnitsky, D., & Zimmer, E.Z. (2002). Enhancement of the perception of systemic pain in women with vulvar vestibulitis. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 863–866. doi: 10.1111/j.1471-0528.2002.01416.x
- Granot, M., & Lavee, Y. (2005). Psychological factors associated with perception of experimental pain in vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, 285-302. doi: 10.1080/00926230590950208.
- Graziottin, A., & Brotto, L. (2004). Vulvar vestibulitis syndrome: A clinical approach. *Journal of Sex and Marital therapy*, 30, 125-139. doi: 10.1080/00926230490258866.
- Greenberg, L. (2008). Emotion and cognition in psychotherapy: The transforming power of affect. *Canadian Psychology*, 49(1), 49-59. doi:10.1037/0708-5591.49.1.49
- Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J (2011). Facetas de mindfulness: Características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*, 54, 259-280.
- Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J (2012). Mindful attention and awareness: Relationships with psychopathology and emotion regulation. *Manuscrito submetido para publicação*.
- Grumm, M., Erbe, K., von Collani, G., & Nestler, S. (2008). Automatic processing of pain: the change of implicit pain associations after psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 701–714. doi: 10.1016/j.brat.2008.02.009
- Guidon, M.H. (2010). What is self-esteem ? In M.H. Guidon (Ed.). *Self-esteem across the lifespan: Issues and interventions* (pp.3-24). New York: Routledge.

- Hadjistavropoulos, T., & Craig, K.D. (2004). An Introduction to pain: Psychological perspectives. In T. Hadjistavropoulos & K.D. Craig (Eds). *Pain: Psychological perspectives*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers
- Haeberle, E.J. (2007, November). *A brief history of female sexuality*. Comunicação apresentada na 3ª Conferência da Sociedade para o Estudo Científico da Sexualidade da Tailândia (SSSST), Kaohsiung, Tailândia. Consultado na World Wide Web a 20 de Dezembro de 2012, em: <http://www2.huberlin.de/sexology/BIB/HistFemSex.htm>.
- Haetzman, M., Elliott, A.M., Smith, B.H., Hannaford, P., & Chambers, W.A.(2003). Chronic pain and the use of conventional and alternative therapy. *Family Practice*, 20(2), 147-154. doi: 10.1093/fampra/20.2.147.
- Hally, C., & Pollack, R. (1993). The effects of self-esteem, variety of sexual experience, and erotophilia on sexual satisfaction in sexually active heterosexuals. *Journal of Sex Education and Therapy*, 19(3), 183-192.
- Hawley, D.J., & Wolfe, F. (1993). Depression is not more common in rheumatoid arthritis: A 10 year longitudinal study of 6,608 rheumatic disease patients. *Journal of Rheumatology*, 20, 2025–2031.
- Hawton, K. (1982). The behavioural treatment of sexual dysfunction. *British Journal of Psychiatry*, 140, 94-101. doi: 10.1192/bjp.140.1.94.
- Hawton, K., & Catalan, J. (1990). Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. *Sexual and Marital Therapy*, 5(1), 39-48. doi: 10.1080/02674659008407995
- Hayes, R. D. (2009). The prevalence of dyspareunia. In A. T. Goldstein, C. F. Pukall & I. Goldstein (Eds.), *Female sexual pain disorders: Evaluation and management* (pp. 9–13). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Hayes, R.D., Bennett, C.M., Fairley, C.K., & Dennerstein, L. (2006). What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *Journal of Sexual Medicine*, 3(4), 589-595. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00241.x

- Hayes, R.D., Dennerstein, L., Bennett, C.M., Sidat, M., Gurrin, L.C., Fairley, C.K. (2008). Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: Exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 681–1693. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00838.x
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Heiman, J. R. (2000). Orgasmic disorders in women. In S. R. Leiblum & R.C. Rosen (Ed.), *Principles and practices of sex therapy* (pp. 118-153). New York: The Guilford Press.
- Heiman, J. R. (2002). Sexual Dysfunction: Overview of Prevalence, Etiological Factors, and Treatments. *The Journal of Sex Research*, 39(1), 73-78. doi: 10.1080/00224490209552124
- Heisterberg, L. (1993). Factors influencing spontaneous abortion, dyspareunia, dysmenorrhea, and pelvic pain. *Obstetrics & Gynecology*, 81(4), 594-597.
- Holtzman, S., & DeLongis, A. (2007). One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis. *Pain*, 131, 202-213. doi: 10.1016/j.pain.2007.04.005
- Hoon, P. W., Wincze, J. P., & Hoon, E. F. (1977). A Test of reciprocal inhibition: Are anxiety and sexual arousal in women mutually inhibitory? *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (1), 65 – 74 . doi: 10.1037/0021-843X.86.1.65
- Hudson, J. I. & Pope, H. G. Jr. (1990). Affective spectrum disorder: does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *American Journal of Psychiatry*, 147, 552–564.

- Hunsley, J., Best, M., Lefebvre, M., & Vito, D. (2001). The Seven-Item Short Form of the Dyadic Adjustment Scale: Further Evidence for Construct Validity. *The American Journal of Family Therapy, 29*(4), 325-335. doi: 10.1080/0192618012650.
- Hunsley, J., Pinsent, C., Lefebvre, M., James-Tanner, S., & Vito, D. (1995). Construct validity of the short forms of the Dyadic Adjustment Scale. *Family Relations, 44*, 231-237.
- Hurlbert, D., Fertel, E., Singh, D., Fernandez, F., Menendez, D., & Salgado, C. (2005). The role of sexual functioning in the sexual desire adjustment and psychosocial adaptation of women with hypoactive sexual desire. *Canadian Journal of Human Sexuality, 14*(1/2), 15-30.
- Hurlbert, D., & Whittaker, K. (1991). The role of masturbation in marital and sexual satisfaction: A comparative study of female masturbators and nonmasturbators. *Journal of Sex Education & Therapy, 17*, 272-282.
- Jacobson, P.B., & Butler, R. (1996). Relation of cognitive coping and catastrophizing to acute pain and analgesic use following breast cancer surgery. *Journal of Behavioral Medicine, 19*(1), 17-29. doi: 10.1007/BF01858172
- Jamienson, D.J., & Steege, J.F. (1996). The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstetrics & Gynecology, 87*, 55-58. doi: 10.1016/0029-7844(95)00360-6.
- Janssen, E., Everaerd, W., Spiering, M., & Janssen, J. (2000). Automatic processes and the appraisal of sexual stimuli: Toward an information processing model of sexual arousal. *Journal of Sex Research, 37*(1), 8-23. doi: 10.1080/00224490009552016
- Jensen, M.C., Braut-Zawadzki, M.N., Obuchowski, N., Modic, M.T., Malkasian, D., & Ross, J.S. (1994). Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *The New England Journal of Medicine, 331*(2), 69-73.
- Jensen, M., Romano, J., Turner, J., Good, A., & Wald, L. (1999). Patient beliefs predict patient functioning: Further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain. *Pain, 81*, 95-104. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00005-6.

- Jensen, M., Turner, J., & Romano, J. (1994). Correlates of improvements in multidisciplinary treatment of chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 172-179. doi: 10.1037/0022-006X.62.1.172.
- Jensen, M., Turner, J., & Romano, J. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 655-662. doi: 10.1037/0022-006X.69.4.655.
- Jensen, M., Turner, J. & Romano, J. (2007). Changes after multidisciplinary pain treatment in patient pain beliefs and coping are associated with concurrent changes in patient functioning. *Pain, 131*, 38-47. doi: 10.1016/j.pain.2006.12.007.
- Johannes, C.B., Le, T.K., Zhou, X., Johnston, J.A., & Dworkin, R.H. (2010). The prevalence of chronic pain in United States adults: Results of an internet-based survey. *The Journal of Pain, 11*, 1230-1239. doi: 10.1016/j.jpain.2010.07.002.
- Jones, G., Jenkinson, C., & Kennedy, S. (2004). The impact of endometriosis upon quality of life: A qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25*, 123-133. doi: 10.1080/01674820400002279 .
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J., & Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of completion. *Journal of Behavioral Medicine, 11*, 333-352. doi: 10.1007/BF00844934
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8*, 162-190. doi: 10.1007/BF00845519

- Kadri, N., Mchichi, A., & Tahiri, M. (2002). Sexual dysfunction in women: Population based epidemiological study. *Archives of Women Mental Health*, 5, 59-63. doi: 10.1007/s00737-002-0141-7
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York, Brunner/Mazel.
- Katz , R. C. , & Jardine , D. (1999). The relationship between worry, sexual aversion, and low sexual desire. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 25 , 293 – 296 . doi: 10.1080/009262399278742
- Kaya, B., Unal, S., Ozenli, Y., Gursoy, N., Tekiner, S., & Kafkasli, A. (2006). Anxiety, depression and sexual dysfunction in women with chronic pelvic pain. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(2), 187- 196. doi:10.1080/14681990500359897
- Keane, F.E.A., Young, S.M., & Boyle, H.M. (1996). The prevalence of previous sexual assault among routine female attenders at a department of genitourinary medicine. *Journal of STD & AIDS*, 7(7), 480-484.
- Keefe, F.J., Abernethy, A. P., & Campbell, L.C. (2005). Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *Annual Review of Psychology*, 56, 601-630. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070302
- Keefe, F.J., Dunsmore, J., Burnett, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 528-536. doi:10.1037/0022-006X.60.4.528.
- Keefe, F.J., Rumble, M.E., Scipio, C.D., Giordano, L.A., & Perri, L.M.(2004). Psychological aspects of persistent pain: Current state of science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195-211. doi:10.1016/j.jpain.2004.02.576.
- 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
- Kerns, R.D., Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1985). The west haven-yale multidimensional pain inventory (WHYMPI). *Pain*, 23(4), 345-356. doi: 10.1016/0304-3959(85)90004-1

- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., & Gebhard, P.H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Filadélfia: Saunders.
- Kockott, G., & Pfeiffer, W. (1996). Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 56-61. doi: 10.1016/S0010-440X(96)90052-8
- Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research*, 46(1), 46-56. doi: 10.1080/00224490802624414
- Kouyanou, K., Pither, C., Rabe-Hesketh, S., & Wessley, S. (1998). A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric comorbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain*, 76, 417-426. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00074-8
- Laan, E., Everaerd, W., Van Aanhoud, M. T., & Rebel, M. (1993). Performance demand and sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 31 (1), 25-35. doi: 10.1016/0005-7967(93)90039-W
- Laan, E., Everaerd, W., Van Berlo, R., & Rijs, L. (1995). Mood and sexual arousal in women. *Behavior Therapy and Research*, 33(4), 441-443. doi: 10.1016/0005-967(94)00059-S.
- Laan, E. & Janssen, E. (2007). How do men and women feel? Determinants of subjective experience of sexual arousal. In E. Janssen (Ed.), *The Psychophysiology of Sex* (278-290). Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Laithwaite, H.M. (2010). *Recovery after psychosis: a compassion focused recovery approach to psychosis in a forensic mental health setting*. Unpublished doctoral thesis, University of Glasgow.
- Lamont, J.A. (1978). Vaginismus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 131, 632-636.
- Landry, T., & Bergeron, S. (2009). How young does vulvo-vaginal pain begin? Prevalence and characteristics of dyspareunia in Adolescents. *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 927-935. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.01166.x.

- Larson, J., Anderson, S., Holman, T., & Niemann, B. (1998). A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *Journal of Sex and Marital Therapy, 24*(3), 193-206. doi: 10.1080/00926239808404933
- Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the united states. *Journal of the American Medical Association, 281*, 537-544. doi: 10.1001/jama.281.6.537
- Laumann, E.O., Nicolosi, A., Glasser, D.B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Impotence Research, 17*, 39-57. doi: 10.1038/sj.ijir.3901250.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K.S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A.R., Laumann, E.O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 1*(1), 35-39. doi: 10.1111/j.1743-6109.2004.10106.x
- Liebeskind, J.C., & Paul, L.A. (1977). Psychological and physiological mechanisms of pain. *Annual Review of Psychology, 28*, 41-60.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive Behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Schmidt, H. I., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions, 8*, 279-292. doi: 10.1080/105504999305686
- Lotery, H.E., & Galask, R.P. (2004). Vulvodynia. *Lancet, 363*: 1058–1060.
- 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.

- Lundqvist, D., & Öhman, A. (2005). Emotion regulates attention: The relation between facial configurations, facial emotion, and visual attention. *Visual Cognition*, *12*(1), 51-84. doi: 10.1080/13506280444000085
- Lykins, A. D. , Janssen, E. , & Graham, C. (2006). The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college women and men. *The Journal of Sex Research* , *43* (2) , 136 – 143 . doi: 10.1.1.112.2064
- Lykins, A.D., Meana, M., & Minimi, J. (2011). Visual attention to erotic images in women reporting pain with intercourse. *Journal of Sex Research*, *48*(1), 43-52. doi: 10.1080/00224490903556374
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 181–205. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 31–40. doi:10.1037/0022-006X.72.1.31
- Main, C., Foster, N. & Buchbinder, R. (2010). How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, *24*, 205-217. doi: 10.1016/j.berh.2009.12.012.
- Mäntyselkä, P., Kumpusalo, E., Ahonen, R., Kumpusalo, A., Kauhanen, J., Viinamäki, H., Halonen, P., & Takala, J. (2001). Pain as a reason to visit the doctor: A study in finish primary health care. *Pain*, *89*, 175-180. doi: 10.1016/S0304-3959(00)00361-4.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, M.Y., Bradley, L.A., Alexander, R.W., Alarcón, G.S., Triarta-Alexander, M., Aaron, L.A., & Alberts, K.R. (1996). Coping strategies predict disability in patients with primary fibromyalgia. *Pain*, *68*, 45-53. doi: 10.1016/S0304-3959(96)03179-X
- Masheb, R. M., Brondolo, E., & Kerns, R. D. (2002). A multidimensional case-control study of women with self-identified chronic vulvar pain. *Pain Medicine*, *3*, 253–259. doi: 10.1046/j.1526-4637.2002.02032.x
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston, Little Brown.

- Mathias, S.D., Kuppermann, M., Liberman, R.F., Lipschutz, R.C., & Steege, J.F. (1996). Chronic pelvic pain: Prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstetrics & Gynecology*, *87*(3), 321-327. doi:10.1016/0029-7844(95)00458-0.
- Mayers, K., Heller, D., & Heller, J. (2003). Damaged sexual self-esteem: A kind of disability. *Sexuality & Disability*, *21*(4), 269-282. doi: 10.1023/B:SEDI.0000010069.08844.04
- Mayhew, S.L., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: a case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *15*, 113–138. doi: 10.1002/cpp.566.
- Mayland, K.A. (2005). *The impact of practicing mindfulness meditation on women's sexual lives*. Dissertação de Doutorado apresentada à Faculty of the California of Professional Psychology.
- McCormick, N. B. (1999). When pleasure causes pain: Living with interstitial cystitis. *Sexuality and Disability*, *17*(1), 7-18. doi: 10.1023/A:1021447612079.
- McCracken, L.M. (1997). Attention to pain in persons with chronic pain: A behavioral approach. *Behavior Therapy*, *28*, 271-284. doi: 10.1016/S0005-7894(97)80047-0.
- McCracken, L. M., Gauntlett-Gilbert, J., & Vowles, K. E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*, *131*, 63–69. doi: 10.1016/j.pain.2006.12.013
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on acceptance and commitment therapy. *Behavior and Research Therapy*, *49*, 267-274. doi: 10.1016/j.brat.2011.02.004.
- McCracken, L. M., & Velleman, S.C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, *148*, 141-147. doi: 10.1016/j.pain.2009.10.034.
- McCracken, L. M., Vowles, K.E., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, longstanding chronic pain: A preliminary analysis of

- treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behavior Research Therapy*, *43*, 1335-1346. doi: 10.1016/j.brat.2004.10.003.
- McCracken, L. M., & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, *14*, 170-175. doi: 10.1016/j.ejpain.2009.03.004
- Meana, M. (2005). Teasing apart the pain from the sex: Is the pendulum swinging too far? *Archives of Sexual Behavior*, *34*, 42-44. doi: 10.1007/s10508-005-7472-0
- Meana, M., & Binik, Y.M. (1994). Painful coitus: A review of female dyspareunia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *182*, 264-272. doi: 10.1097/00005053-199405000-00003.
- Meana, M., & Lykins, A. (2009). Negative affect and somatically focused anxiety in young women reporting pain intercourse. *Journal of Sex Research*, *46*(1), 80-88. doi: 10.1080/00224490802624422
- Meana, M., Benuto, L., & Donaldson, R.L. (2009). The relevance of dyspareunia. In A.T Goldstein, C.F. Pukall, & I. Goldstein (Eds.). *Female Sexual Pain Disorders* (pp. 9-13). United Kingdom: Willey-Blackwell.
- Meana, M., Binik, Y.M., Khalifé, S., & Cohen, D. (1997b). Dyspareunia: Sexual dysfunction or pain syndrome? *Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*, 561-569. doi: 10.1016/S0033-3182(99)71188-6.
- Meana, M., Binik, Y. M., Khalifé, S., & Cohen, D. (1998). Affect and marital adjustment in women's rating of dyspareunic pain. *Canadian Journal of Psychiatry*, *43*, 381-385. doi: 10.1016/S0029-7844(98)80136-1.
- Meana, M., Binik, Y.M., Khalifé, S., & Cohen, D. (1999). Psychosocial correlates of pain attributions in women with dyspareunia. *Psychosomatics*, *40*, 497-502.
- Meana, M., Binik, Y.M., Khalifé, S., Bergeron, S., Pagidas, K., & Berkley, K.J. (1997a). Dyspareunia: More than bad sex. *Pain*, *71*, 211-212. doi: 10.1016/S0304-3959(96)03278-2.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, *1*(3), 227-233. doi: 10.1016/0304-3959(75)90044-5.

- 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. (2001). Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education, 62*(12), 1378-1382.
- Melzack, R., Coderre, T.J., Katz, J., & Vaccarino, A.L. (2001). Central neuroplasticity and pathological pain. *Annals of the New York Academy of Sciences, 933*, 157-174. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb05822.x
- Melzack, R., Israel, R., Lacroix, R., & Schultz, G. (1997). Phantom limbs in people with congenital limb deficiency or amputation in early childhood. *Brain, 120*, 1603-1620.
- Melzack, R., & Katz, J. (1992). The McGill pain questionnaire: Appraisal and current status. In: D.C.Turk, & R. Melzack (Eds.). *Handbook of pain assessment* (pp.152-168). New York: The Guilford Press.
- Melzack, R. & Katz, J. (2004). The gate control theory: Reaching for the Brain. In T. Hadjistavropoulos & K.D. Craig (Eds). *Pain: Psychological perspectives*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science, 150*, 971-979.
- Melzack, R., & Wall, P.D. (2008). *The challenge of pain: The medical classic, now with a new introduction*. London: Penguin Books.
- Ménard, A.D., & Offman, A. (2009). The interrelationships between sexual self-esteem, sexual assertiveness and sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 18*, 35-45.

- Meston , C. M. , & Gorzalka , B. B. (1996). The effects of sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (6), 651 – 664 . doi: 10.1016/0005-7967(95)00006-J
- Meston, C.M., & Bradford, A. (2007). Sexual Dysfunctions in Women. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 233-256. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091507
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00255-3.
- Morone, N.E., Greco, C.M., & Weiner, D.K. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain*, 134, 310–319. doi 10.1016/j.pain.2007.04.038
- Morone, N.E., Rollman, B.L., Moore, C.G., Qin, L., & Weiner, D.K. (2009). A mind-body program for older adults with chronic low back pain: Results of a pilot study. *Pain Medicine*, 10(8), 1395-1407. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00746.x.
- Moynihan, R. (2003). The making of a disease: Female sexual dysfunction. *British Medical Journal*, 326, 45-47.
- Muehrer, R. J., Keller, M. L., Powwattana, A., & PornChaikate, A. (2006). Sexuality among women recipients of a pancreas/kidney transplant. *Western Journal of Nursing Research*, 28, 137-150. doi: 10.1177/0193945905283372
- Newton-John, T. R. O. (2002). Solicitousness and chronic pain: A critical review. *Pain Reviews*, 9(1), 7-27. doi: 10.1191/0968130202pr186ra
- Nobre, P.J. (2003). *Disfunções Sexuais: Contributos para a construção de um modelo compreensivo baseado na terapia cognitiva*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Nobre, P.J. (2003). Formulário de história médica. *Manuscrito não publicado*.
- Nobre, P. J. (2012). *Female sexual function inventory: Características psicométricas da versão portuguesa*. Manuscrito em preparação.

- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2006a). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research, 43*(1), 68-75. doi: 10.1080/00224490609552300
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2006b). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior, 35*, 491-499. doi: 10.1007/s10508-006-9047-1.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2008a). Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: Preliminary findings. *Journal of Sex and Marital Therapy, 34*, 325-342. doi: 10.1080/00926230802096358
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2008b). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cognitive Therapy Research, 32*: 37-49. doi: 10.1007/s10608-007-9165-7
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2003a). Sexual modes questionnaire: Measure to assess the interaction among cognitions, emotions, and sexual response. *The Journal of Sex Research, 40*(4), 368-382. doi: 10.1080/00224490209552203.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F.A. (2003b). 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.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F.A. (2006). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in portuguese clinical sample. *Journal of Sex & Marital Therapy, 32*, 173-182. doi: 10.1080/00926230500442334.
- Nunns, D. & Mandal, D. (1997). Psychological and psychosexual aspects of vulvar vestibulitis. *Genitourinary Medicine, 73*, 541-544.
- Nusbaum, M.H., Gamble, G., Skinner, B., & Heiman, J. (2000). The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *The Journal of Family Practice, 49*(3), 229-232.

- Nylanderlundqvist, E., & Bergdahl, J. (2003). Vulvar vestibulitis: Evidence of depression and state anxiety in patients and partners. *Acta Dermato-Venereologica*, 83, 369–373.
- O’Sullivan, K. (1979). Observation of vaginismus in Irish women. *Archives of General Psychiatry*, 36, 824-826. doi: 10.1001/archpsyc.1979.01780070102012.
- Oattes, M., & Offman, A. (2007). Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 16(3/4), 89-100.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores: Lisboa.
- Ohayon, M.M., & Schatzberg, A.F. (2010). Chronic pain and major depressive disorder in general population. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 454-461. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.10.013.
- Ohayon, M.M., & Stingl, J.C. (2012). Prevalence and comorbidity of chronic pain in the German general population. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 444-450. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.01.001.
- Öhman, A., Flykt, A., & Esteves, F. (2001). Emotion drives attention: Detecting the snake in the grass. *Journal of Experimental Psychology*, 130(3), 466-478. doi: 10.1037/0096-3445.130.3.466
- Oliveira, C. & Nobre, P.J. (2012a). Cognitive structures in women with sexual dysfunction: The role of early maladaptive schemas. *Journal of Sexual Medicine*. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02737.x
- Oliveira, C., & Nobre, P.J. (2012b). The role of trait-affect, depression, and anxiety in women with sexual dysfunction: A pilot study. *The Journal of Sex and Marital Therapy*. doi: 10.1080/0092623X.2012.665813
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98,645–658. doi:10.1037/a0018769
- Ottum, D., Carr, L., & Perks, A. (2007). Interstitial cystitis and female sexual dysfunction. *Urology*, 69(4), 608-610. doi: 10.1016/j.urology.2006.12.024

- Palace , E. M. , & Gorzalka , B. B. (1990). The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. *Journal of Abnormal Psychology* , 99 (4), 403 – 411 . doi: 10.1037/0021-843X.99.4.403
- Payne, K. A. (2005). Making the case for sexual pain: Let's not throw out the baby with the bath water. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 46–48. doi: 10.1007/s10508-005-7475-x
- Payne, K. A., Binik, Y.M., Amsel, R., & Khalifé, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *European Journal of Pain*, 9, 427-436. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.10.003
- Payne, K. A., Binik, Y.M., Pukall, C.F., Thaler, L., Amsel, R., & Khalifé, S. (2007). Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensation: A comparison of women with vulvar vestibulitis syndrome and healthy controls. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 289-300. doi: 10.1007/s10508-006-9089-4
- Payne, K.A., Reissing, E.D., Lahaie, M.A., Binik, Y.M., Amsel, R., & Khalifé, S. (2005). What is sexual pain: A critique of *DSM's* classification of dyspareunia and vaginismus. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 17, 141–154. doi: 10.1300/J056v17n03_10
- 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.
- Pence, L. B., Cano, A., Thorn, B., & Ward, L. C. (2006). Perceived spouse responses to pain: The level of agreement in couple dyads and the role of catastrophizing, marital satisfaction, and depression. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 511–522. doi: 10.1007/s10865-006-9073-4
- Peters, K. M., Killinger, K.A., Carrico, D.J., Ibrahim, I.A., Diokno, A.C., & Graziottin, A. (2007). Sexual function and sexual distress in women with interstitial cystitis: a case control study. *Urology* 70(3), 543-547. doi: 10.1016/j.urology.2007.04.037
- Picavet, H. S. J., & Schouten, J. S. A. G. (2003). Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups. *Pain*, 102, 167-178. doi:10.1016/s0304-3959(02)00372-x

- Polatin, P., Kinney, R., Gatchel, R., Lillo, E., & Mayer, T. (1993). Psychiatric illness and chronic low-back pain: The mind and the spine – which goes first? *Spine, 18*, 66-71.
- Portenoy, R.K, Ugarte, C., Fuller, I., & Haas, G. (2004). Population-based survey of pain in the united states: Differences among white, african-american and hispanic subjects. *Journal of Pain, 5*(6), 317-328. doi:10.1016/j.jpain.2004.05.005.
- Pukall, C.F., Binik, Y.M., Khalifé. S. (2004). A new instrument for pain assessment in vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Sex and Marital Therapy, 3*, 69–78. doi: 10.1080/00926230490275065
- Pukall, C.F., Binik, Y.M., Khalifé, S., Amsel, R., & Abbott, F.V. (2002). Vestibular tactile and pain thresholds in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Pain, 96*, 163-175. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00442-0.
- Pukall , C. F. , Strigo , I. A. , Binik , Y. M. , Amsel , R. , Khalife , S. , & Bushnell , M. C. (2005). Neural correlates of painful genital touch in women with vulvar vestibulitis syndrome . *Pain* , 115 , 118 – 127. doi: 10.1016/j.pain.2005.02.020
- Purdon, C. & Holdaway, L. (2006). Non-erotic thoughts: Content and relation to sexual functioning and sexual satisfaction. *The Journal of Sex Research, 43*(2), 154-162. doi: 10.1080/00224490609552310
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin, 130*, 435-468. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.435
- Rabiais, S., Nogueira, P-J., & Falcão, J.M. (2002). A dor na população portuguesa. Alguns aspectos epidemiológicos. *Dor, 12*, 6- 39.
- Rabin, C., O’Leary, A., Neighbors, C., & Whitmore, K. (2000). Pain and depression experienced by women with interstitial cystitis. *Women & Health, 31*(4), 67-81. doi: 10.1300/J013v31n04_05.
- Raichle, K.A., Romano, J.M., & Jensen, M.P. (2011). Partner responses to patient pain and well behaviors and their relationship to patient pain behavior, functioning and depression. *Pain, 152*, 82-88. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.015

- Read, S., King, M., & Watson, J. (1997). Sexual dysfunction in primary medical care: Prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. *Journal of Public Health Medicine, 19*, 387-391.
- Reamy, K.J., & White, S.E. (1985). Dyspareunia in pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 4*, 263-270. doi: 10.3109/01674828509016728.
- Reed, B.D., Caron, A.M., Gorenflo, D.W., & Haefner, H.K. (2006). Treatment of vulvodynia with tricyclic antidepressants: efficacy and associated factors. *Journal of Lower Genital Tract Disease; 10*, 245-51. doi: 10.1097/01.lgt.0000225899.75207.0a
- Reed, B.D., Advincula, A.P., Fonde, K.R., Gorenflo, D.W., & Haefner, H.K., (2003). Sexual activities and attitudes of women with vulvar dysesthesia. *Obstetrics and Gynecology, 102*(2), 325-331. doi:10.1016/S0029-7844(03)00571-4
- Reed, B.D., Haefner, H.K., Punch, M.R., Roth, R.S., Gorenflo, D.W., & Gillespie, B.W. (2000). Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic pelvic pain. A comparative evaluation. *Journal of Reproductive Medicine, 45*, 624-632.
- Rehbein-Narvaez, R., García-Vázquez, E. & Madson, L. (2006). The relation between self-esteem and sexual functioning in collegiate women. *Journal of Social Psychology, 146*(2), 250-252. doi: 10.3200/SOCP.146.2.250-252
- Reissing, E. D. (2009). Vaginismus: Evaluation and management. In A. T. Goldstein, C. F. Pukall & I. Goldstein (Eds.), *Female sexual pain disorders: Evaluation and management* (pp. 229-234). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Reissing, E.D., Binik, Y.M., & Khalifé, S. (1999). Does vaginismus exist? A critical review of literature. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 261-264.
- 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 and Marital Therapy, 29*, 47-59. doi: 10.1080/00926230390154835

- Reissing, E.D., Binik, Y.M., Khalifé, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2004). Vaginal spasm, pain, and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of Sexual Behavior, 33*(1), 5-17. doi: 10.1023/B:ASEB.0000007458.32852.c8.
- Renshaw, D.C. (1988). Profile of 2376 patients treated at Loyola sex clinic between 1972 and 1987. *Sexual Marital Therapy, 3*, 111-117.
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders, 18*, 73-89. doi: 10.1521/pedi.18.1.73.32771
- Robinson, M.E., Brown, J.L., George, S.Z., Edwards, P.S., Atchison, J.W., Hirsh, A.T., Waxenberg, L.B., Wittmer, V., & Fillingim, R.B. (2005). Multidimensional success criteria and expectations for treatment of chronic pain: The patient perspective. *Pain Medicine, 6*, 336-345. doi: 10.1111/j.1526-4637.2005.00059.x
- Roelofs, J., Peters, M.L., Muris, P., & Vlaeyen, J.W.S. (2002). Dutch version of the pain vigilance and awareness questionnaire: Validity and reliability in a pain-free population. *Behavior Research and Therapy, 40*(9), 1081-1090. doi: doi:10.1016/S0005-7967(02)00008-6
- Romano, J.M., Jensen, M.P., Turner, J.A., Good, A.B., & Hops, H. (2000) Chronic pain patient-partner interactions: further support for a behavioral model of chronic pain. *Behavior and Research Therapy, 31*, 415-40. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80023-4
- Romano, J.M., Turner, J.A., Friedman, L.S., Bulcroft, R.A., Jensen, M.P., Hops, H., & Wright, S.F. (1992). Sequential analysis of chronic pain behaviors and spouse responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 777-782. doi: 10.1037/0022-006X.60.5.777
- 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., & Lou Baxter, M. (2012a). Harmful and 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, 2351-2360. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02851.x
- Rosen, N.O., Bergeron, S., Lambert, B., & Steben, M. (2012b; in press). Provoked vestibulodynia: Mediators of the associations between partner responses, pain, and sexual satisfaction. *Archives of Sexual Behavior*. 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. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 3715-3724. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01957.x
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, et al. (2000). The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. doi: 10.1080/009262300278597.
- Rosenbaum, T.Y. (2005). Physiotherapy Treatment of Sexual Pain Disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 329-340. doi: 10.1080/00926230590950235
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosenstiel, A.K., & Keefe, F.J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17(1), 33-34. doi: 10.1016/0304-3959(83)90125-2.
- Rosenzweig, S., Greeson, J.M., Reibel, D.K., Green, J.S., Jasser, S.A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 29-36. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.03.010.

- Rupp, H. A., & Wallen, K. (2008). Sex differences in response to visual sexual stimuli: A review. *Archives of Sexual Behavior, 37*, 206–218. doi: 10.1007/s10508-007-9217-9.
- Sackett, S., Gates, E., Heckman-Stone, C., Kobus, A.M., & Galask, R. (2001). Psychosexual aspects of vulvar vestibulitis. *The Journal of Reproductive Medicine, 46*(6), 593-598.
- Salkovskis, P., & Campbell, P. (1994). Thought suppression in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behavior Research and Therapy, 32*, 1-8. doi: 10.1016/0005-7967(94)90077-9.
- Salkovskis, P., Westbrook, D., Davis, J., Jeavons, A., & Gledhill, A. (1997). Effects of neutralizing on intrusive thoughts: An experiment investigating the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Behavior, Research and Therapy, 35*, 211-219. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00112-X
- Sánchez Bravo, C., Meléndez, J.C., Ayala, N.P.C., & Almaraz, C. H. (2010). Perfíles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo. Estudio cuantitativo. Primera parte. *Salud Mental, 33*, 347-353.
- Sanders, S.H. (1996). Operant conditioning with chronic pain: Back to basics. In R. Gatchel, & D. Turk (Eds.). *Psychological approaches to pain management– A practitioner’s handbook* (pp. 128-137). New York: The Guilford Press.
- Santos, P.J. (2003). Goal instability, self-esteem, and vocational identity of high school portuguese students. *Análise Psicológica, 2* (XXI), 229-238.
- Santos, P.J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 253-268.
- Sauer, S., & Baer, R. (2010). Mindfulness and de-centering as mechanisms of change in mindfulness and acceptance based intervention. In R. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance based processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp.25-50). Oakland: New harbinger Publications, Inc.

- Sbrocco, T., & Barlow, D. H. (1996). Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: Implications for sexuality research and treatment. In Salkovskis, P. M. (Ed.). *Frontiers of Cognitive therapy* (pp. 419-449). New York: The Guilford Press.
- Schultz, W.C. M., & van de Wiel, H.B.M. (2005). Vaginismus. In R. Balon, R.T. Segraves, (Eds). *Handbook of Sexual Dysfunction* (273-292). New York: Taylor & Francis.
- Schultz, W.W., Basson, R., Binik, Y., Eschenbach, D., Wessellmann, U., Van Lankveld, J. (2005). Women's sexual pain and its management. *Journal of Sexual Medicine, 2*, 301-316. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.20347.x
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain, 148*, 120-127. doi: 10.1016/j.pain.2009.10.030.
- Seal, B., Bradford, A., & Meston, C. (2009). The association between body esteem and sexual desire among college women. *Archives of Sexual Behavior, 38*(5), 866-872. doi: 10.1007/s10508-008-9467-1
- Seal, B.N., & Meston, C.M. (2007). Women's sexual health: The impact of body awareness on sexual arousal in women with sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine, 4*, 990-1000. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00525.x
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sephton, S.E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., & Studts, J.L. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis Care & Research, 57*, 77-85. doi: 10.1002/art.22478.
- Shackelford, T. (2001). Self-esteem in marriage: An evolutionary psychological analysis. *Personality and Individual Differences, 30*, 371-390. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00023-4
- Shahar, E., Lederer, J., & Herz, M.J. (1991). The use of a self-report questionnaire to assess the frequency of sexual dysfunction in family practice clinics. *Family Practice, 8*(3), 206-212. doi: 10.1093/fampra/8.3.206.

- Sharp, T.J. (2001). Chronic pain: A reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 787-800. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00061-9.
- Sharp, T.J., & Harvey, A.G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: Mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21(6), 857-877. doi: 10.1016/S0272-7358(00)00071-4
- Shindel, A., & Naughton, C.K. (2006). Sexual pain in women: Etiology, management, and directions for future research. *Current Sexual Health Reports*, 3(4), 169-174. doi: 10.1007/s11930-006-0007-5 .
- Silverstein, J.L. (1989). Origins of psychogenic vaginismus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52(4), 197-204. doi: 10.1159/000288324
- Silverstein, R.G., Brown, A.H., Roth, H.D., & Britton, W.B. (2011). Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: Implications for female sexual dysfunction. *Psychosomatic Medicine*, 73, 817-825.
- Simons, & J.S., & Carey, M.P. (2001). Prevalence of the sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 177-219. doi: 10.1023/A:1002729318254.
- Smith, A. (2006). "Like waking up from a dream": Mindfulness training for older people with anxiety and depression. In R.A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinicians guide to evidence base and applications* (pp. 198-202). London: Academic Press.
- Smith, B.H., Elliott, A.M., Chambers, W.A., Smith, W.C., Hannaford, P.C., & Penny, K. (2001). The impact of chronic pain in the community. *Family Practice*, 18(3), 292-299. doi: 10.1093/fampra/18.3.292.
- Snell, W. (2001). Chapter 1: The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual preoccupation. In W. E. Snell, Jr. (Ed.), *New directions in the psychology of human sexuality: Research and theory*. Cape Girardeau, MO: Snell Publications. Consultado na World Wide Web a 20 de Junho de 2012, em: <http://cstl-cla.semo.edu/snell/books/sexuality/sexuality.htm>

- Snell, W., & Papini, D. (1989). The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research, 26*, 156-263.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15–28.
- Spector, I.P., & Carey, M.P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunction: A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior, 19*, 389-408. doi: 10.1007/BF01541933
- Stanford, E.A., Chambers, C.T., Biesanz, J.C., & Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population based approach. *Pain, 138*, 11-21. doi:10.1016/j.pain.2007.10.032
- Stuntz, R.C. (1986). Physical obstructions to coitus in women. *Medical Aspects of Human Sexuality, 20*(2), 117-134.
- 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.J.L., Lynch, M.E., & Clark, A.J. (2005). Dimensions of catastrophic thinking associated with pain experience and disability in patients with neuropathic pain conditions. *Pain, 113*, 310-315. doi: 10.1016/j.pain.2004.11.003
- Sullivan, M. J. L., Stanish, W., Waite, H., Sullivan, M., & Tripp, D. A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain, 77*, 253–260. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00097-9.
- Sullivan, M. J. L., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F. J., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain, 17*, 52–64.
- Swann, W.B., Chang-Schneider, C., & McClarty, K.L.(2007). Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist, 62*:84–94. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.84

- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. Jr. (1995). Self-liking and self competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment, 65*, 322–342. doi: 10.1207/s15327752jpa6502_8
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615–625. doi: 10.1037/0022-006X.68.4.615
- Teixeira, M.E. (2008). Meditation as an intervention for chronic pain: An integrative review. *Holistic Nursing Practice, 22*(4), 225–234. doi: 10.1097/01.HNP.0000326006.65310.a7.
- Ter Kuile, M.M., Both, S., & van Uden, J. (2010). The effects of experimentally-induced sad and happy mood on sexual arousal in sexually healthy women. *Journal of Sex Medicine, 7*, 1177-84. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01632.x
- Ter Kuile, M. M., & Weijnenborg, P. T. M. (2006). A cognitive-behavioral group program for women with vulvar vestibulitis syndrome (VVS): Factors associated with treatment success. *Journal of Sex & Marital Therapy, 32*, 199–213. doi: 10.1080/00926230600575306
- Ter Kuile, M.M., Weijnenborg, P. T. M., & Spinhoven, P. (2010). Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression. *The Journal of Sexual Medicine, 7*(5), 1901-1910. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01414.x
- Thompson, M., & McCracken, L.M. (2011). Acceptance and related processes in adjustment to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports, 15*, 144–151. doi: 10.1007/s11916-010-0170-2
- Thorn, B., Cross, T. & Walker, B. (2007). Meta-analyses and systematic reviews of psychological treatments for chronic pain: Relevance to an evidence-based practice. *Health Psychology, 1*, 10-12. doi: 10.1037/0278-6133.26.1.10.
- Tiefer, L. (2000). Sexology and the pharmaceutical industry: the threat of co-optation. *Journal of Sex Research, 37*, 273-283.

- Tiefer, L. (2002). Beyond the medical model of women's sexual problems: A campaign to resist the promotion of 'female sexual dysfunction. *Sexual and Relationship Therapy, 17*, 127-135.
- Tiefer, L. (2005). Dyspareunia is the only valid sexual dysfunction and certainly the only important one. *Archives of Sexual Behavior, 34*, 49-51. doi: 10.1007/s10508-005-7477-8.
- Toblin, R.L., Mack, K.A., Perveen, G., & Panlozzi, L.J. (2011). A population-based survey of chronic pain and its treatment with prescription drugs. *Pain, 152*, 1249-1255. doi: 10.1016/j.pain.2010.12.036
- Trapnell, P., Meston, C., & Gorzalka, B. (1997). Spectatoring and the relationship between body image and sexual experience: Self-focus or self-valence? *Journal of Sex Research, 34*, 267-278. doi: 10.1080/00224499709551893
- Turk, D.C. (1996). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In R. Gatchel, & D. Turk (Eds.). *Psychological approaches to pain management - A practitioner's handbook* (pp.3-29). New York: The Guilford Press.
- Turk, D.C. (2002). A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Research and Management, 7*, 9-19.
- 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., Kerns, R.D., & Rosenberg, R. (1992). Effects of marital interaction on chronic pain and disability: Examining the down side of social support. *Rehabilitation Psychology, 37*(4), 259-274. doi: 10.1037/h0079108.
- Turk., D.C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: The Guilford Press.
- Turk, D.C., & Monarch, E.S. (2001). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In D. Turk & Gatchel, R.J. (Eds.). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (pp. 3-29). New York: The Guilford Press.

- Turk, D.C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(3), 678-690. doi: 10.1037/0022-006X.70.3.678
- Turner, J., Holtzman, S. & Mancl, L. (2007). Mediators, moderators, and predictor of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain, 127*, 276-286. doi: 10.1016/j.pain.2006.09.005.
- Turner, J., Jensen, M. & Romano, J. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain, 85*, 115-125. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00259-6.
- Tuğrul, C., & Kabakci, E. (1997). Vaginismus and its correlates. *Sexual and Marital Therapy, 12*, 23-24. doi: 10.1080/02674659708408199.
- van den Hout, M., & Barlow, D. (2000). Attention, arousal and expectancies in anxiety and sexual disorders. *Journal of Affective Disorders, 61*, 241-256. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00341-4.
- van den Hout, J.H., Vlaeyen, J.W.S., Houben, R.M., Soeters, A.P., Peters, M.L. (2001). The effects of failure feedback and pain-related fear on pain report, pain tolerance, and pain avoidance in chronic low back pain patients. *Pain, 92*, 247-57. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00261-5
- van den Kerkhof, E.G., Hopman, W.M., Towheed, T.E., Anastassiades, T.P., Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group (2003). The impact of sampling and measurement on the prevalence of self-reported pain in Canada. *Pain Research Management, 8*(3), 157-163.
- van Lankveld, J. J. D. M., & Grotjohann, Y. (2000). Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunctions assessed with the composite international diagnostic interview. *Archives of Sexual Behavior, 29*(5), 479-498. doi: 10.1023/A:1001995704034.
- van Lankveld, J. J. D. M., Weijnen, Ph. Th. M., and ter Kuile, M. M. (1996). Psychological profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis

- and their partners. *Obstetrics and Gynecology*, 88, 65–70. doi: 10.1016/0029-7844(96)00080-4
- van Lunsen, H. W., & Ramakers, M. (2002). The hyperactive pelvic floor syndrome (HPFS): Psychosomatic and psycho-sexual aspects of hyperactive pelvic floor disorders with comorbidity of urogynecological, gastrointestinal and sexual symptomatology. *Acta Endoscopica*, 32, 275–285.
- van Tulder, M.W., Ostelo, R., Vlaeyen, J.W.S., Linton, S. J.; Morley, S.J., & Willem, J.J. (2000). Behavioral treatment protocol for chronic low back pain: A systematic review within the framework of the Cochrane back review group. *Spine*, 25(20), 2688-2699.
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M.G., & Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533–542. doi: 10.1016/j.pain.2010.11.002
- Vendeira, P., Pereira, N.M., Santo, M.C., & Macedo., A., (2005). Episex-pt: Prevalência da disfunção sexual feminina em Portugal. Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Ventegodt, S. (1998). Sex and the quality of life in denmark. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 295-307. doi: 1 0.1023/A:1018655219133.
- Verhaak, P.F.M., Kerssens, J.J., Dekker, J., Sorbi, M.J., & Bensing, J.M. (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: A review of literature. *Pain* (77), 231-239. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00117-1
- Verit, F.F., Verit, A., & Yeni, E (2006). The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 274(5), 297-302. doi: 10.1007/s00404-006-0178-3
- Vilarinho, S. (2010). *Funcionamento e satisfação sexual feminina: Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspetos biológicos e contextuais*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Vilarinho, S., & Nobre, P.J. (2006). Questionário Sóciodemográfico. *Manuscrito não publicado*.

- Vilarinho, S., & Nobre, P.J. (2007). Questionário de história médica e hábitos de vida. *Manuscrito não publicado*.
- Vilarinho, S., & Nobre, P. (2012). PANAS: Psychometric characteristics of the Portuguese version. *Manuscrito em preparação*.
- Vowles, K.E., & McCracken, L.M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 397-407. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.397.
- Vowles, K., McCracken, L. & Eccleston, C. (2008). Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: The mediating effects of acceptance. *Health Psychology, 27*, 136-143. doi: 10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S136.
- Ward, E., & Ogden, J. (1994). Experiencing vaginismus – Sufferers beliefs about causes and effects. *Sexual and Marital Therapy, 9*(1), 33-45. doi: 10.1080/02674659408409565
- Wash, D. & Radcliffe, J. (2002). Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain, 97*, 23-31. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00426-2
- Watkins, E.A., Wollan, P.C., Melton III, L.J., & Yawn, B.P. (2008). A population in pain: Report from the olmsted county health study. *Pain Medicine, 9* (2), 165- 174. doi: 10.1111/j.1526-4637.2007.00280.x
- Watson , D. , Clark , L. A. , & Carey , G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders . *Journal of Abnormal Psychology, 97* (3), 346 – 353 . doi: 10.1037/0021-843X.97.3.346
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Watson, D., Pennebaker, J. W., & Folger, R. (1987). Beyond negative affectivity: Measuring stress and satisfaction in the workplace. *Journal of Organizational Behavior Management, 8*, 141-157. doi: 10.1300/J075v08n02_09.
- Weaver, A., & Byers, E. (2006). The relationships among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly, 30*(4), 333-339. doi: 10.1111/j.1471-6402.2006.00308.x

- Weber, A.M., Walters, M.D., Schover, L., & Mitchinson, A. (1995). Vaginal anatomy and sexual function. *Obstetrics & Gynecology*, 86(6), 946-949. doi: 10.1016/0029-7844(95)00291-X.
- Webster, D. C. (1997). Recontextualizing sexuality in chronic illness: Women and interstitial cystitis. *Health Care for Women International*, 18, 575-589. doi: 10.1080/07399339709516313.
- White, G., & Jantos, M. (1998). Sexual behavior changes with vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Reproductive Medicine*, 43, 783-789.
- Williams, J. M. G., Alatiq, J. M. J., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V., Duggan, D. S., et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107, 275–279. doi: 10.1016/j.jad.2007.08.022
- Williamson, J.W., Nobrega, A.C., McColl, R., Mathews, D., Winchester, P., Friberg, L., & Mitchell, J.H. (1997). Activation of the insular cortex during dynamic exercise in humans. *Journal of Physiology*, 503, 277–83. doi: 10.1111/j.1469-7793.1997.277bh.x.
- Wincze, J.P., & Carey, M.P. (2001). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Wouda, J., Hartman, P., Bakker, R., Bakker, J.O., van de Wiel, H.B.M., & Weijmar Schultz, W.C.M. (1998). Vaginal plethysmography in women with dyspareunia. *Journal of Sex Research*, 35, 141–147. doi: 10.1080/00224499809551927
- Wylie, K., Hallam-Jones, R., & Harrington, C. (2004). Psychological difficulties within a group of patients with vulvodynia. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 257–265. doi: 10.1080/01674820400024463
- Zautra, A.J., Davis, M.C., Reich, J.W., Nicassario, P., Tennen, H., Finan, P., Kratz, A., Parrish, B., Irwin, M.R. (2008). Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 408–421. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.408.

- Zautra, A.J., Fasman, R., Reich, J.W., Harakas, P., Johnson, L.M., Olmsted, M.E., et al. (2005). Fibromyalgia: Evidence for deficits in positive affect regulation. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 147–55. doi: 10.1097/01.psy.0000146328.52009.23
- Zautra, A. J., Hamilton, N. A., Potter, P., & Smith, B. (1999). Field research on the relationship between stress and disease activity in rheumatoid arthritis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *876*, 397–412. doi: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb07664.x
- Zautra, A., Smith, B., Affleck, G., & Tennen, H. (2001). Examinations of chronic pain and affect relationships: applications of a dynamic model of affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 786–95. doi: 10.1037/0022-006X

Anexo I

Apresentação do Estudo na Página *Online* - <http://wsl2.cemed.ua.pt/dpdsm/>



O presente estudo tem como objectivo contribuir para a compreensão do perfil psicossocial das mulheres portuguesas que apresentam dor (nomeadamente dor sexual). Pretende-se avaliar a presença e importância das dimensões cognitiva, afectiva, relacional e orgânica na dor sexual, nomeadamente a forma como estas dimensões se associam, para explicar dor e respectiva intensidade no contexto sexual.

Para a concretização destes objectivos solicitamos a colaboração de **mulheres**:

- [que apresentem dor sexual,](#)
- [que apresentem dor crónica,](#)
- [com outra problemática de natureza sexual e](#)
- [que não apresentem nenhuma destas dificuldades.](#)

Para participar no estudo deverá escolher o link que melhor corresponde à sua situação actual. No caso de apresentar mais do que uma das dificuldades apresentadas, por favor seleccione aquela que tem um maior impacto no momento presente

Algumas questões podem parecer mais difíceis, mas o seu estudo revela-se pertinente. Se não tiver a certeza em relação à resposta mais precisa, assinala a que considerar mais apropriada. Para que possamos obter informação válida, é importante que responda de modo tão sincero e preciso quanto possível.

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

Tendo em conta o tema do estudo, **os questionários são completamente ANÓNIMOS**, não sendo pedidos dados que possam identificar as pessoas que a eles respondem.

Caso deseje obter qualquer tipo de informação adicional poderá entrar em contacto para o email: catioliveira@gmail.com.



0% 100%

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estou de acordo em participar no estudo intitulado "Determinantes Psicossociais da Dor Sexual na Mulher", integrado no projecto de Doutoramento em Psicologia Clínica da Mestre Cátia Oliveira, pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. O presente projecto encontra-se sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Nobre e da Prof. Dra. Sandra Vilarinho.

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

Sei que sou livre de abandonar o estudo, se for esse o meu desejo.

A minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais. Concordo em que sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo, sob a autoridade delegada do investigador principal. Concordo em que não procurarei restringir o uso dos resultados para os quais o estudo se dirige.

Sim concordo

<< Anterior Seguinte >>

Sair e limpar inquérito

Anexo II

Questionário Introdutório para Grupo de Mulheres com Dor Sexual

Data ___/___/_____

Idade: _____ (Data de nascimento: ___/___/_____)

Habilitações literárias (nível mais alto atingido):

- Sem estudos
 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano)
 2º Ciclo (5º e 6º ano)
 3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano)
 Ensino Secundário (10º, 11º, 12º)
 Licenciatura
 Pós Licenciatura
 Outros estudos (por favor, especifique _____)

Profissão/ ocupação:

- Activa (especifique, por favor _____)
 Desempregada
 Reformada
 Estudante

Rendimento médio anual ilíquido (por pessoa):

- Menos de 5.000€ Entre 5.000€ e 12.000€ Entre 12.000€ e 18.000€ Entre 18.000€ e 24.000€ Mais de 24.000€

Zona de residência actual:

- Norte Centro Lisboa Alentejo Algarve Açores Madeira

Meio:

- Rural Urbano

Estado civil:

- Casada ou em união de facto Solteira Viúva Separada ou divorciada

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

Especifique, por favor, o tipo de relação com o/a seu/sua companheiro/a actual (assinale uma ou mais opções):

- Marital União de facto Namoro
 Coabitação Outra (por favor, especifique? _____)

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

Exclusivamente heterossexual 1 2 3 4 5 Exclusivamente homossexual

Religião:

Professa alguma religião?

 Não SimSe 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

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

Muito bom Bom Razoável Mau Muito mau

1 2 3 4 5

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

1 2 3 4 5

Problemas de SaúdeDe 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): _____ _____				
<p>Link 1- Por favor indique se alguma vez contraiu alguma das seguintes infecções:</p> <input type="checkbox"/> Vaginose bacteriana (corrimento e odor anormal) <input type="checkbox"/> Clamídia <input type="checkbox"/> Verrugas Genitais <input type="checkbox"/> Herpes Genital <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Doença Inflamatória Pélvica <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Candidíase <input type="checkbox"/> Tricomoníase <input type="checkbox"/> Nenhuma				

Medicação

De entre os medicamentos seguintes, assinale, por favor qual ou quais deles toma actualmente 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	

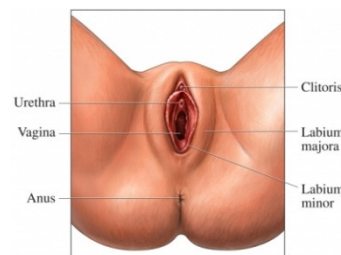
11. Por favor assinale a intensidade média de desconforto durante as tentativas de penetração nos últimos 4 a 6 meses.

Não houve tentativa de penetração vaginal

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

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

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



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

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

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

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

- Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

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

- Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

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

- Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

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

Nenhum	Pouco	Algum	Moderada	Elevad
0	1	2	3	4

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

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

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

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

- não experiencio dor não-provocada

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

- não experiencio dor não-provocada

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

- Constantes/sempe 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) factor(es) que melhore(m) a dor? Sim Não

Se sim, por favor indique _____

22. Tem consciência de algum(s) factor(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 ajudada prestada:	0	1	2	3	4
b. Em relação ao suporte prestado:	0	1	2	3	4

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

1ª escolha _____

2ª escolha _____

3ª escolha _____

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

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

27. Assinale com um X na tabela seguinte, de que forma as seguintes actividades 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			
Actividade sexual sem penetração			
Actividade sexual com penetração			
Estar sentada			
Dormir			
Usar tampões			
Exame ginecológico			
Andar a pé			

História Sexual										
1. Alguma vez teve relações sexuais com penetração vaginal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
2. Alguma vez experienciou penetração vaginal sem dor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
3. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual com penetração vaginal? _____ anos.										
4. Tem no momento um/a parceiro/a sexual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
5. Teve relações sexuais com penetração vaginal nos últimos três meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
6. Se não, assinale a melhor razão para explicar este facto:										
<input type="checkbox"/> não tentei porque a minha expectativa é que ia ser muito doloroso <input type="checkbox"/> não tentei porque fui aconselhada a não fazê-lo <input type="checkbox"/> Não tentei porque de momento não tenho parceiro <input type="checkbox"/> Não tentei por outras razões (indique, por favor _____)										
7. Se sim, quantas vezes por mês tem relações sexuais com penetração vaginal? _____ por mês.										
8. Qual a percentagem de vezes experienciou dor na zona genital sempre que teve relações sexuais com penetração vaginal? (por exemplo, se sentiu dor nas 10 vezes que tentou a penetração, deverá escrever, 100% das vezes) _____%										
9. No momento presente sofre de dor no decorrer da penetração vaginal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
10. A dor surge com a penetração na vagina? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
11. A dor ocorre em profundidade na zona pélvica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
12. Acontece, por vezes, a penetração vaginal não ser possível? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
13. Quando os meus sintomas impendem a actividade sexual, você e o seu/sua companheiro/a: (assinale todas as que se aplicarem):										
<input type="checkbox"/> Ambos evitam intimidade sexual <input type="checkbox"/> São fisicamente próximos, mas evitam o estado de excitação sexual <input type="checkbox"/> São sexualmente próximos, mas evitam a penetração sexual <input type="checkbox"/> Focam-se no prazer do seu/sua companheiro/a <input type="checkbox"/> Têm relações sexuais como habitualmente <input type="checkbox"/> Não tem um/a parceiro/a sexual.										
14. Se se encontra numa relação, o (a) seu (sua) parceiro (a) tem noção do seu problema?										
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tenho companheiro										
15. Se se encontra numa relação, como classifica o suporte do seu companheiro(a) no que diz respeito à sua condição?										
0=Inexistente										
10 = completo										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Considera que tem mais algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
Se respondeu sim, a que nível sente mais esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções)										
<input type="checkbox"/> Desejo <input type="checkbox"/> Excitação <input type="checkbox"/> Lubrificação <input type="checkbox"/> Orgasmo <input type="checkbox"/> Aversão										

17. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar?
 Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

18. Em que medida esse problema interfere na sua vida (ex: qualidade de vida em geral, relacionamento com parceiro, relacionamento com familiares e amigos, estado de humor, vida profissional, etc.)?
 Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

19. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao seu parceiro?
 Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

20. O que fez para tentar resolver o problema? (Escolha uma ou mais das alternativas seguintes)
 Procurou algum tipo de ajuda, médica ou outra
 Falou com o/a seu/sua parceiro/a
 Procurou informação
 Não fez nada
 Outra (especifique, por favor)

21. Considera que o/a seu/sua parceiro/a tem algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual?
 Sim Não
 Se respondeu sim, a que nível considera que existe esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções de resposta)

(opções no caso de um parceiro sexual)
 Desejo Disfunção erétil Ejaculação prematura Ejaculação retardada ou diminuída Dor
 Aversão

(opções no caso de uma parceira sexual)
 Desejo Excitação Lubrificação Orgasmo Vaginismo Dor Aversão

22. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao/à seu/sua parceiro/a?
 Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

23. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar a si?
 Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

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

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

Implante Peniano (companheiro)	
Terapia de casal	
Outros:	
25. Alguma vez foi alvo de abuso sexual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <u>Se sim</u> , em que fase(s) do seu desenvolvimento (assinale uma ou mais opções)? <input type="checkbox"/> criança <input type="checkbox"/> adolescente <input type="checkbox"/> jovem adulto <input type="checkbox"/> meia-idade <input type="checkbox"/> terceira idade	
26. Actualmente tem sido incomodada com situações tais como pensamentos ou sonhos acerca do acontecimento, ou sente mal-estar quando vê ou ouve algo que a faz lembrar o acontecimento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
27. Alguma vez se envolveu em actividades que a pusessem em risco de contrair SIDA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 actualmente: <input type="checkbox"/> Pré-menopausa (ainda tem menstruações regularmente) <input type="checkbox"/> Peri-menopausa (tem menstruações irregulares e intercaladas; não menstrua há 2 meses ou mais, até 12 meses) <input type="checkbox"/> Pós-menopausa (não menstrua há 12 meses ou mais)
3. O seu período menstrual é regular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8. A sua pele apresenta algum tipo de sensibilidade a perfumes, sabonete, etc? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Ocorrem hemorragias entre os períodos menstruais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10. Experimenta dor com o seu ciclo menstrual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11. Ocorre algum tipo de hemorragia após a penetração vaginal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12. Apresenta actualmente algum corrimento vaginal fora do normal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13. Notou algum tipo de lesão física (cortes, prurido, bolhas, etc) na vulva (órgão genitais externos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16. Quando é que realizou o último exame de Papanicolau? _____ / _____ (mês/ano)
17. Alguma vez teve resultados fora do normal neste exame? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

História da Gravidez
1. Encontra-se actualmente grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Já alguma vez esteve grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Se já esteve grávida, por favor indique o número de: <input type="checkbox"/> Gravidezes ____ <input type="checkbox"/> Cesarianas planeadas ____ <input type="checkbox"/> cesarianas de emergência ____ <input type="checkbox"/> Partos vaginais ____ <input type="checkbox"/> Número de nados vivos ____ <input type="checkbox"/> Abortos espontâneos ____ <input type="checkbox"/> Interrupções Voluntárias da Gravidez ____
4. Alguma vez teve dificuldades em engravidar (infertilidade) quando assim o desejou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Anos desde a primeira gravidez: _____ anos
7. Para as seguintes três questões, por favor classifique de 0 a 10 (0= sem dor e 10 = a pior dor que consigo suportar) a. Classifique em média o nível de dor na zona genital antes da gravidez: _____ b. Classifique em média o nível de dor na zona genital durante a gravidez: _____ c. Classifique em média o nível de dor na zona genital depois do parto: _____
10. A sua condição de dor teve impacto na sua gravidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, explique como: _____ _____
11. Por favor, seleccione 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 factores, por favor seleccione a opção correspondente: <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Amamentação <input type="checkbox"/> Fadiga constante <input type="checkbox"/> Não relacionado com nenhum destes factores <input type="checkbox"/> Outro _____

História da Contraceção		
	Usei no passado	Uso no presente
Pílula Contraceptiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Idade da primeira toma _____
Preservativo Masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preservativo Feminino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anel vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante subdérmico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espemicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Métodos naturais (calendário, temperatura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não uso nenhum método contraceptivo	<input type="checkbox"/>	

Anexo III

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

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

Religião:

Professa alguma religião?

 Não Sim

Se _____ respondeu _____ sim, por favor especifique qual: _____

Qual o grau em que considera ser praticante? (coloque um círculo no número correspondente à sua escolha):

Muito pouco 1 2 3 4 Muitíssimo

Origem ou etnia: Caucasiana/ branca Negra Asiática Latino-americana Outra**Saúde****Assinale com um círculo ou uma cruz o número correspondente à sua resposta**

	Muito bom	Bom	Razoável	Mau	Muito mau
De um modo geral, como avalia o seu estado de saúde?	1	2	3	4	5
De um modo geral, como avalia o estado de saúde do/a seu/sua companheiro/a?	1	2	3	4	5

Problemas de Saúde

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

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

Vaginose bacteriana (corrimento e odor anormal)

Clamídia

Verrugas Genitais

Herpes Genital

HIV

HPV

Doença Inflamatória Pélvica

Sífilis

Candidíase

Tricomoníase

Nenhuma

Medicação

De entre os medicamentos seguintes, assinale, por favor qual ou quais deles toma actualmente 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Remoção do Útero <input type="checkbox"/> Remoção de um ovários <input type="checkbox"/> Remoção dos dois ovários <input type="checkbox"/> Laqueação de uma trompa <input type="checkbox"/> Laqueação das duas trompas <input type="checkbox"/> Cirurgia uterina, do colo, vaginal ou outra intervenção ginecológica <input type="checkbox"/> 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 em alguma parte do corpo? Sim Não

2. Se sim, por favor indique em que parte(s)

a. Caso tenha indicado mais do que um parte do corpo em que sinta dor, por favor indique qual é a mais frequente e invalidante:

3. A partir deste momento pedimos que responda às questões **tendo sempre em conta a dor que assinalou como a mais frequente e invalidante.**

a. Com que frequência ela está presente?

Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3	4

4. Desde quando apresenta estes sintomas? _____ anos e _____ meses

5. Algum profissional de saúde lhe explicou a causa desta dor?

6. Algum profissional de saúde lhe fez um diagnóstico clínico? Sim Não

Se sim, especifique o diagnóstico: _____

7. Quanto tempo passou entre o início dos seus sintomas e a obtenção do diagnóstico? _____ anos e _____ meses

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

diminuíram com o tempo aumentaram com o tempo não houve qualquer alteração

9. Alguma vez esta problemática desapareceu completamente, desde que se deu o início dos sintomas?

Não Sim

Se sim, quando e porquê? _____

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

Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

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

Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

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

Nada Alguma coisa Moderadamente Bastante Extremamente

13. Por favor indique qual o grau de medo ou ansiedade que sente em relação à dor:				
Nenhum	Pouco	Algum	Moderada	Elevado
0	1	2	3	4

14 .Para as seguintes 4 questões, por favor considere a escala de 0 a 10, em que o 0 representa a ausência total de dor e o 10 o grau de dor máximo que consegue suportar. Provocada diz respeito a dor com toque 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

15. 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 afectada

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

Se sim, por favor indique _____

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

Se sim, por favor indique _____

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

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

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

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

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

1ªescolha _____

2ªescolha _____

3ªescolha _____

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

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 actividade			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 activa			0	1	2	3	4
e. A minha dor impediria qualquer pessoa de ter uma vida fisicamente activa			0	1	2	3	4

22. Assinale com um X na tabela seguinte, de que forma as seguintes actividades 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			
Actividade sexual			
Estar sentada			
Dormir			
Andar a pé			

História Sexual
1. Alguma vez teve relações sexuais com penetração vaginal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Alguma vez experienciou penetração vaginal com dor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3. Que idade tinha quando teve a primeira relação sexual com penetração vaginal? _____ anos.
4. Tem no momento um/a parceiro/a sexual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5. Teve relações sexuais com penetração vaginal nos últimos três meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. Se não, assinale a melhor razão para explicar este facto: <input type="checkbox"/> não tentei porque a minha expectativa é que ia ser muito doloroso <input type="checkbox"/> não tentei porque fui aconselhada a não fazê-lo <input type="checkbox"/> Não tentei porque de momento não tenho parceiro <input type="checkbox"/> Não tentei por outras razões (indique, por favor _____)
7. Se sim, quantas vezes por mês tem relações sexuais com penetração vaginal? _____ por mês.
8. Qual a percentagem de vezes experienciou dor na zona genital sempre que teve relações sexuais com penetração vaginal? (por exemplo, se sentiu dor nas 10 vezes que tentou a penetração, deverá escrever, 100% das vezes) _____%
9. Considera que tem algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <u>Se respondeu sim</u> , a que nível sente mais esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções) <input type="checkbox"/> Desejo <input type="checkbox"/> Excitação <input type="checkbox"/> Lubrificação <input type="checkbox"/> Orgasmo <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Vaginismo <input type="checkbox"/> Aversão
10. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Alguma coisa <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Extremamente
11. Em que medida esse problema interfere na sua vida (ex: qualidade de vida em geral, relacionamento com parceiro, _____ relacionamento com familiares e amigos, estado de humor, vida profissional, etc.)? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Alguma coisa <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Extremamente
12. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao seu parceiro? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Alguma coisa <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Extremamente
13. Quando os meus sintomas impendem a actividade sexual, você e o seu/sua companheiro/a: (assinale todas as que se aplicarem): <input type="checkbox"/> Ambos evitam intimidade sexual <input type="checkbox"/> São fisicamente próximos, mas evitam o estado de excitação sexual <input type="checkbox"/> São sexualmente próximos, mas evitam a penetração sexual <input type="checkbox"/> Focam-se no prazer do seu/sua companheiro/a <input type="checkbox"/> Têm relações sexuais como habitualmente <input type="checkbox"/> Não tem um/a parceiro/a sexual.
14. Se se encontra numa relação, o (a) seu (sua) parceiro (a) tem noção do seu problema? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não tenho companheiro

15. Se se encontra numa relação, como classifica o suporte do seu companheiro(a) no que diz respeito à sua condição?										
0=Inexistente										
10 = completo										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. O que fez para tentar resolver o problema? (Escolha uma ou mais das alternativas seguintes)										
<input type="checkbox"/> Procurou algum tipo de ajuda, médica ou outra <input type="checkbox"/> Falou com o/a seu/sua parceiro/a <input type="checkbox"/> Procurou informação <input type="checkbox"/> Não fez nada <input type="checkbox"/> Outra (especifique, por favor)										
17. Considera que o/a seu/sua parceiro/a tem algum tipo de dificuldade ou problema de natureza sexual?										
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não										
Se respondeu sim, a que nível considera que existe esse problema? (Assinale, por favor, uma ou mais das seguintes opções de resposta)										
(opções no caso de um parceiro sexual)										
<input type="checkbox"/> Desejo <input type="checkbox"/> Disfunção erétil <input type="checkbox"/> Ejaculação prematura <input type="checkbox"/> Ejaculação retardada ou diminuída <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Aversão										
(opções no caso de uma parceira sexual)										
<input type="checkbox"/> Desejo <input type="checkbox"/> Excitação <input type="checkbox"/> Lubrificação <input type="checkbox"/> Orgasmo <input type="checkbox"/> Vaginismo <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Aversão										
18. Em que medida acha que esse problema provoca desconforto ou mal-estar ao/à seu/sua parceiro/a?										
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Alguma coisa <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Extremamente										
19. Em que medida esse problema lhe provoca desconforto ou mal-estar a si?										
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Alguma coisa <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Extremamente										
20. Caso se aplique, indique quais os tratamentos que já recebeu para dificuldades sexuais. Caso não tenha recebido nenhum tratamento medicamentoso, não assinale nada.										
Tratamento	Sim									
Injecções Vasodilatadoras (companheiro)										
Viagra (companheiro)										
Medicação oral (para além do Viagra – companheiro)										
Lubrificantes vaginais										
MUSE (medicação Intra-uterina - companheiro)										
Dispositivos de Vácuo (companheiro)										
Psicoterapia										
Terapia Sexual										
Implante Peniano (companheiro)										

Terapia de casal	
Outros:	
21. Alguma vez foi alvo de abuso sexual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <u>Se sim</u> , em que fase(s) do seu desenvolvimento (assinale uma ou mais opções)? <input type="checkbox"/> criança <input type="checkbox"/> adolescente <input type="checkbox"/> jovem adulto <input type="checkbox"/> meia-idade <input type="checkbox"/> terceira idade	
22. Actualmente tem sido incomodada com situações tais como pensamentos ou sonhos acerca do acontecimento, ou sente mal-estar quando vê ou ouve algo que a faz lembrar o acontecimento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
23. Alguma vez se envolveu em actividades que a pusessem em risco de contrair SIDA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 actualmente: <input type="checkbox"/> Pré-menopausa (ainda tem menstruações regularmente) <input type="checkbox"/> Peri-menopausa (tem menstruações irregulares e intercaladas; não menstrua há 2 meses ou mais, até 12 meses) <input type="checkbox"/> Pós-menopausa (não menstrua há 12 meses ou mais)
3. O seu período menstrual é regular? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8. A sua pele apresenta algum tipo de sensibilidade a perfumes, sabonete, etc? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Ocorrem hemorragias entre os períodos menstruais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10. Experimenta dor com o seu ciclo menstrual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11. Ocorre algum tipo de hemorragia após a penetração vaginal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12. Apresenta actualmente algum corrimento vaginal fora do normal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13. Notou algum tipo de lesão física (cortes, prurido, bolhas, etc) na vulva (órgão genitais externos)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14. Quando é que realizou o último exame de Papanicolau? _____ / _____ (mês/ano)
15. Alguma vez teve resultados fora do normal neste exame? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16. Alguma vez teve outro tipo de problema ginecológico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, refira e descreva brevemente, por favor: _____ _____

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

História da Contraceção		
	Usei no passado	Uso no presente
Pílula Contraceptiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Idade da primeira toma _____
Preservativo Masculino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preservativo Feminino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anel vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implante subdérmico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espemicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Métodos naturais (calendário, temperatura)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não uso nenhum método contraceptivo	<input type="checkbox"/>	

Anexo IV

**Questionários Específicos para o Grupo de Mulheres com Dor Sexual, Dor Crónica,
Outras Disfunções Sexuais e Mulheres da População Geral.**

SINTOMAS

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder

EM QUE MEDIDA FOI AFECTADO PELOS SEGUINTESSINTOMAS	Nunca	Poucas vezes	Algumas	Muitas vezes	Muitíssimas
1. Nervosismo ou tensão interior	1	2	3	4	5
2. Desmaios ou tonturas	1	2	3	4	5
3. Dores sobre o coração ou no peito	1	2	3	4	5
4. Pensamentos de acabar com a vida	1	2	3	4	5
5. Ter um medo súbito sem razão para isso					
6. Sentir-se sozinho	1	2	3	4	5
7. Sentir-se triste	1	2	3	4	5
8. Não ter interesse por nada	1	2	3	4	5
9. Sentir-se atemorizado	1	2	3	4	5
10. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago	1	2	3	4	5
11. Sensação de que lhe falta o ar	1	2	3	4	5
12. Calafrios ou afrontamentos	1	2	3	4	5
13. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	1	2	3	4	5
14. Sentir-se sem esperança perante o futuro	1	2	3	4	5
15. Falta de forças em partes do corpo	1	2	3	4	5
16. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	1	2	3	4	5
17. Ter ataques de terror ou pânico	1	2	3	4	5
18. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	1	2	3	4	5
19. Sentir que não tem valor	1	2	3	4	5

AFECTOS

Abaixo encontram-se listadas algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Por favor, leia cada item e assinale com um círculo o número correspondente à sua resposta. Indique em que medida se sente assim EM GERAL.

Para as suas respostas use a escala seguinte:
0 = Muito pouco ou quase nada; 1 = Pouco; 2 = Moderadamente; 3 = Bastante; 4 = Extremamente

	<i>Muito pouco ou quase nada</i>	<i>Pouco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremamente</i>
1. Interessada	0	1	2	3	4
2. Perturbada	0	1	2	3	4
3. Excitada	0	1	2	3	4
4. Atormentada	0	1	2	3	4
5. Agradavelmente surpreendida	0	1	2	3	4
6. Culpada	0	1	2	3	4
7. Assustada	0	1	2	3	4
8. Calorosa	0	1	2	3	4
9. Repulsa	0	1	2	3	4
10. Entusiasmada	0	1	2	3	4
11. Orgulhosa	0	1	2	3	4
12. Irritada	0	1	2	3	4
13. Encantada	0	1	2	3	4
14. Remorsos	0	1	2	3	4
15. Inspirada	0	1	2	3	4
16. Nervosa	0	1	2	3	4
17. Determinada	0	1	2	3	4
18. Trémula	0	1	2	3	4
19. Activa	0	1	2	3	4
20. Amedrontada	0	1	2	3	4

EXPERIÊNCIA NO DIA-A-DIA I

Em baixo encontra-se um conjunto de afirmações sobre a experiência do seu dia-a-dia. Usando a escala que se segue, indique por favor quão frequentes são estas experiências para si, ou não. Por favor responda de acordo com o que realmente reflecte a sua experiência e não com o que pensa que a sua experiência deveria ser. Considere cada item separadamente dos restantes.

Quase sempre	Muito frequente	Relativamente Frequente	Relativamente Infrequente	Muito Infrequente	Quase Nunca
1	2	3	4	5	6

1. Posso estar a sentir uma emoção e só ter consciência disso mais tarde.	1	2	3	4	5	6
2. Parto ou entorno coisas por descuido, por não prestar atenção ou por estar a pensar noutra coisa qualquer.	1	2	3	4	5	6
3. Acho difícil permanecer concentrada no que está a acontecer no momento presente.	1	2	3	4	5	6
4. Costumo andar depressa para chegar onde vou, sem prestar atenção ao que vou a sentir pelo caminho.	1	2	3	4	5	6
5. Geralmente não me apercebo de sensações de tensão física ou desconforto, até que estas realmente agarrem a minha atenção.	1	2	3	4	5	6
6. Esqueço-me do nome de uma pessoa quase no momento em que mo dizem pela primeira vez.	1	2	3	4	5	6
7. Parece que funciono em “piloto automático”, sem muita atenção consciente do que estou a fazer.	1	2	3	4	5	6
8. Realizo apressadamente as minhas actividades, sem prestar muita atenção ao que faço.	1	2	3	4	5	6
9. Fico tão focada no objectivo que quero alcançar que perco o contacto com o que faço momento a momento para o alcançar.	1	2	3	4	5	6
10. Faço trabalhos e tarefas automaticamente, sem ter muita atenção consciente ao que estou a fazer.	1	2	3	4	5	6
11. Dou por mim a ouvir alguém sem grande atenção e a fazer outra coisa qualquer ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6
12. Conduzo em “piloto automático” e, por vezes, pergunto-me como cheguei aquele sítio.	1	2	3	4	5	6
13. Dou por mim preocupada com o futuro ou o passado.	1	2	3	4	5	6
14. Dou por mim a fazer algo sem prestar atenção.	1	2	3	4	5	6
15. Petisco sem estar consciente de que estou a comer.	1	2	3	4	5	6

EXPERIÊNCIA NO DIA-A-DIA II

Por favor avalie cada uma das afirmações seguintes de acordo com a escala. Assinale com uma cruz o número que melhor descreve a sua opinião sobre o que considera ser geralmente verdadeiro para si.

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

1. Quando caminho presto deliberadamente atenção às sensações do meu corpo em movimento.	1	2	3	4	5
2. Encontro facilmente as palavras para descrever os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3. Critico-me por ter emoções irracionais ou inapropriadas.	1	2	3	4	5
4. Apercebo-me dos meus sentimentos e emoções sem ter que lhes reagir.	1	2	3	4	5
5. Quando estou a fazer qualquer coisa a minha mente vagueia e distraio-me facilmente.	1	2	3	4	5
6. Quando tomo um duche ou banho fico atenta às sensações da água no meu corpo.	1	2	3	4	5
7. Consigo traduzir facilmente as minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.	1	2	3	4	5
8. Não presto atenção ao que estou a fazer porque estou a sonhar acordada, preocupada ou distraída com qualquer coisa.	1	2	3	4	5
9. Observo os meus sentimentos sem me “perder” neles.	1	2	3	4	5
10. Digo a mim própria que não devia sentir-me como me sinto.	1	2	3	4	5
11. Noto como a comida e a bebida afectam os meus pensamentos, as minhas sensações corporais e emoções.	1	2	3	4	5
12. Tenho dificuldade em encontrar palavras para descrever o que penso.	1	2	3	4	5
13. Distraio-me facilmente.	1	2	3	4	5
14. Acredito que alguns dos meus pensamentos são anormais ou maus e que não devia pensar dessa forma.	1	2	3	4	5
15. Presto atenção às sensações, tais como o vento no meu cabelo ou o sol no meu rosto.	1	2	3	4	5
16. Tenho dificuldade em pensar nas palavras certas para exprimir o que sinto acerca das coisas.	1	2	3	4	5
17. Faço julgamentos sobre se os meus pensamentos são bons ou maus.	1	2	3	4	5
18. É-me difícil permanecer focado no que está a acontecer no	1	2	3	4	5

presente.					
19. Quando tenho pensamentos ou imagens muito perturbadores distancio-me e torno-me consciente do pensamento ou imagem sem ser “apanhado” por este(a).	1	2	3	4	5
20. Presto atenção a sons, tais como o bater do relógio, o chilrear dos pássaros ou os carros a passar.	1	2	3	4	5
21. Em situações difíceis consigo parar e não reagir imediatamente.	1	2	3	4	5
22. Quando tenho uma sensação no meu corpo é-me difícil descrevê-la porque não consigo encontrar as palavras certas.	1	2	3	4	5
23. Parece que funciono em “piloto automático” sem muita consciência do que estou a fazer.	1	2	3	4	5
24. Pouco tempo depois de ter pensamentos ou imagens perturbadoras, sinto-me calma.	1	2	3	4	5
25. Digo a mim própria que não devia pensar do modo como estou a pensar.	1	2	3	4	5
26. Noto o cheiro e o aroma das coisas.	1	2	3	4	5
27. Mesmo quando estou profundamente triste ou terrivelmente perturbado consigo encontrar uma forma de colocar isso em palavras.	1	2	3	4	5
28. Faço as actividades sem estar realmente atenta às mesmas.	1	2	3	4	5
29. Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadores consigo aperceber-me deles sem reagir.	1	2	3	4	5
30. Penso que algumas das minhas emoções são más e inapropriadas e que não as devia sentir.	1	2	3	4	5
31. Noto elementos visuais na arte ou na natureza, tais como cores, formas, texturas ou padrões de luz e sombras.	1	2	3	4	5
32. A minha tendência natural é traduzir as minhas experiências em palavras.	1	2	3	4	5
33. Quando tenho pensamentos e imagens perturbadores, apenas me apercebo deles e “deixo-os ir”.	1	2	3	4	5
34. Realizo trabalhos ou tarefas automaticamente sem estar atento ao que estou a fazer.	1	2	3	4	5
35. Quando tenho pensamentos ou imagens perturbadores julgo-me como bom (boa) ou mau (má), em função desses pensamentos ou imagens.	1	2	3	4	5
36. Presto atenção à forma como as minhas emoções influenciam o meu comportamento.	1	2	3	4	5
37. Normalmente consigo descrever como me sinto no momento, com grande pormenor.	1	2	3	4	5
38. Dou por mim a fazer coisas sem prestar atenção.	1	2	3	4	5
39. Desaprovo-me quando tenho ideias irracionais.	1	2	3	4	5

SENTIMENTOS GERAIS EM RELAÇÃO A SI MESMO

Abaixo encontra-se uma lista de afirmações relacionadas com os seus sentimentos gerais em relação a si mesmo. Se concordar fortemente, assinale 1. Se concordar, assinale 2. Se discordar, assinale 3. Se discordar fortemente, assinale 4. Por favor, procure ser honesto nas suas respostas.

1. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos tanto ou igual aos outros	1	2	3	4
2. Sinto que tenho algumas boas qualidades	1	2	3	4
3. Bem vistas as coisas, sou levada a pensar que sou uma fãlhada	1	2	3	4
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como as outras pessoas	1	2	3	4
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar	1	2	3	4
6. Tenho uma atitude positiva em relação a mim própria	1	2	3	4
7. De modo geral, estou satisfeita comigo mesma	1	2	3	4
8. Gostava de ter mais respeito por mim própria	1	2	3	4
9. As vezes, estou segura de que sou uma inútil	1	2	3	4
10. Por vezes penso que não presto para nada	1	2	3	4

RELAÇÃO COM O PARCEIRO

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(a) seu(sua) parceiro(a):

	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(a) seu(sua) parceiro(a):

	Nunca	Menos de uma vez/mês	Uma ou duas vezes/mês	Uma duas vezes/s emana	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

7. 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

SEXUALIDADE I

As afirmações abaixo listadas descrevem determinadas atitudes que diferentes pessoas podem ter face à sexualidade humana. Não existem respostas certas nem erradas, apenas respostas pessoais. Para cada item, é-lhe pedido que indique o seu grau de concordância, assinando com um círculo ou uma cruz a letra correspondente à sua resposta.

Para registar as suas respostas use a seguinte escala de 5 pontos: A= Concordo; B= Concordo ligeiramente; C= Não concordo nem discordo; D= Discordo ligeiramente; E= Discordo	Concordo	Concordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Discordo ligeiramente	Discordo
1. Sou uma boa parceira sexual	A	B	C	D	E
2. Classificaria a minha performance sexual como muito elevada	A	B	C	D	E
3. Sou melhor em sexo do que a maioria das pessoas	A	B	C	D	E
4. Por vezes tenho dúvidas acerca da minha competência sexual	A	B	C	D	E
5. Em encontros sexuais não sou muito confiante	A	B	C	D	E
6. Penso em mim como sendo uma parceira sexual muito boa	A	B	C	D	E
7. Como parceira sexual classificar-me-ia de forma baixa	A	B	C	D	E
8. Tenho confiança em mim como parceira sexual	A	B	C	D	E
9. Não sou muito confiante acerca da minha performance sexual	A	B	C	D	E
10. Por vezes duvido da minha competência sexual	A	B	C	D	E

SEXUALIDADE II

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

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

SEXUALIDADE III

No quadro abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com a sexualidade. Estas afirmações podem estar de acordo com as suas opiniões em relação ao sexo ou pelo contrário podem ser diferentes daquilo que pensa. O que se pede é que coloque à frente de cada afirmação o seu grau de concordância relativamente a esta. Considerando que não existem respostas correctas nem erradas, solicitamos a maior sinceridade possível.

CRENÇAS	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Não conc. nem disc.	Concordo parcialmente	Concordo completamente
1. A masturbação é um acto errado e pecaminoso	1	2	3	4	5
2. A melhor prenda que a mulher pode levar para o casamento é a virgindade	1	2	3	4	5
3. Após a menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual	1	2	3	4	5
4. A masturbação não é própria de uma mulher respeitada	1	2	3	4	5
5. Depois da menopausa as mulheres não conseguem atingir o orgasmo	1	2	3	4	5
6. Na cama quem manda é o homem	1	2	3	4	5
7. O clímax / orgasmo é próprio dos homens e não das mulheres	1	2	3	4	5
8. O homem é que deve iniciar qualquer actividade sexual	1	2	3	4	5
9. O sexo é sujo e pecaminoso	1	2	3	4	5
10. O orgasmo só é possível através do coito vaginal	1	2	3	4	5
11. Com a idade a mulher perde o prazer pelo sexo	1	2	3	4	5
12. Relações sexuais durante o período menstrual podem causar problemas	1	2	3	4	5
13. Sexo oral é uma das maiores perversões	1	2	3	4	5
14. Sexo anal é uma actividade doentia	1	2	3	4	5
15. Sexo só deve acontecer por decisão do homem	1	2	3	4	5
16. Só existe uma forma aceitável de ter relações sexuais (homem por cima)	1	2	3	4	5
17. Ter prazer durante uma relação sexual não é correcto numa mulher de bem	1	2	3	4	5
18. Uma mulher que só sinta prazer através da estimulação do clitóris é doente ou perversa	1	2	3	4	5

SEXUALIDADE IV

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/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

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/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

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

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

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/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

Dor I

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 preocupada 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.

Dor II

Para cada uma das seguintes afirmações, assinale o número que corresponde à sua experiência com a dor nas últimas duas semanas:

1	2	3	4	5
Nunca				Sempre

	1	2	3	4	5
1. Sou muito sensível à dor					
2. Tenho consciência das mudanças repentinas ou temporárias da dor					
3. Sou rápida a notar mudanças na intensidade da dor.					
4. Sou rápida a notar os efeitos da medicação na dor.					
5. Sou rápida a notar as mudanças no local ou extensão da dor.					
6. Foco-me nas sensações de dor.					
7. Foco-me na dor mesmo que esteja ocupada com outra actividade					
8. É fácil para mim ignorar a dor.					
9. Sei imediatamente quando a dor começa ou aumenta.					
10. Quando faço alguma coisa que aumenta a dor, a primeira coisa que faço é ver o quanto aumentou.					
11. Sei imediatamente quando a dor diminui.					
12. Pareço ter maior consciência da dor do que os outros.					
13. Presto muita atenção à dor.					
14. Monitorizo o nível da minha dor.					
15. Fico preocupada com a dor.					
16. Não me deixo afectar/condicionar pela dor					

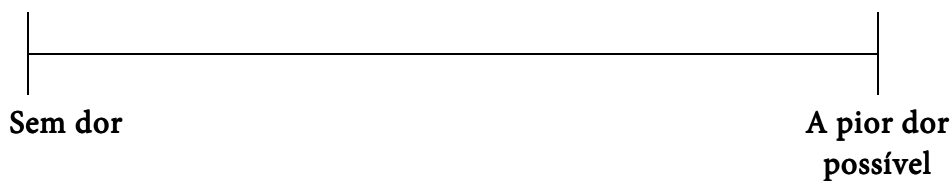
DOR III

Mais abaixo encontram-se listadas algumas palavras que descrevem a sua dor. Por favor, leia cada item e assinale com um círculo o número correspondente ao grau com que cada uma se encontra presente:

	<i>Nenhuma</i>	<i>Ligeira</i>	<i>Moderada</i>	<i>Forte</i>
Palpitante	0	1	2	3
Lancinante	0	1	2	3
Penetrante	0	1	2	3
Aguda	0	1	2	3
Cãibras	0	1	2	3
Moer	0	1	2	3
Ardente-escaldante	0	1	2	3
Dorida	0	1	2	3
Pesada	0	1	2	3
Sensível ao toque	0	1	2	3
De rachar	0	1	2	3
Cansativa-esgotante	0	1	2	3
Tipo Náusea	0	1	2	3
Assustadora	0	1	2	3
Castigadora-Cruel	0	1	2	3

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**.

**C. INTENSIDADE ACTUAL DA DOR – Escolha uma das seguintes respostas**

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

Dor IV

POR FAVOR RESPONDA A DUAS QUESTÕES PRELIMINARES:

1. Algumas questões deste questionário referem-se a um “outro significativo” que deverá corresponder a uma pessoa que lhe seja próxima e significativa, e com a qual se pode relacionar regularmente ou não. É importante que identifique alguém como o seu “outro significativo”. Indique em baixo por favor:

- Cônjuge Companheiro(a)/namorado(a) Amigo(a) Vizinho(a) Companheiro(a) de Casa
- Pai/Mãe/Filho(a)/outro parente Outro:
-

2. Vive actualmente com esta pessoa? Sim Não

A partir deste momento, sempre que responder a questões que digam respeito ao seu “outro significativo”, por favor tenha em conta a pessoa que indicou previamente.

A.

Nas próximas questões ser-lhe-á pedido para descrever a sua dor e a forma como ela afecta a sua vida diária. Leia atentamente cada uma e assinale o número que melhor representa o seu caso.

1. **Classifique o nível de intensidade de dor no momento presente**

0 1 2 3 4 5 6

Sem Dor

Dor muito Intensa

2. **De uma forma geral, qual o grau de interferência da dor nas suas actividades diárias?**

0 1 2 3 4 5 6

Sem Interferência

Máxima Interferência

3. Como avalia o grau de interferência da dor na sua actividade profissional, desde o momento em que ela surgiu?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Mudança

Mudança Extrema

----- Assinale com um X, se se reformou por motivos que não o seu problema de dor

4. De que forma a dor alterou o nível de satisfação/prazer que habitualmente retira da participação em actividades sociais e recreativas?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Mudança

Mudança Extrema

5. Qual o nível de suporte ou ajuda obtém do seu outro significativo em relação à dor?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Suporte

Suporte Máximo

6. Por favor assinale o estado do seu humor durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6

Extremamente Baixo

Extremamente Alto

7. Em média, qual o grau de severidade da dor na última semana?

0 1 2 3 4 5 6

Nada Severa

Extremamente Severa

8. De que forma a dor alterou a sua capacidade para participar em actividades recreativas e outras actividades sociais?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Mudança

Mudança extrema

9. De que forma a dor alterou o nível de satisfação que habitualmente retira das suas actividades com familiares?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Mudança

Mudança extrema

10. Qual o grau de preocupação do seu “outro significativo” consigo, em relação à dor?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Preocupação

Máxima Preocupação

11. Como classifica o grau de controlo que tem sobre a sua vida, tendo em conta a última semana?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Controlo

Máximo Controlo

12. Qual o grau de sofrimento que experiencia com a sua dor?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Sofrimento

Sofrimento Extremo

13. Qual o grau de mudança no seu casamento e outras relações familiares provocada pela dor?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Mudança

Mudança Extrema

14. De que forma a dor alterou o nível de satisfação ou prazer que habitualmente retira da sua actividade profissional?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Mudança

Mudança Extrema

----- Assinale com um X, se não exerce no momento nenhuma actividade profissional

15. Qual o grau de atenção prestada à dor pelo seu outro significativo?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Atenção

Atenção Extrema

16. Como classifica a sua capacidade para lidar com os seus problemas, na última semana?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Capacidade

Capacidade Máxima

17. De que forma a dor alterou a sua capacidade para realizar tarefas domésticas?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Mudança

Mudança Extrema

18. Por favor assinale o seu nível de irritabilidade durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6

Nada Irritada

Extremamente Irritada

19. De que forma a dor alterou as suas amizades para além da sua família?

0 1 2 3 4 5 6

Sem Mudança

Mudança Extrema

20. Por favor assinale o seu nível de ansiedade ou tensão durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6

Nada ansiosa ou tensa

Extremamente ansiosa ou tensa

B. Com as próximas questões pretendemos perceber como é que o seu “outro significativo” reage quando se encontra com dor. Para cada questão, assinale o número que corresponde à frequência com que o seu outro significativo responde da forma enunciada.

1. **Ignora**

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

2. **Pergunta como é que me pode ajudar**

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

3. **Lê para mim**

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

4. **Expressa irritação**

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

5. **Assume os meus trabalhos ou responsabilidades**

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

6. **Fala sobre qualquer outra coisa para me distrair da dor.**

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

7. Expressa frustração

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

8. Tenta que eu descanse

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

9. Tenta que eu me envolva em alguma actividade

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

10. Expressa raiva

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

11. Traz a medicação

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

12. Encoraja-me a ter um hobby

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

13. Traz alguma coisa para eu beber ou comer

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Muito Frequentemente

14. Liga a televisão para eu me distrair da dor

