

**CRENÇAS E PERCEPÇÕES RELACIONADAS À EXPERIÊNCIA DE
MULHERES COM DOR ASSOCIADA AO INTERCURSO SEXUAL: UM
ESTUDO QUALITATIVO**

ANDRESA AGUIAR DOS SANTOS

**CRENÇAS E PERCEPÇÕES RELACIONADAS À EXPERIÊNCIA DE
MULHERES COM DOR ASSOCIADA AO INTERCURSO SEXUAL: UM
ESTUDO QUALITATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do Curso de
Fisioterapia, como cumprimento parcial
das exigências para conclusão do curso.

Orientador: Prof^o. Dr. Felipe José Jandre
dos Reis

Co-orientadora: MSc. Michele Souza
Menezes Autran

Rio de Janeiro

2023

CIP - Catalogação na Publicação
Bibliotecária: Alane Elias Souza – CRB7 6321

S237c Santos, Andresa Aguiar dos
Crenças e Percepções Relacionadas à Experiência de
Mulheres com Dor Associada ao Intercurso Sexual : Um Estudo
Qualitativo / Andresa Aguiar dos Santos - Rio de Janeiro,
2023.

59 f. : il.

Orientação: Felipe José Jandre dos Reis.

Coorientação: Michele Souza Menezes Autran.

Trabalho de conclusão de curso (graduação), Bacharelado
em Fisioterapia, Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Rio de Janeiro, Campus Realengo, 2023.

1. Dor Sexual. 2. Disfunção Sexual Feminina. 3. Pesquisa
Qualitativa. 4. Fisioterapia em Saúde da Mulher. I. Reis, Felipe
José Jandre dos, orient. II. Autran, Michele Souza Menezes,
coorient. III. Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Rio de Janeiro. IV. Título.

CDU 615.8

IFRJ - CAMPUS REALENGO
2º SEMESTRE/2023

ANDRESA AGUIAR DOS SANTOS

**CRENÇAS E PERCEPÇÕES RELACIONADAS À EXPERIÊNCIA DE
MULHERES COM DOR ASSOCIADA AO INTERCURSO SEXUAL: Um
estudo qualitativo**

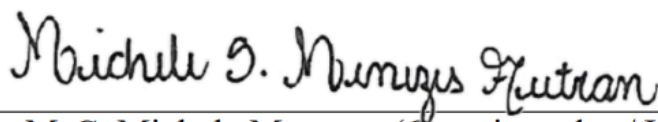
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do Curso de Fisioterapia, como cumprimento parcial das exigências para conclusão do curso.

Aprovada em 17 de novembro de 2023
Conceito: 10 (Dez)

Banca Examinadora



Prof. Dr. Felipe José Jandre dos Reis (Orientador/IFRJ)



Profa. MsC. Michele Menezes (Co-orientador / UNISUAM)

Documento assinado digitalmente

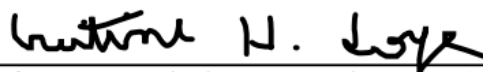


SUSANA ENGELHARD NOGUEIRA

Data: 30/11/2023 13:15:34-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Profa. Dra. Susana Engelhard Nogueira (IFRJ)



Profa. Dra. Cristine Homsi Jorge (USP-RP)

AGRADECIMENTOS

Não poderia iniciar esses agradecimentos de forma diferente, pois devo à minha mãe minha eterna gratidão. Seu apoio incondicional, amor e incentivo foram essenciais e serviram de alicerce para as minhas realizações. Seu exemplo de vida é minha inspiração e motivação para buscar sempre o melhor.

Aos meus orientadores, MSc. Michele Menezes e Prof. Dr. Felipe Reis, gostaria de agradecê-los pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho, fornecendo orientações valiosas e contribuindo para seu desenvolvimento. Sua competência e disponibilidade foram primordiais. Em especial ao professor Felipe, sou grata pela confiança depositada na minha proposta de projeto, pela orientação acadêmica, apoio, ajuda, pela paciência e empenho com o qual guiou o meu aprendizado. Obrigada por me manter motivada durante todo o processo.

A todos os meus queridos amigos, que sempre estiveram ao meu lado, particularmente Camila, Brenda, Paloma e Juliana, meus sinceros agradecimentos. Vocês desempenharam um papel significativo no meu crescimento, obrigada pelo apoio, companheirismo, amor e assistência inabaláveis.

Aos professores que me acompanharam ao longo do curso e que, com comprometimento, se dedicam à arte de ensinar.

Por fim, agradeço a todos os profissionais, pesquisadores e estudiosos que contribuíram com seus trabalhos e estudos para a fundamentação teórica deste TCC.

CRENÇAS E PERCEPÇÕES RELACIONADAS À EXPERIÊNCIA DE MULHERES COM DOR ASSOCIADA AO INTERCURSO SEXUAL: UM ESTUDO QUALITATIVO

RESUMO

Introdução: A dor sexual ainda é pouco explorada na literatura, principalmente relacionada a experiência de dor, crenças e a relação com os profissionais.

Objetivo: Investigar a experiência de mulheres com dor sexual considerando diferentes aspectos do modelo biopsicossocial. **Método:** Estudo qualitativo composto por mulheres com dor sexual. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com perguntas abertas. Para avaliar a função sexual foi utilizado o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF). A análise qualitativa foi realizada através do *Taguette*. A análise temática dos dados considerou: 1) leitura inicial; 2) identificação preliminar de códigos; 3) alocação dos códigos nos temas; 4) revisão de temas; 5) alocação dos temas em categorias; 6) síntese final do estudo. **Resultados:** O estudo foi composto por 31 mulheres com média de idade de 29 (DP=9,72) anos e média de 53 (DP=41,93) meses de duração da dor. A pontuação média no IFSF foi de 19,71 pontos. As experiências das participantes foram agrupadas nos temas: (1) histórico de dor sexual; (2) experiência de viver com dor; (3) crenças; (4) comportamento; (5) busca por ajuda; (6) tratamentos; (7) relação com profissionais da saúde; (8) facilitadores e barreiras e (9) expectativas. **Conclusão:** A dor sexual pode começar na primeira experiência sexual e persistir ao longo da vida prejudicando o bem-estar pessoal e a relação conjugal. As participantes apontaram múltiplas causas para a dor e adotaram várias estratégias como adaptações, uso de recursos e a evitação. As explicações para dor envolveram alterações biológicas, condições clínicas e fatores psicológicos. Condições financeiras adequadas facilitaram o acesso ao tratamento, enquanto vergonha e restrições econômicas foram as principais barreiras.

Palavras-chave: Pesquisa qualitativa; dor; percepção.

BELIEFS AND PERCEPTIONS RELATED TO THE EXPERIENCE OF WOMEN WITH PAIN ASSOCIATED WITH SEXUAL INTERCOURSE: A QUALITATIVE STUDY

ABSTRACT

Introduction: Sexual pain is still little explored in the literature, mainly related to the experience of pain, beliefs and relationship with professionals. **Objective:** To investigate the experience of women with sexual pain considering different aspects of the biopsychosocial model. **Method:** Qualitative research composed of women with sexual pain. Semi-structured interviews with open questions were carried out. To assess sexual function, the Female Sexual Function Index (FSFI) was used. A qualitative analysis was carried out using Taguette. The data thematic analysis was: 1) initial reading; 2) preliminary identification of codes; 3) allocation of codes to themes; 4) review of themes; 5) allocation of themes into categories; 6) summary of the study. **Results:** The study consisted of 31 women with a mean age of 29 (SD=9,72) years and an average of 53 (SD=41.93) months of pain duration. The average score on the FSFI was 19,71 points. The participants' experiences were grouped into the following themes: (1) history of sexual pain; (2) experience of living with pain; (3) beliefs; (4) behavior; (5) coping; (6) treatments; (7) relationship with health professionals; (8) facilitators and barriers and (9) expectations. **Conclusion:** Sexual pain can begin at the first sexual experience and persist throughout life, damaging personal well-being and the marital relationship. Participants identified multiple causes for pain and adopted various strategies such as adaptations, use of resources and avoidance. Explanations for pain involved biological changes, clinical conditions and psychological factors. Financial conditions facilitated access to treatment, while shame and economic restrictions were the main barriers.

Keywords: Qualitative research; pain; perception.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 MATERIAIS E MÉTODOS	9
2.1 ASPECTOS ÉTICOS	9
2.2 DESENHO DO ESTUDO	9
2.3 LOCAL DO ESTUDO	10
2.4 RECRUTAMENTO E AMOSTRAGEM	10
2.5 COLETA DE DADOS	11
2.6 ANÁLISE DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA	12
3 RESULTADOS	13
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	13
3.2 ANÁLISE QUALITATIVA	16
3.2.1 Tema 1: Histórico de dor sexual	16
3.2.2 Tema 2: Experiência de viver com dor	17
3.2.3 Tema 3: Crenças	18
3.2.4 Tema 4: Comportamento	19
3.2.5 Tema 5: Busca por ajuda	20
3.2.6 Tema 6: Tratamento	21
3.2.7 Tema 7: Relação com profissionais da saúde	22
3.2.8 Tema 8: Facilitadores e barreiras	23
3.2.9 Tema 9: Expectativas	23
4 DISCUSSÃO	31
4.1 PRINCIPAIS RESULTADOS DO ESTUDO	31
4.2 COMPARAÇÃO COM A LITERATURA	32
4.3 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	34
4.4 RECOMENDAÇÕES PARA PRÁTICA CLÍNICA E PARA PESQUISAS FUTURAS	34
5 CONCLUSÃO	36
6 APÊNDICES	37

6.1 APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	37
6.2 APÊNDICE 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA	39
6.3 APÊNDICE 3: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	42
7 ANEXOS	45
7.1 ANEXO 1: ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (IFSF)	45
8 BIBLIOGRAFIA	52

1 INTRODUÇÃO

A resposta sexual humana é resultado de complexas interações biológicas, sociais, psicológicas e relacionais, que variam de acordo com fatores individuais, culturais, temporais, circunstanciais e ambientais (Abreu, 2018; Clayton; Juarez, 2019). O termo disfunção sexual feminina (DSF) engloba diversas condições de saúde que interferem na resposta e na experiência do prazer sexual (APA, 2014; Faubion; Rullo, 2015; Verbeek; Hayward, 2019). A DSF é um problema de saúde que impacta profundamente a vida sexual e reprodutiva das mulheres em todo o mundo (Faubion; Rullo, 2015; Mccool-Myers *et al.*, 2018). A DSF é mais prevalente em mulheres em idade reprodutiva e sua prevalência aumenta com a idade e o baixo nível educacional (Abdo *et al.*, 2004; Wolpe *et al.*, 2017). Atualmente, se considera que na DSF nem sempre é possível determinar um fator etiológico claro devendo, assim, ser considerada uma condição de saúde de origem multifatorial (Abreu, 2018; Clayton; Juarez, 2019).

A classificação da DSF considera o momento de falha da fase da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo ou resolução) e inclui o Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino, Transtorno do Orgasmo Feminino e Transtorno da Dor Gênitopélvica/Penetração (APA, 2014; Faubion; Rullo, 2015; Abreu, 2018). O Transtorno do Interesse/Excitação Sexual Feminino é caracterizado por ausência ou diminuição do interesse ou excitação (APA, 2014; Faubion; Faubion, 2015; Clayton; Juarez, 2019). O Transtorno do Orgasmo Feminino inclui frequência reduzida, retardo ou ausência do orgasmo, ou intensidade diminuída de sensações orgásticas em todas ou quase todas as relações sexuais (APA, 2014; Clayton; Juarez, 2019). O Transtorno da Dor Gênitopélvica/Penetração consiste em dor persistente ou recorrente nos últimos seis meses e inclui vaginismo e dispareunia (APA, 2014; Clayton; Juarez, 2019). O Transtorno da Dor Gênitopélvica/Penetração é representado por quatro dimensões sintomatológicas incluindo a dificuldade em ter relações sexuais penetrativas, dor gênitopélvica, medo da dor ou de penetração vaginal e tensão dos músculos do assoalho pélvico (MAPs) (APA, 2014; Faubion; Rullo, 2015; Clayton; Juarez, 2019).

As crenças mal adaptativas, assim como os pensamentos negativos sobre a disfunção de dor sexual, podem colaborar para a manutenção da experiência de dor, por aumento dos sintomas de ansiedade e desenvolvimento de comportamentos protetivos (estratégias de evitação), seja por dor ou por medo da dor (Anderson *et al.*, 2016; Burri; Hilpert; Williams, 2020). Um modelo que pode ser aplicado para compreender a interação entre dor sexual, medo relacionado à dor e comportamentos protetivos é conhecido como modelo medo-evitação da dor (Thomtén; Linton, 2013; Dias-Amaral; Marques-Pinto, 2018). Este modelo sugere que a dor pode ser interpretada como uma ameaça à integridade corporal, o que pode levar as pessoas a priorizar o controle da sua dor em vez de alcançar outros objetivos de vida valiosos, iniciando um ciclo vicioso de aumento do medo, catastrofização da dor, hipervigilância e comportamento de evitação/fuga, eventualmente levando ao desuso/incapacidade/depressão e aumento da dor (Basson, 2012; Thomtén; Linton, 2013; Anderson *et al.*, 2016; Dias-Amaral; Marques-Pinto, 2018).

Dada a complexidade da experiência da dor sexual, deve haver um esforço da comunidade acadêmica para providenciar estudos que se dediquem à exploração geral do tema com vistas à contribuições à prática clínica. Este estudo buscou investigar percepções relacionadas à história, experiência, crenças, comportamentos, busca por serviços de saúde, relação com os profissionais de saúde e expectativas futuras de mulheres com dor sexual.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) (CAAE 64505922.9.0000.5268). Todas as voluntárias foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

2.2 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo se caracteriza como sendo do tipo qualitativo utilizando descrição interpretativa. A pesquisa qualitativa tem por objetivo compreender perspectivas e experiências de indivíduos ou grupos, além dos contextos nos quais tais perspectivas e experiências estão inseridas (O'Brien *et al.*, 2014) contribuindo para a descrição, interpretação e desenvolvimento de teorias de fenômenos sociais (Colorafi; Evans, 2016). A descrição interpretativa representa uma metodologia de análise indutiva, desenvolvida com o objetivo de compreender fenômenos relacionados à saúde humana e a experiência da doença (Thorne; Kirkham; Macdonald-Emes, 1997). O método se propõe a aprimorar a compreensão das complexidades inerentes aos ambientes de saúde. O conhecimento teórico e clínico prévio é valorizado como ponto de partida para a investigação na descrição interpretativa, embora possa ser desafiado e desenvolvido à medida que a investigação avança. A premissa da descrição interpretativa é que ela aborde a compreensão de que as experiências humanas são compostas de complexas interações entre fenômenos psicossociais e biológicos. (Burdine; Thorne; Sandhu, 2021)

Os resultados obtidos podem facilitar a compreensão sobre eventos relacionados a maneira como pessoas se sentem sobre um determinado espaço, ou quais as motivações que elas têm para usar recursos do espaço, quais são os usuários de serviços ou funções de um espaço e até barreiras e facilitadores para o uso (O'Brien *et al.*, 2014; Colorafi; Evans, 2016). Os métodos do estudo seguiram os critérios estabelecidos pelo *Consolidated*

Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007) e o *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR) (O'Brien *et al.*, 2014), que contém uma síntese dos padrões e recomendações para pesquisa qualitativa.

2.3 LOCAL DO ESTUDO

As entrevistas foram realizadas de maneira individual, utilizando um roteiro semiestruturado, via *web* conferência, por meio da plataforma *Google Meet*®. O convite e agendamento das participantes ocorreu via comunicação eletrônica (*e-mail* ou telefone) por uma única avaliadora. Durante as entrevistas, as participantes dispuseram de total autonomia nas suas respostas, com a avaliadora intervindo apenas para fornecer esclarecimentos, quando necessário.

2.4 RECRUTAMENTO E AMOSTRAGEM

O recrutamento das voluntárias foi realizado por meio de divulgação orgânica em mídias sociais como *Instagram*, *Facebook* e *WhatsApp*. Os critérios de inclusão foram: mulheres cisgênero que experienciam dor antes, durante ou após o intercuro sexual por no mínimo três meses, ter dor limitada ao intercuro sexual, idade igual ou superior a 18 anos, ter ou tentar ter relações sexuais penetrativas vaginais nos últimos três meses. Não foram considerados elegíveis para o estudo participantes que relataram diagnóstico ou que estavam em tratamento de infecção vulvovaginal ativa, que estivessem grávidas e que apresentassem diagnóstico de distúrbios psiquiátricos graves, déficits cognitivos ou distúrbios da comunicação com potencial limitação de comunicação durante a entrevista que inviabilizasse a coleta de dados e impossibilitasse de realizar a entrevista por meio de vídeo chamada. A amostragem intencional foi empregada para recrutar participantes que experienciavam dor sexual, mas que variavam em características e em suas experiências individuais, suficientes para permitir a obtenção e análise de dados relevantes. (Creswell; Miller, 2000; Burdine; Thorne; Sandhu, 2021)

2.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início em janeiro de 2023 e foi encerrada em abril de 2023. As descrições experienciais das participantes foram obtidas por meio da realização de entrevistas individuais semiestruturadas. Foi utilizado um guia de entrevista contendo perguntas abertas e flexíveis, permitindo que as participantes compartilhassem livremente suas ideias. O roteiro para entrevista foi desenvolvido pela equipe de pesquisa adaptado de Singh *et al.* (2018). Isto informou a base e o limite do foco, avançando para a análise de acordo com a descrição interpretativa (Thorne; MacDonald-Emes, 1997). Para garantir a compreensão das questões e os refinamentos adicionais, as perguntas foram submetidas inicialmente a 10 mulheres cujas respostas não foram incluídas no estudo. O roteiro foi composto por perguntas abertas e incluiu: história, experiência, crenças, comportamentos, busca por serviços de saúde, relação com os profissionais de saúde e expectativas futuras (APÊNDICE 2).

A entrevista foi finalizada após a participante responder se ele gostaria de incluir qualquer outra informação que não tenha sido abordado ou discutido durante a coleta. Para fins de imparcialidade, não houve qualquer relação entre a pesquisadora e as participantes. Todas as entrevistas foram gravadas por um equipamento de áudio para transcrição e análise de dados. A autorização para gravação foi solicitada antes do início de cada entrevista. A duração da entrevista foi de aproximadamente 45 a 60 minutos. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra com o auxílio do *software Transkriptor*. O produto final da transcrição pelo *software* foi revisado pela pesquisadora (AAS) para correção de possíveis erros, a revisão foi realizada através da leitura e releitura da transcrição com a escuta dos áudios da entrevista.

Com o objetivo de caracterizar a amostra, foram coletados os seguintes dados: (1) sociodemográficos (idade, orientação sexual, estado civil, ocupação/profissão, escolaridade) por meio de um formulário *online* elaborado no *Google Forms*, (2) características da dor (histórico sexual, duração e frequência da dor, localização) e (3) função sexual (APÊNDICE 3). A localização da dor foi coletada com a participante indicando a região da dor utilizando uma figura representativa da região do períneo. A função sexual foi avaliada por meio do Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) (*Female Sexual*

Function Index) (ANEXO 1). O IFSF consiste em um instrumento específico e multidimensional para avaliar a saúde sexual global da mulher através de seis domínios: desejo, excitação; lubrificação; orgasmo; satisfação; dor ou desconforto (Thiel *et al.*, 2008). A versão brasileira deste questionário foi traduzida e validada por Thiel *et al.* (2008). O questionário é composto por 19 questões que são distribuídas em seis (06) domínios da resposta sexual (Thiel *et al.*, 2008; Ferrari *et al.*, 2020). A pontuação final é obtida a partir da soma dos escores ponderados de cada domínio do questionário, que, para obtenção, deve ser realizada a soma dos itens de cada domínio, seguido pela multiplicação dos respectivos fatores (Thiel *et al.*, 2008; Ferrari *et al.*, 2020). Para o IFSF, pontuações iguais ou abaixo de 26 representam risco aumentado para disfunção sexual (Thiel *et al.*, 2008; Ferrari *et al.*, 2020).

2.6 ANÁLISE DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados textuais (transcrições das entrevistas) foram analisados utilizando análise temática. As transcrições foram seguidas por análise temática dos dados conforme proposto por Braun e Clarke (2006), considerando a seguinte sequência: 1) leitura inicial; 2) identificação preliminar de códigos; 3) alocação dos códigos nos temas; 4) revisão de temas; 5) alocação dos temas em categorias; 6) síntese final do estudo. Cada transcrição foi analisada com auxílio do *software Taguette*, auxiliar no gerenciamento e codificação dos dados.

Os dados quantitativos utilizados para caracterização da amostra foram tabulados em uma planilha eletrônica e, em seguida, analisados com auxílio do *software JASP* 0.14.1.0. Os resultados das análises estão apresentados pelas análises de frequência, tendência central e dispersão.

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram realizadas 34 entrevistas, sendo que três participantes foram excluídas por relatarem que não realizaram tentativas de atividade sexual com penetração nos últimos três meses anteriores à entrevista. A amostra final foi composta por 31 participantes com média de idade de 29 anos (DP= 9,72). A massa corporal média reportada das participantes foi de 63,3 (DP=10,62) kg e a estatura de 1,65 (DP= 0,07) metros. A frequência de relação sexual das participantes foi caracterizada em 19,3% (n=6) não realiza nenhuma vez por semana, 71% (n=22) realiza de uma a três vezes por semana, 3,2% que realiza quatro vezes por semana (n=1) e 6,5% que realiza de uma a duas vezes por mês (n=2). A média de tempo decorrido da primeira relação sexual com penetração foi de 131 (DP=121,92) meses (Tabela 1).

O local de dor sexual mais frequente reportado pela amostra foi o canal vaginal 46% (n=28), seguido por vestibulo da vagina 36% (n=22), pequenos lábios 8% (n=5), monte de vênus 5% (n=3), grandes lábios 3% (n=2) e clitóris 2% (n=1). A média do tempo de dor durante a penetração sexual foi de 53 (DP= 41,93) meses. A pontuação média no IFSF foi de 19,7 (DP=3,45) pontos. A pontuação média resultante de cada domínio do IFSF foi de 4,3 para desejo, 3,2 para excitação, 3,6 para lubrificação, 3,4 para orgasmo, 3,2 para satisfação, enquanto que dor e desconforto foi o domínio com o menor score, apresentando média de 2 pontos. Quanto ao uso de medicação diária, 16% (n=5) das participantes realizam a administração de algum medicamento com ação analgésica. Quanto à intensidade da dor, a média da dor mais intensa durante a relação foi de 8,2 (DP=2,01), da dor mais intensa após a relação sexual 4,9 (DP=3,03), a dor menos intensa durante a relação sexual de 4,3 (DP=2,95), dor menos intensa após a relação de 2,9 (DP= 2,1), a dor média durante a relação foi de 6,0 (DP=2,34) e a dor média após a relação de 3,7 (DP=2,52).

Tabela 1. Caracterização da amostra

Variáveis	Total
Idade, média (DP) (anos)	29 (9,72)
Escolaridade, n (%)	
Ensino médio completo	8 (25,81)
Ensino superior incompleto	9 (29,03)
Ensino superior completo	12 (38,71)
Mestrado	2 (6,45)
Profissão, n (%)	
Advogada	1 (3,23)
Atriz	1 (3,23)
Autônoma	1 (3,23)
Dona de casa	2 (6,45)
Engenheira agrônoma	1 (3,23)
Estudante	11 (35,48)
Farmacêutica	1 (3,23)
Fisioterapeuta	4 (12,9)
Neuropsicopedagoga clínica	1 (0,3)
Nutricionista	1 (3,23)
Professora	3 (9,68)
Psicóloga	1 (3,23)
Servidora pública	1 (3,23)
Tecnóloga	1 (3,23)
Vendedora	1 (3,23)
Orientação sexual, n (%)	
Bisexual	7 (22,58)
Heterossexual	23 (74,19)
Pansexual	1 (3,23)
Estado civil, n (%)	
Casada	15 (48,39)
Divorciada	1 (3,23)

Solteira	15 (48,39)
Frequência da dor, n (%)	
Nenhuma vez por semana	2 (6,45)
1-3 vezes por semana	13 (41,93)
4-5 vezes por semana	2 (6,45)
A dor varia	1 (3,23)
Em todas as tentativas	12 (38,71)
Prefere não responder	1 (3,23)
Tempo decorrido da primeira relação sexual com penetração, média (DP) meses	
Tempo de dor relacionado a penetração sexual, média (DP) meses	52,64 (41,93)
Acompanhamento profissional para dor, n (%)	
Realiza	12 (38,71)
Não realiza	19 (61,29)
Local da dor, n (%)	
Canal vaginal	28 (45,90)
Clitóris	1 (1,64)
Grandes lábios	2 (3,27)
Monte de vênus	3 (4,92)
Pequenos lábios	5 (8,20)
Vestíbulo da vagina	22 (36,7)
IFSF, média pontos	
Domínio desejo	4,3
Domínio excitação	3,2
Domínio lubrificação	3,6
Domínio orgasmo	3,4
Domínio satisfação	3,2
Domínio dor ou desconforto	2
Pontuação total média (DP)	19,7 (3,45)

Sintomas pós-relação, n (%)	
Cansaço	17 (18,09)
Culpa	8 (8,51)
Desconforto	23 (24,47)
Dor	19 (20,21)
Orgasmo	12 (12,76)
Prazer	15 (15,96)
Diagnóstico clínico, n (%)	
Ansiedade	14 (66,67)
Depressão	6 (28,57)
Síndrome do estresse pós-traumático	1 (4,76)
Evento traumático relacionado à experiência sexual, n (%)	
Não	15 (48,39)
Sim	16 (51,61)

3.2 ANÁLISE QUALITATIVA

As experiências das participantes foram agrupadas em nove temas: (1) histórico de dor sexual; (2) experiência de viver com dor; (3) crenças; (4) comportamento; (5) busca por ajuda; (6) tratamentos; (7) relação com profissionais da saúde; (8) facilitadores e barreiras e (9) expectativas. Dada a complexidade e extensão das experiências relatadas, subtemas emergiram de cada tema para categorizar os relatos (Quadro 1). A Figura 1 apresenta um mapa mental representativo com os principais resultados para cada tema.

3.2.1 Tema 1: Histórico da dor sexual

O tema de histórico de dor sexual pode ser representado pelo subtema história da dor e início da dor. Em geral, as participantes reportam que a experiência da dor já estava presente desde a primeira relação com penetração e outras relataram piora do quadro ao longo da vida.

“Porque eu sempre senti dor, nunca foi uma coisa normal a penetração

para mim. Quando eu entrei na menopausa, aos quarenta e seis anos, ela piorou.” (P20)

3.2.2 Tema 2: Experiência de viver com dor

No tema de experiência de viver com dor foram identificados os seguintes subtemas: características da dor, emoções relacionadas à dor, impactos da dor e pressão sexual. Em relação a descrição da dor, a localização no canal vaginal foi a reportada com maior frequência e a dor descrita como ardência, queimação, sensação de rasgar o tecido.

“A minha dor é insuportável, né? Ela queima ainda na entrada da vagina.” (P20)

As emoções evocadas em relação a experiência de dor foram comumente reportadas como sensação de culpa, frustração e inferioridade.

“Eu me sinto muito mal. Então, eu sei racionalmente que não é minha culpa, mas eu sempre me culpo, né?” (P4)

Os impactos provocados pela dor dizem respeito aos relacionamentos ou envolvimento com parceiros, no próprio ato sexual e na autoconfiança.

“Agora dentro da relação que tem um impacto negativo, não só pra mim, mas como pro meu parceiro também, uma coisa que ambos querem mas que não é confortável pra nenhum dos dois.” (P11)

Outro aspecto frequentemente descrito pelas participantes foi a percepção de se sentirem, de alguma maneira, pressionadas a terem relações sexuais por elas mesmas ou dentro do seu ciclo social.

“Sim, mas é uma pressão minha mesmo, de mim para mim, sabe?” (P2)

3.2.3 Tema 3: Crenças

No tema de crenças foram identificados os subtemas de atribuição de causa para dor sexual, características dos profissionais e melhora da dor. Algumas mulheres atribuem a causa da dor sexual como consequência de traumas ou eventos prévios ocorridos à relação sexual. Algumas participantes não conseguiram definir uma causa específica para a dor sexual. Por outro lado, outras participantes atribuem a manutenção da dor sexual a fatores de ordem física, como presença de disfunção sexual, alteração na lubrificação e uma doença ou mesmo fatores psicológicos.

“Bom, eu acho que é porque eu tenho alguma disfunção sexual, alguma alteração na região.” (P17)

“Foi muito do que eu acabei discutindo na terapia (psicoterapia). [...] teve bastante investigação também com os profissionais para descobrir se tinha alguma coisa que precisaria ser ajustada nos exames ou se era alguma disfunção física.” (P28)

Quando as participantes foram perguntadas sobre quais seriam as características que um profissional de saúde que lida com pessoas com dor sexual deveria apresentar, elas relataram que empatia, paciência, ser compreensível e capacidade de escuta são qualidades importantes.

“Paciência, empatia e isso qualquer profissional, né, no caso.” (P5)

“Eu acho que primeiro é escutar o que o paciente tem a dizer, deixar explicar como ele se sente, deixa eu fazer um ambiente mais acolhedor, escutar primeiro antes de sair falando muitas coisas, acho que é isso, escuta, principalmente.” (P7)

Em relação às crenças sobre a melhora da dor, a maioria das participantes condicionou a resposta à identificação de uma explicação biológica e também atribuíram como melhora a redução na intensidade da dor.

No entanto, algumas participantes já não acreditam que terão melhora da sua dor.

“Acredito que sim, hoje em dia acho que tudo é possível, só precisa identificar a causa que até hoje não foi identificada, então, acredito sim.”
(P3)

“Ah só se for por um milagre. Eu não acredito.” (P26)

3.2.4 Tema 4: Comportamento

No tema de comportamento foram identificados subtemas relacionados ao comportamento do parceiro, comportamento no momento da dor, evitação, estratégias de enfrentamento e conversa sobre os sintomas.

Sobre o comportamento do parceiro relacionado à dor sexual, as participantes citaram que os homens com quem se relacionam reconheciam e compreendiam o problema, assim como forneciam suporte para busca de tratamento. Em alguns casos, foi reportado que o parceiro acreditava ser culpado pela dor sexual ou não fornecia qualquer tipo de suporte.

“Então ele sempre me chamou para procurar um novo profissional e ajuda de outra forma, sempre tenta resolver.” (P3)

A respeito do próprio comportamento das participantes no momento da dor, algumas relataram interromper a relação, mudar de posição ou usar algum recurso como lubrificantes ou continuar mesmo que esteja sentindo dor. Quando perguntadas se elas evitam ter relação sexual com penetração, algumas participantes relataram evitar por conta da dor e do medo da dor, outras tentavam ter a relação mesmo com dor.

“Dou continuidade, às vezes, dependendo da intensidade do dia, usar uma lubrificação a mais, mudar a posição, é isso.” (P2)

“Ai, já evitei, agora ultimamente não, porque eu sei que é assim, eu aceito a realidade e espero o que que acontece depois, mas já teve um período de maior evitação sim.” (P26)

Sobre as estratégias de enfrentamento, as participantes relatam não fazerem nada para lidar com a dor, outras relataram já ter tentado alguns tratamentos como a fisioterapia e uso de analgésicos ou outros recursos como lubrificantes.

“Se tiver muito forte eu só tomo remédio.” (P7)

Em relação aos sintomas, as mulheres relataram que compartilhavam suas experiências principalmente com o parceiro. Algumas pessoas referiram relatar ao profissional de saúde e a outros membros da família. No entanto, uma das participantes relatou que estava falando sobre o assunto pela primeira vez.

“Acho que só com meu namorado e com a minha psicóloga.” (P7)

3.2.5 Tema 5: Busca por ajuda

O tema de Busca por ajuda resultou nos subtemas de busca por informações, busca por profissionais de saúde e tempo que levou para buscar ajuda profissional. Quando perguntadas se já haviam buscado informações sobre dor sexual, as participantes relataram que as principais fontes foram a *internet* e os profissionais de saúde.

“Já, já na internet. Eu leio tudo que eu posso ler, sabe? Na internet, com a fisioterapia, com os médicos.” (P5)

Em relação a quais eram os profissionais de saúde que as mulheres buscavam por conta da sua dor sexual, os médicos ginecologistas foram os mais citados, mas também fisioterapeutas e psicólogos e outras especialidades médicas.

“Desde médico vascular porque suspeitou de varizes, né? Toda a parte ginecológica. Todos, todos, todos. Fisioterapeuta pélvica, tudo isso já entrou.” (P26)

O tempo de busca por ajuda profissional variou entre meses e anos após a primeira experiência de dor sexual.

“Ah, foi acho que depois de uns seis meses mais ou menos, porque eu sempre estive em ginecologista.” (P24)

3.2.6 Tema 6: Tratamento

O tema de tratamento originou outros três subtemas: tratamentos realizados, percepções sobre os tratamentos e resultados dos tratamentos. Em relação aos tratamentos realizados, um relato frequente foi que as participantes não realizam ou não tiveram conhecimento sobre nenhum tratamento específico para dor sexual. Aquelas que relataram ter realizado tratamento citaram fisioterapia, medicamentos, técnicas de relaxamento e massagem.

“O tratamento que eu comecei a fazer foi dilatação, né? Com dilatadores. Eu usei pomadas à base de hormônio, usei antidepressivos, remédios pra dor.” (P17)

Para as participantes que realizaram algum tipo de tratamento, as percepções se dividiram entre satisfação e frustração. Muitas participantes relataram não ter percebido resultado nos tratamentos.

“Eu posso dizer que no caso dos primeiros tratamentos com pomadas ginecológicas não me ajudaram em nada. Agora, a fisioterapia pélvica me ajuda demais porque ajuda a me conhecer como mulher, a me conhecer a parte do meu corpo, a minha parte vaginal e saber onde eu fico mais confortável, posições que eu fico mais confortável, posições que eu fico mais desconfortável, posições que o músculo relaxa mais, outras que não relaxa.” (P6)

3.2.7 Tema 7: Relação com profissionais da saúde

Os subtemas provenientes do tema relação com profissionais da saúde incluíram as experiências com os exames realizados, explicações sobre os exames e as explicações sobre a dor sexual. Quando perguntadas sobre quais os exames que já haviam realizado por conta da dor sexual, as participantes relataram o exame de toque na região genital. As participantes também relataram já ter realizado ultrassom transvaginal e o esfregaço cervicovaginal e colpocitologia oncótica cervical como exames de rotina e acompanhamento. Algumas relataram ter feito ou ter sido solicitada a ressonância magnética.

“Especificamente para a dor sexual não. Eu fiz o Papanicolau de rotina.”
(P10)

Ao realizarem os exames, algumas mulheres relatam não terem sido esclarecidas a respeito dos exames aos quais seriam submetidas.

“Não. Acho que as pessoas, os ginecologistas já pressupõem que a pessoa já sabe, né?” (P22)

As explicações dos motivos para a dor sexual das participantes foram relacionadas a diagnósticos clínicos como endometriose, vaginismo e vulvodínia ou mesmo outros fatores físicos como falta de lubrificação, inflamação ou infecção e hímen complacente. Em alguns casos a dor foi explicada como sendo de origem psicológica ou uma experiência normal da atividade sexual.

“Quando eu usava anticoncepcional, eles falavam que era efeito colateral do anticoncepcional, que é falta de libido, falta de lubrificação, que podia doer mesmo.” (P1)

“A primeira que não era dor né, que eu estava sentindo era prazer e a outra que podia ser psicológico que não era vaginismo, não tem um diagnóstico.” (P15)

3.2.8 Tema 8: Facilitadores e barreiras

Neste tema foram identificados os principais facilitadores e as barreiras para o tratamento. Em relação aos facilitadores, o papel do profissional de saúde no tratamento da dor foi relatado com frequência pelas participantes. Outros relatos incluíram a condição financeira e o acesso à informação como facilitadores para o acesso ao tratamento.

“Você tendo condições financeiras ou digamos assim, se você está no momento certo, na hora certa, com o profissional certo vai tudo vai dar certo.” (P14)

Já em relação às barreiras para o tratamento, o sentimento de vergonha, a falta de informações sobre dor sexual e as condições financeiras foram relatos de algumas participantes.

“Eu acho que, assim, falando de mim, olhando para mim, seria meio a vergonha.” (P11)

3.2.9 Tema 9: Expectativas

Quando perguntadas se as consultas e o contato com os profissionais de saúde atenderam às expectativas, algumas mulheres relataram frustração. Outras atrelaram as suas expectativas a receber um diagnóstico clínico.

“Não, porque a minha expectativa era chegar e ter um diagnóstico de alguma coisa, então assim querendo ou não, não supriu, me ajudou, mas não supriu.” (P30)

Em relação às expectativas futuras, diversos relatos foram para a melhora ou alívio da dor sexual. No entanto, algumas mulheres não têm expectativa de melhora no futuro.

“Igual eu me vejo hoje assim, eu não acho que isso vá mudar não, não tenho essa expectativa, sabe? De mudança não.” (P1)

Quadro 1. Resultados da análise das entrevistas das pacientes com dor sexual.

Tema	Subtema	Codificação	Exemplos
Histórico de dor sexual	Início da dor	- Primeira relação sexual - Piora ao longo da vida	<i>“Então, eu sempre senti dor, sempre, sempre, desde a primeira relação eu sempre senti dor.” (P9)</i> <i>“Infelizmente eu tenho dor na relação desde o início, desde que eu comecei a minha vida sexual.” (P12)</i>
Experiência de viver com dor	Características da dor	- Localização - Qualidade	<i>“É na entrada do canal vaginal e é uma dor com ardência.” (P1)</i> <i>“Olha, ela é uma queimação, é uma queimação assim, e às vezes eu sinto quando eu fico muito tensa, tipo, eu sinto pontada também.” (P9)</i>
	Emoções Relacionadas	- Culpa - Frustração	<i>“Eu me sinto um pouco mal, até porque tipo, eu queria conseguir fazer as coisas que todo mundo faz, mas eu não consigo.” (P8)</i> <i>“Ah, é muito frustrante, porque eu não consigo satisfazer meu marido do jeito que é pra ser satisfeito.” (P10)</i> <i>“Nossa eu me sinto péssima. [...] parece que eu sou menos mulher, sabe?” (P25)</i>
	Impactos da Dor	- Relacionamentos - Autoconfiança.	<i>“Afeta meu relacionamento, né? Principalmente, afeta a forma como meu namorado me vê e a forma como eu me vejo, né?” (P4)</i> <i>“A minha intimidade, sabe, com o parceiro. Impacta o nosso dia a dia, eu não consigo assim, ter relação com penetração.” (P9)</i> <i>“Olha, acho que impacta mais em relação até um pouco de autoconfiança, de tranquilidade, de ansiedade, muita ansiedade também querendo ou não interfere um pouco no relacionamento e um pouco no parceiro também.” (P28)</i> <i>“Às vezes eu não quero ter relações porque eu fico com medo de doer.” (P31)</i>

	Pressão	<ul style="list-style-type: none"> - Pressão pessoal - Pressão social 	<p><i>“Sim. Por mais que ele entenda eu me cobro.” (P12)</i></p> <p><i>“No meio, assim de amizade, às vezes pelas conversas, um pouco, mas pelo relacionamento nunca.” (P31)</i></p>
Crenças	Atribuição de Causa para Dor Sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Traumas prévios - Causa inespecífica - Fatores físicos - Fatores psicológicos 	<p><i>“Eu acho que foi por conta desse trauma da minha primeira vez, né? Que levou a ter medo. [...] Então, eu acho que medo, muito medo, me deixa tensa.” (P8)</i></p> <p><i>“E também algumas vezes a lubrificação que é insuficiente e aí pode ser que que atrapalhe.” (P19)</i></p> <p><i>“É porque eu fiz todos os exames necessários, por mais desconfortáveis que tenham sido, e daí eu descobri que realmente não é uma questão física, né?” (P21)</i></p>
	Características dos Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Empatia e paciência. - Capacidade de escuta - Acolhimento - Compreensão. 	<p><i>“Acho que humanidade. De uma forma geral, assim, ter mais empatia, né?” (P4)</i></p> <p><i>“Ser compreensível também é bem importante, ter uma escuta também.” (P11)</i></p> <p><i>“Olha, eu acho que precisa ser um profissional mais acolhedor, um profissional que tem uma boa escuta né?” (P19)</i></p> <p><i>“Ter essa escuta que é muito importante e não subestimar o quadro.” (P26)</i></p>
	Melhora da Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de causa biológica. - Esperança - Ceticismo sobre a melhora. 	<p><i>“Acredito que eu consiga melhorar, mas não sei se um dia eu vou ficar sem dor.” (P12)</i></p> <p><i>“Eu quero acreditar. Eu tenho esperança que sim.” (P22)</i></p>
	Comportamento do Parceiro	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte - Culpa 	<p><i>“Ele se sente culpado. Ele acha que está causando a dor.” (P4)</i></p> <p><i>“Ele é super tranquilo, quando eu falo que eu estou sentindo a dor ele para e ele mesmo vai me ajudando.” (P6)</i></p>

Comportamento			<p><i>"Ele é maravilhoso, super tranquilo. Se eu falar estou com dor, ele para na hora." (P8)</i></p> <p><i>"Não, ele é super compreensivo, ele tem sido super assim durante todo o seu tempo, assim." (P10)</i></p>
	Comportamento no momento da dor	<ul style="list-style-type: none"> - Interrupção / - Adaptação - Evitação 	<p><i>"Dou continuidade, às vezes, dependendo da intensidade do dia, usar uma lubrificação a mais, mudar a posição, é isso." (P2)</i></p> <p><i>"Eu continuo por um tempo, mas eu tento estimular ele o máximo para acontecer esse finalmente." (P3)</i></p> <p><i>"Eu paro, reclamo e reclamo bastante de dor, e, eu, imediatamente paro." (P16)</i></p> <p><i>"Evito. Porque é ruim. Porque é doloroso." (P22)</i></p>
	Estratégias de enfrentamento	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de recursos - Tratamentos - Não fazer nada 	<p><i>"Geralmente é isso. É o lubrificante." (P1)</i></p> <p><i>"Então, o que eu faço pra lidar com a dor é justamente fazer a fisioterapia pélvica." (P6)</i></p> <p><i>"Se tiver muito forte eu só tomo remédio." (P7)</i></p> <p><i>"Agora, assim, nada, eu to buscando ajuda, sabe?" (P9)</i></p> <p><i>"Não faço nada pra melhorar." (P20)</i></p> <p><i>"É muito importante pra mim que eu tenha preliminares e que eu consiga relaxar o meu corpo." (P22)</i></p>
	Conversa sobre sintomas	<ul style="list-style-type: none"> - Parceiro - Profissionais - Não conversa 	<p><i>"Já. Com o ginecologista e ele sempre fala, usa lubrificante." (P1)</i></p> <p><i>"Eu estou falando pela primeira vez aqui mesmo." (P11)</i></p> <p><i>"Sim, com o meu esposo." (P20)</i></p> <p><i>"Com o meu parceiro, com a terapeuta, minha ginecologista." (P29)</i></p>

Busca por ajuda	Busca por informações	- Internet - Profissionais da saúde	<i>“Assim, eu fiz algumas pesquisas na internet assim que eu passei por isso.” (P11)</i>
	Busca por profissionais de saúde	- Ginecologistas - Fisioterapeutas - Psicólogos	<i>“Procurei o ginecologista, psicóloga, fisioterapeuta pélvica e o endócrino.” (P28)</i>
	Tempo para buscar ajuda	- Tempo variado	<i>“Não me lembro, mais de um ano, depois um ano mais ou menos.” (P7)</i> <i>“Ah, foi acho que depois de uns seis meses mais ou menos, porque eu sempre estive em ginecologista.” (P24)</i> <i>“Muito tempo, acho que por volta de dez anos.” (P29)</i>
Tratamentos	Tratamentos realizados	- Fisioterapia - Medicamentos - Técnicas de relaxamento - Massagem	<i>“Oficialmente, nenhum. Só o relaxamento mesmo.” (P4)</i> <i>“Tirando a questão de passar aquelas pomadinhas ginecológicas [...] o único tratamento, tratamento mesmo que eu fiz e estou fazendo ainda é a fisioterapia pélvica.” (P6)</i> <i>“Eu não realizei nenhum tratamento porque nunca me passaram nada.” (P24)</i>
	Percepções sobre os tratamentos	- Satisfação - Frustração	<i>“Hum, foram várias experiências frustrantes, digamos assim.[...] Muitos deles não funcionaram, eu vi que eu fazia meses de uso de remédio, assim, nenhum resolvia nada.” (P17)</i> <i>“Eu acho que em nada. Não me ajudou.” (P22)</i>
	Experiências com exames e consultas	- Exames realizados - Explicações sobre os resultados	<i>“Eu fiz o transvaginal e o Papanicolau.” (P7)</i> <i>“O papanicolau não. É que já faço tanto tempo.” (P10)</i> <i>“Fiz a coleta de exame para o Papanicolau, a introdução do espécuro, deixa eu ver o que mais, e a transvaginal. Eu vou fazer a ressonância.” (P25)</i>
	Explicações sobre a dor sexual	- Fatores físicos - Psicológico - Experiência normal	<i>“Que poderia ser alguma infecção ali do canal vaginal, por exemplo, candidíase poderia ser uma causa. Eles também deram a lubrificação.” (P3)</i>

Relações com os profissionais de saúde			<p><i>“No início eles achavam que eu tinha endometriose, depois se cogitou que eu tivesse vaginismo, mas no fim das contas, depois de todos os exames que eu fiz da bexiga eles relacionaram ao problema da minha bexiga.” (P12)</i></p> <p><i>“A primeira que não era dor né, que eu estava sentindo era prazer e a outra que podia ser psicológico que não era vaginismo, não tem um diagnóstico.” (P15)</i></p> <p><i>“Que podia ser uma infecção, hímen elástico, podia ser, ela falou sobre ser cisto no ovário, e ela também falou sobre lubrificação.” (P31)</i></p>
Facilitadores e Barreiras	Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> - Profissional de saúde - Condição financeira - Informação 	<p><i>“E um facilitador seria realmente a relação profissional-paciente.” (P19)</i></p> <p><i>“Eu acho que essa que eu falei sobre o que os profissionais deveriam ter, outras coisas que podem facilitar, acho que deveria ter mais divulgação né, sobre o assunto. Ninguém fala sobre isso.” (P22)</i></p>
	Barreiras	<ul style="list-style-type: none"> - Vergonha - Falta de informações 	<p><i>“Primeiro, o acesso a essa informação não é algo que chega pra todo mundo.” (P2)</i></p> <p><i>“Acho que a vergonha, timidez, o não conhecimento sobre o próprio corpo, sobre as causas, não reconhecer que isso é um problema.” (P7)</i></p> <p><i>“Eu acredito que o maior fator limitante é o dinheiro, é o poder financeiro.” (P14)</i></p>
Expectativas	Atendimento das Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> - Atendeu - Não atendeu 	<p><i>“Não, as primeiras de gineco principalmente, antes do diagnóstico não.” (P12)</i></p> <p><i>“Atenderam, atenderam as expectativas sim. Porque já deu um diagnóstico, né?” (P25)</i></p>
	Projeção do quadro	<ul style="list-style-type: none"> - Esperança de melhora - Sem melhora 	<p><i>“Igual eu me vejo hoje assim, eu não acho que isso vá mudar não, não tenho essa expectativa, sabe? De mudança não.” (P1)</i></p>

			<p><i>“Eu me vejo melhorando, porque se Deus quiser eu vou me formar e vou trabalhar e vou pagar o tratamento.” (P2)</i></p> <p><i>“Bem, sem nenhuma dor. Pelo menos fazendo tratamento para que ela melhore.” (P7)</i></p>
--	--	--	---

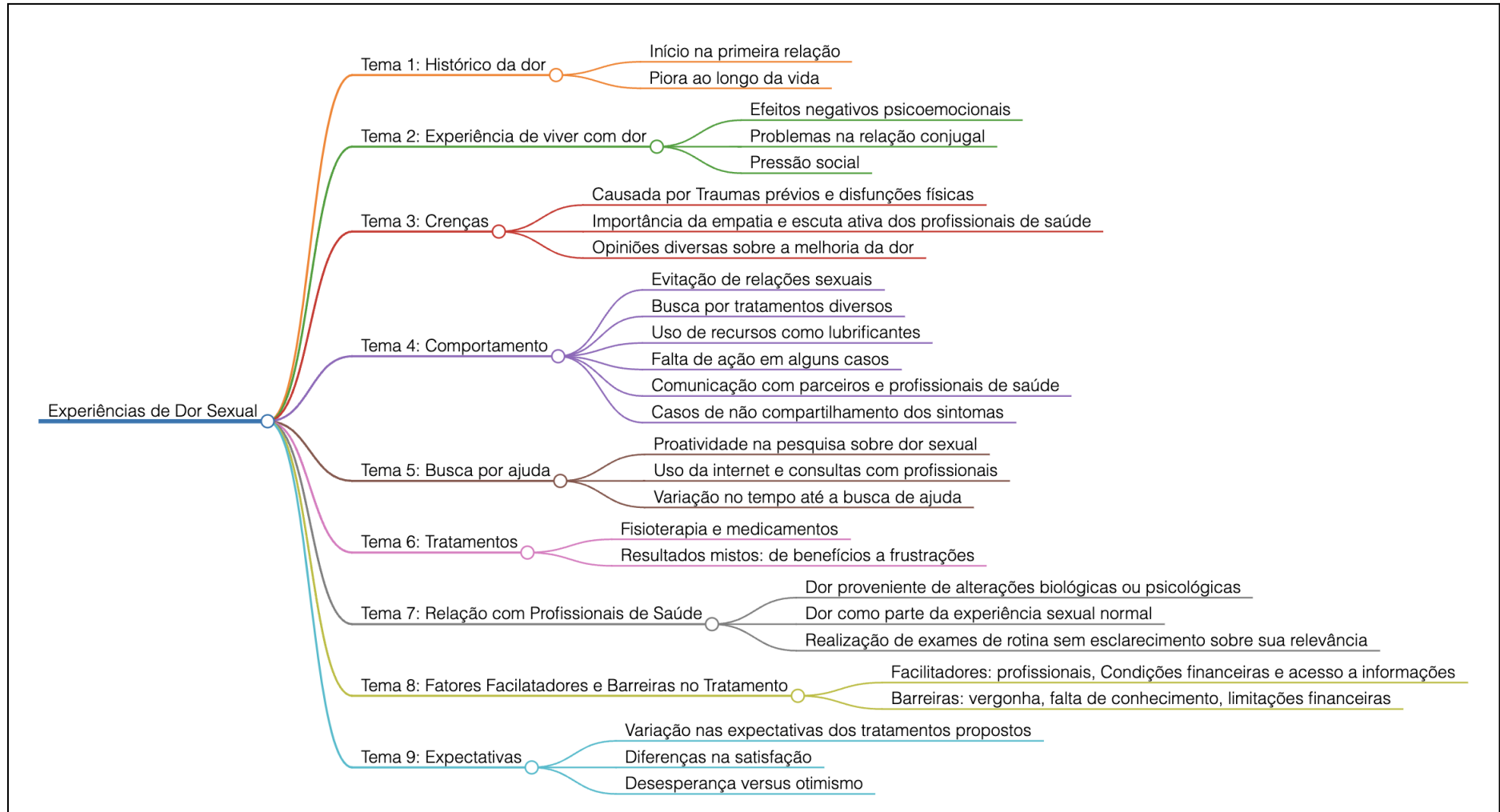


Figura 1. Mapa mental representativo com os principais resultados para cada tema.

Fonte: Da autora, 2023.

4. DISCUSSÃO

4.1 PRINCIPAIS RESULTADOS DO ESTUDO

O objetivo deste estudo foi investigar a experiência de mulheres com dor sexual. A amostra foi composta principalmente por mulheres jovens (média de 29 anos) com dor sexual de intensidade moderada durante a relação sexual (média de 6,0/10,0). As entrevistas com as participantes revelam uma jornada complexa das mulheres com início da dor desde a primeira relação e piora ao longo da vida (Tema 1), com impacto negativo nas dimensões pessoal, conjugal e a pressão social percebida (Tema 2). As mulheres com dor sexual atribuem sua condição a causas diversas, incluindo traumas prévios e disfunções físicas, e enfatizam a necessidade de empatia e escuta ativa por parte dos profissionais de saúde, com opiniões variadas sobre a melhora da dor (Tema 3). O estudo identificou diferentes estratégias de comportamento como a evitação do ato sexual, busca por tratamentos, o uso de recursos (lubrificantes) e a ausência de ação. A comunicação sobre os sintomas ocorre principalmente com parceiros e profissionais de saúde, mas também há relatos de não compartilhamento (Tema 4). As participantes demonstraram proatividade na busca por informações sobre dor sexual, recorrendo principalmente à *internet* e a profissionais de saúde como ginecologistas, fisioterapeutas e psicólogos. O intervalo de tempo até buscar ajuda variou consideravelmente, estendendo-se de alguns meses a anos após as primeiras manifestações de dor (Tema 5). As participantes relataram diversos tratamentos para dor sexual, incluindo fisioterapia e uso de medicamentos, mas as percepções foram mistas, variando entre benefícios e frustrações pela ausência de resultados efetivos (Tema 6). As explicações sobre a dor sexual dadas pelos profissionais estiveram relacionadas principalmente com a presença de uma condição clínica, uma alteração biológica ou uma experiência normal da relação sexual. Foram realizados diferentes exames de rotina, mas sem explicações sobre como os exames poderiam ajudar na investigação da dor sexual (Tema 7). Foi evidenciado que profissionais de saúde atenciosos, condições financeiras adequadas e acesso facilitado a informações são fatores que auxiliam na busca e adesão ao tratamento da dor sexual. Por outro lado,

barreiras como vergonha, falta de conhecimento e restrições financeiras limitam significativamente o tratamento para muitas mulheres (Tema 8). As expectativas em relação ao atendimento com o profissional de saúde variaram significativamente, com maior satisfação das pacientes ao receberem um diagnóstico. A projeção futura também se mostrou dividida, com relatos tanto de desesperança quanto de otimismo condicionado à possibilidade de tratamento (Tema 9).

4.2 COMPARAÇÃO COM A LITERATURA

As participantes do estudo relataram que experienciam dor sexual desde a primeira relação sexual. Este achado está de acordo com a literatura que destaca também que dor pode ser comum em qualquer faixa etária (Brauer *et al.*, 2014; Sutterland, 2014, Parish *et al.* 2019). Foi observado que as participantes relataram explicações biomédicas como alterações anatômicas ou a presença de uma doença para justificar a dor sexual. As explicações biomédicas como infecções, experiências sexuais, estresse, idade, menopausa, cirurgias anteriores, partos vaginais, genética, excesso de sexo, histórico de estupro e discrepância anatômica são as mais citadas como causadoras da dor sexual por mulheres que apresentam este sintoma (Donaldson; Meana, 2011; Piper *et al.*, 2012; Braksmajer, 2018). Essas informações contribuem para crenças mal adaptativas e podem ter sido obtidas na *internet* ou com os próprios profissionais de saúde, uma vez que essas foram as principais fontes de informações relatadas pelas participantes.

A literatura atual destaca que a dor, incluindo a sexual, deve ser considerada como uma experiência dinâmica, multifatorial e dependente do contexto (VAZ *et al.*, 2023). A dor sexual pode estar associada à depressão, pensamentos catastróficos, ansiedade, hipervigilância, autoimagem negativa, baixa autoestima, baixa autoeficácia, e sentimento de culpa (Thomtén; Linton, 2013; Sutterland, 2014; Tayyeb; Gupta, 2021). No presente estudo, a dor sexual apresentou ter impacto emocional negativo gerando frustração, sintomas de ansiedade, culpa e prejuízo nas relações sociais. Apesar da dor ser localizada na região vulvovaginoanal, é importante considerar que a experiência de dor ultrapassa os aspectos físicos, com impactos

psicoemocionais, sexuais e relacionais da vida (Van Der Meijen *et al.*, 2017). As abordagens que reduzem a experiência de dor a fenômenos exclusivamente biomédicos contribuem para maior dependência e utilização dos serviços de saúde (Morasco *et al.*, 2017). Essa abordagem pode resultar em solicitações excessivas de exames de imagem, de prescrição de medicamentos e cirurgias. No presente estudo, foi observado que algumas mulheres relataram ter realizado diversos exames que não contribuíram para explicar a sua dor sexual e tratamentos com percepções mistas entre satisfação e frustração. As diretrizes recentes para avaliação e manejo da dor crônica aconselham o uso criterioso e a contenção na prescrição de medicamentos, exames de imagem e outras intervenções passivas (NICE, 2021).

Parece haver um atraso na procura ou acesso a cuidados em saúde nesta população (Donaldson; Meana, 2011; Mann; Shuster; Moawad, 2013; Thomtén, 2014). As participantes do estudo relataram que demoram para reportar a dor sexual para os profissionais de saúde. Isso pode estar relacionado à algumas barreiras para a busca de tratamento como experiências prévias com profissionais da saúde, receio em ter suas queixas negligenciadas, falta de informação, vergonha, incertezas sobre o tratamento, crença de remissão espontânea da dor e medo do julgamento (Donaldson; Meane, 2011; Thomtén, 2014; Braksmajer, 2018; Muise *et al.*, 2018; Kingsberg *et al.*, 2019; Stein; Sauder; Reale, 2019; Alizadeh; Farnam, 2021). Além disso, o treinamento insuficiente para lidar com pessoas com dor sexual, baixa disponibilidade de ferramentas de avaliação e acompanhamento, diagnósticos incorretos, tratamentos ineficazes e relação terapeuta-paciente inadequada podem contribuir para a descredibilidade nas abordagens e nos profissionais da saúde. As participantes destacaram esperar do encontro terapêutico um diagnóstico correto e recomendação de intervenções eficazes e profissionais de saúde empáticos, pacientes e com disponibilidade para ouvir seus relatos. Essas características também foram relatadas como facilitadoras para o tratamento juntamente com condições financeiras adequadas. Estes achados estão de acordo com a literatura, que destaca que mulheres com dor sexual consideram como requisitos importantes um bom relacionamento terapeuta-paciente, validação das queixas, sinceridade (Leusink *et al.*, 2019), respeito, competência (Kundu *et al.*, 2015; Cyr *et al.*, 2023), atitude profissional

sem julgamento (Parish *et al.*, 2019), suporte e comunicação adequados (Kundu *et al.*, 2015).

4.3 PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Até o presente momento, este é o primeiro estudo que buscou investigar as experiências de mulheres com dor sexual em relação à história, experiência de viver com dor, crenças, comportamentos, busca por serviços de saúde, relação com os profissionais de saúde e expectativas futuras. Para este objetivo, utilizamos a descrição interpretativa que visa criar uma compreensão aprofundada e prática de fenômenos clínicos, com ênfase nas experiências das participantes e na aplicabilidade dos resultados à prática clínica ou para o desenvolvimento de políticas para melhor atender a essa população.

Este estudo não está livre de limitações. Em primeiro lugar, por se tratar de um estudo qualitativo, deve-se ter cautela com a generalização dos resultados considerando as características da amostra e o contexto em que os dados foram coletados. Em segundo lugar, a inclusão das mulheres não se baseou em diagnósticos clínicos específicos mas no relato de dor sexual. Em terceiro lugar, o recrutamento e a coleta dos dados foram realizados por meio da *internet*. Esta característica do nosso método pode ter contribuído para que somente mulheres com acesso a *internet* e que estivessem dispostas a falar sobre a sua dor sexual participassem, deixando de lado as mulheres com maiores dificuldades para se expressar, por vergonha ou mesmo aquelas com baixo letramento tecnológico ou sem acesso a *internet*. Por último, realizamos apenas uma entrevista. Essa pode ser uma limitação uma vez que a experiência de dor é dinâmica e que o próprio processo de refletir sobre a sua condição durante a entrevista pode promover modificações na experiência da dor.

4.4 RECOMENDAÇÕES PARA PRÁTICA CLÍNICA E PARA PESQUISAS FUTURAS

É essencial que os profissionais de saúde reconheçam a dor sexual como um problema multidimensional e não apenas como um sintoma de uma

condição clínica. Deve haver maior esforço para o treinamento adequado dos profissionais de saúde, seja na graduação ou nas formações continuadas, para o manejo das pessoas com dor sexual. Durante a abordagem das pessoas com dor sexual os profissionais devem considerar aspectos biológicos, psicológicos e sociais com atenção para validar a experiência das pacientes, com empatia e sem julgamentos. Além disso, a educação dos pacientes e dos parceiros sobre a dor sexual deve ser baseada em evidências de alta qualidade e realizada de maneira clara em um ambiente acolhedor para que as mulheres se sintam confortáveis para discutir suas preocupações sem medo ou vergonha. Profissionais de saúde devem também considerar as barreiras econômicas e sociais que podem limitar o acesso e a adesão ao tratamento, buscando estratégias para mitigá-las, como planos de tratamento acessíveis e aconselhamento sobre recursos disponíveis.

Os resultados das entrevistas apontam para a necessidade de pesquisas futuras que explorem ainda mais os contextos psicoemocionais, sociais, culturais e econômicos que influenciam a experiência de dor sexual em mulheres. Além disso, é importante investigar se o treinamento de profissionais no manejo da dor sexual modifica os desfechos clínicos e a satisfação com o tratamento. Destaca-se ainda a necessidade do desenvolvimento de estratégias que melhorem o acesso à informação e aos serviços de saúde especializados.

5 CONCLUSÃO

Este estudo avaliou a experiência de mulheres com dor sexual. A amostra foi composta por mulheres jovens com dor sexual moderada. Os resultados indicaram que a dor sexual pode ter início desde a primeira experiência e seguir por toda a vida com impactos negativos no bem-estar pessoal e conjugal. As causas da dor foram atribuídas a fatores variados, como traumas da primeira relação e disfunções biológicas. As mulheres relataram utilizar diversas estratégias, desde adaptações até a evitação da relação. A discussão dos sintomas se limitava principalmente a parceiros e profissionais de saúde, sendo a empatia e a capacidade de escuta características importantes que um profissional de saúde deve apresentar. As mulheres buscam explicações sobre seu quadro na *internet* e nos próprios profissionais de saúde. Diversos tratamentos foram reportados com resultado e satisfação mistos. Fatores como o apoio profissional, condições financeiras e acesso a informações emergiram como facilitadores, enquanto que vergonha e restrições econômicas foram barreiras significativas. As expectativas em relação aos cuidados de saúde foram diversas, com satisfação condicionada a um diagnóstico e perspectivas futuras divididas entre desesperança e otimismo.

6 APÊNDICES

6.1 APÊNDICE 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(De acordo com as Normas das Resoluções CNS nº 466/12 e no 510/16)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Estudo das experiências e percepções sobre a Dor Sexual”. Você foi selecionada para responder à entrevista sobre dor sexual e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o (a) pesquisador (a) e nem com qualquer setor desta Instituição. O objetivo deste estudo é investigar como mulheres com dor sexual entendem a sua dor, identificar as principais causas atribuídas por elas a essa condição e como elas lidam com a dor no dia a dia. Essa pesquisa será composta pelo preenchimento de questionários e por uma entrevista. Os riscos relacionados com a sua participação nesta pesquisa são: o desencadeamento de memórias e o constrangimento relacionados às perguntas do estudo. Entretanto, essas perguntas relacionadas à atividade sexual são necessárias para podermos entender as relações com a dor. Com o objetivo de diminuir os seus riscos durante a participação, serão tomadas as seguintes providências: promoção de um ambiente acolhedor de escuta e disposição dos pesquisadores para esclarecer dúvidas ou solucionar qualquer problema durante as entrevistas, a possibilidade de não querer responder qualquer uma das perguntas e a entrevista realizada sempre pela mesma pesquisadora. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Sua colaboração é importante para que os fatores relacionados às crenças da dor sexual sejam relatados e que, dessa forma, a prática clínica se beneficie dos resultados aqui coletados. Os dados coletados serão armazenados em local seguro com acesso somente à pesquisadora responsável. Os resultados serão divulgados de forma a não possibilitar a sua identificação somente em apresentações ou publicações com fins científicos ou

educativos. Você tem direito de conhecer e acompanhar os resultados dessa pesquisa. A participação nessa pesquisa não implicará nenhum custo para você, e, como voluntária, você também não receberá qualquer valor em dinheiro como compensação pela participação. Você será ressarcido de qualquer custo que tiver relativo à pesquisa e será indenizado por danos eventuais decorrentes da sua participação na pesquisa. Você receberá uma via deste termo com o e-mail de contato dos pesquisadores que participarão da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa que a aprovou, para maiores esclarecimentos. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Federal do Rio de Janeiro, Rua Buenos Aires, 256, Cobertura, Centro, Rio de Janeiro- telefone 3293-6034 de segunda a sexta-feira, das 9 às 12 horas, ou por meio do e-mail: cep@ifrj.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão que controla as questões éticas das pesquisas na instituição e tem como uma das principais funções proteger as participantes de qualquer problema. Esse documento possui duas vias, sendo uma sua e a outra da pesquisadora responsável.

Instituição: Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

Nome do supervisor: Felipe José Jandre dos Reis

Tel: (21) 98124-1017

E-mail: felipe.reis@ifrj.edu.br

Nome da pesquisadora: Andresa Aguiar dos Santos

Tel: (21) 98672-0429

E-mail: andresafoltz@gmail.com

CEP Responsável pela pesquisa - CEP IFRJ

Rua Pereira de Almeida, 88 - Praça da Bandeira - Rio de Janeiro - RJ CEP:
20260-100

Tel: (21) 3293-6026

Email: cep@ifrj.edu.br

6.2 APÊNDICE 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Histórico de dor sexual:

- Você poderia me contar a história da sua dor na atividade sexual?
- Me fale quando você percebeu que tinha dor sexual?

2. Experiência, crenças, comportamento e fatores sociais relacionados à dor sexual:

a) Experiência

- Como você descreveria a sua dor sexual e a localização?
- Como você se sente por ter dor sexual?
- De que maneira ou em quais aspectos a dor sexual impacta sua vida?

b) Crenças

- O que você acha que significa dor sexual?
- Por que você acha que você sente dor durante a atividade sexual?
- O que você considera como sendo a causa da dor sexual? De onde você acha que é a origem a causa e mantêm a dor que você sente?
- O que faz você pensar isso?

c) Comportamento

- Qual atitude você tem no momento em que sente a dor?
- O que você faz para lidar com a sua dor sexual?
- Você evita que as relações sexuais aconteçam? Por qual motivo?

d) Fatores sociais

- Como foi e como é o comportamento do seu parceiro quando você fala que está com dor?
- Você se sente pressionada a ter relações sexuais?
- Você já conversou com alguém sobre a sua dor sexual? Se sim, com quem?

3. Percepções na busca de ajuda especializada para dor sexual:

a) Busca por informações e serviços de saúde

- Você já buscou informações sobre dor sexual? Onde?
- Você já procurou algum profissional de saúde?
- Quanto tempo após o início do sintoma você procurou ajuda especializada?

b) Diagnóstico da dor sexual

- Você fez algum exame ou teste? Por exemplo: toque leve na região genital, introdução de espéculo vaginal, coleta de amostra vaginal/exame histopatológico, palpação da região vulvovaginoanal, ultrassom transvaginal, vulvoscopia, contração e/ou relaxamento da musculatura pélvica, toque anal, teste do cotonete.
- Foi explicado a você como seria seu exame antes de iniciá-lo?
- Como se sentiu durante o exame?

c) Explicações sobre a dor sexual

- Quais foram as explicações dadas pelos profissionais de saúde para a causa da sua dor sexual?

d) Tratamentos

- Quais tratamentos você já realizou?
- De que maneira esses tratamentos te ajudaram?
- Como foi sua experiência com esses tratamentos?

e) Relação com profissionais da saúde

- Como se sentiu durante a sua consulta com os profissionais de saúde?
- A consulta atendeu às suas expectativas?
- Quais as características que você acha que um profissional de saúde deve ter para atender pessoas com dor sexual?

f) Facilitadores e barreiras para a busca por profissionais de saúde

- Quais fatores você considera que são barreiras para o tratamento da dor sexual?
- Quais fatores você considera como sendo facilitadores para o tratamento da dor sexual?

4. Expectativas futuras

- Você acredita que é possível melhorar da sua dor sexual?
- Como você se vê no futuro em relação a sua dor sexual?

Perguntas finais:

Há mais alguma coisa que você gostaria de dizer que talvez ainda não tenhamos abordado ou discutido?

Obrigada pela cooperação e por dedicar seu tempo para responder a todas as perguntas.

6.3 APÊNDICE 3: QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Você está participando de um estudo sobre as crenças relacionadas à dor sexual, que tem como objetivo investigar as percepções de mulheres sobre sua dor sexual e identificar as principais causas atribuídas por elas a essa condição. Será necessário fazer algumas perguntas sobre as suas informações pessoais a fim de caracterizar a amostra de participantes, por isso, solicitamos que preencha as lacunas abaixo. Essas informações tem o objetivo científico e não serão divulgadas e disponibilizadas de forma a poder identificar cada uma das participantes. Assim, garantimos que a sua identidade será mantida em sigilo. Os formulários serão armazenados em local seguro, lacrado com cadeado e restrito somente ao acesso da pesquisadora.

1. _____ Nome: _____

2. Data de Nascimento: ____/____/____ 3. Idade atual: _____

4. Profissão ou ocupação atual: _____

5. Sexo: () Masculino () Feminino () Outro () Prefiro não responder

6. Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bisexual () Pamsexual () Demisexual () Assexual () Outros

7. Telefones: 1) () _____-_____ 2) () _____-_____

8. Estado civil: () Casada () Separada () Divorciada () Viúva () Solteira

9. Mora com a parceria? () Sim () Não se aplica 10. Há quanto tempo (meses)? _____ () Não se aplica

11. Escolaridade (anos completos de estudo, excluir mobral): _____

12. Faz uso de alguma medicação diária? () Sim () Não

13. Se sim, qual (is)? _____

14. Peso (Kg): _____ 15. Altura (m): _____

16. Já recebeu algum desses diagnósticos em consulta realizada por um médico?

() Ansiedade () Depressão () Síndrome de estresse pós traumático () Síndrome do Pânico

17. Há quantos anos foi a sua primeira relação sexual com penetração?

18. Há quanto tempo, aproximadamente, você apresenta dor durante a penetração (meses)? _____

19. Quantas vezes por semana você sente dor sexual? _____

20. De 0 à 10, qual representa a dor que você está sentindo agora (em que “0” significa sem dor e “10” a pior dor imaginável)? _____

21. De 0 à 10, qual representa a dor menos intensa que você já sentiu durante a relação sexual (em que “0” significa sem dor e “10” a pior dor imaginável)?

22. De 0 à 10, qual representa a dor menos intensa que você já sentiu após a relação sexual (em que “0” significa sem dor e “10” a pior dor imaginável)?

23. De 0 à 10, qual representa a dor mais intensa que você já sentiu durante a relação sexual (em que “0” significa sem dor e “10” a pior dor imaginável)?

24. De 0 à 10, qual representa a dor mais intensa que você já sentiu após a relação sexual (em que “0” significa sem dor e “10” a pior dor imaginável)?

25. De 0 à 10, qual representa a média de dor que você sente durante a relação sexual (em que “0” significa sem dor e “10” a pior dor imaginável)?

26. De 0 à 10, qual representa a média de dor que você sente após a relação sexual (em que “0” significa sem dor e “10” a pior dor imaginável)? _____

27. Marque abaixo as áreas que você sente dor:



28. Você tem acompanhamento profissional para a sua dor sexual? () Sim () Não

29. Se sim, com qual profissional, (ex. médico, fisioterapeuta)?

30. Você teve algum evento traumático na sua experiência sexual? () Sim () Não

- Sobre a sua atividade sexual:

31. Qual a frequência das relações sexuais no último mês (vezes por semana)?

32. Quais são os efeitos que você experimenta após suas relações sexuais?

() Prazer () Orgasmo () Dor () Cansaço () Culpa () Desconforto

7 ANEXOS

7.1 ANEXO 1: ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (IFSF)

INSTRUÇÕES: essas questões falam sobre seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas, por favor, responda às seguintes questões tão honesta e claramente quanto possível. Suas respostas serão mantidas em completo sigilo. Ao responder estas questões considere as seguintes definições:

Atividade sexual – pode incluir carícias preliminares, masturbação e relações sexuais;

Relação sexual – é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina;

Estimulação sexual – inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual;

- MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR QUESTÃO.

Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se à vontade para iniciação sexual com um parceiro e pensar ou fantasiar como se você estivesse fazendo sexo.

1. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

- () Sempre ou quase sempre
- () A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- () Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- () Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

- () Muito alto
- () Alto

- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

Excitação sexual é um sentimento que inclui aspectos físicos e mentais de excitação sexual. Pode incluir sentimento de calor ou formigando nos órgãos genitais, lubrificação (umidade), ou contrações de músculo.

3. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se sentiu excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

5. Nas últimas 4 semanas, quão confiante você esteve quanto a ficar excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Confiança muito alta
- Confiança alta

- Confiança moderada
- Baixa confiança
- Muito baixa ou nenhuma confiança

6. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou satisfeita com sua excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

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

9. Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se manteve lubrificada até o final da atividade sexual ou da relação sexual?

- () Nenhuma atividade sexual
- () Sempre ou quase sempre
- () A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- () Quase nunca ou nunca

10. Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil manter sua lubrificação até o final da atividade sexual ou da relação sexual?

- () Nenhuma atividade sexual
- () Extremamente difícil ou impossível
- () Muito difícil
- () Difícil
- () Ligeiramente difícil
- () Não foi difícil

11. Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, quantas vezes você atingiu o orgasmo (clímax)?

- () Nenhuma atividade sexual
- () Sempre ou quase sempre
- () A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- () Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- () Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- () Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, o quanto foi difícil atingir o orgasmo (clímax)?

- () Nenhuma atividade sexual

- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Não foi difícil

13. Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua habilidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a intensidade de intimidade emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a relação sexual com seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita

Muito insatisfeita

16. Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua vida sexual como um todo?

Muito satisfeita

Moderadamente satisfeita

Igualmente satisfeita e insatisfeita

Moderadamente insatisfeita

Muito insatisfeita

17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

Nenhuma tentativa de relação sexual

Sempre ou quase sempre

A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)

Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

Poucas vezes (menos que a metade do tempo)

Quase nunca ou nunca

18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto após a penetração vaginal?

Nenhuma tentativa de relação sexual

Sempre ou quase sempre

A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)

Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

Poucas vezes (menos que a metade do tempo)

Quase nunca ou nunca

19. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

Nenhuma tentativa de relação sexual

Muito grande

Grande

Moderado

Pequeno

Muito pequeno ou nenhum

Obrigada por completar este questionário!

8 BIBLIOGRAFIA

ABDO, Carmita Helena Najjar *et al.* Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**, v. 16, n. 2, p. 160-166, 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9841/2/ABDO%20CHN%20Prevalenc e....pdf>. Acesso em 24 set. 2021.

ABREU, Ethienne Mara de. Sexualidade: Disfunções e Tratamentos. *In*: BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018, ed. 6, p. 653-665.

ALIZADEH, Ameneh; FARNAM, Farnaz. Coping with dyspareunia, the importance of inter and intrapersonal context on women's sexual distress: a population-based study. **Reproductive Health**, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8320204/pdf/12978_2021_Article_1206.pdf. Acesso em 27 set. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, ed. 5, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostic-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em 23 set. 2021.

ANDERSON, Alexandra B. *et al.* Associations between penetration cognitions, genital pain, and sexual well-being in women with provoked vestibulodynia. **The journal of sexual medicine**, v. 13, n. 3, p. 444-452, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515000594>. Acesso em 26 set. 2021.

BASSON, Rosemary. The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: a perpetuating cycle. **The journal of sexual medicine**, v. 9, n.

8, p. 2077-2092, 2012. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515340649>.

Acesso em 26 set. 2021.

BRAKSMAJER, Amy. Struggles for medical legitimacy among women experiencing sexual pain: A qualitative study. **Women & Health**, v. 58, n. 4, p. 419-433, 2018. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03630242.2017.1306606>. Acesso

em 24 ago. 2023.

BRAUER, Marieke *et al.* Predictors of task-persistent and fear-avoiding behaviors in women with sexual pain disorders. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 11, n. 12, p. 3051-3063, 2014. Disponível em:
<https://academic.oup.com/jsm/article-abstract/11/12/3051/6958096>. Acesso em 16 set. 2023.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative research in psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706QP063OA>. Acesso em 01 set. 2021.

BURDINE, Julie Thompson; THORNE, Sally; SANDHU, Gurjit. Interpretive description: a flexible qualitative methodology for medical education research. **Medical education**, v. 55, n. 3, p. 336-343, 2021. Disponível em:
<https://asmepublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/medu.14380>. Acesso em 27 set. 2021.

BURRI, Andrea; HILPERT, Peter; WILLIAMS, Frances. Pain catastrophizing, fear of pain, and depression and their association with female sexual pain. **The journal of sexual medicine**, v. 17, n. 2, p. 279-288, 2020. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609519315073>.

Acesso em 01 set. 2021.

CLAYTON, Anita H.; JUAREZ, Elia Margarita Valladares. Female sexual dysfunction. **Medical Clinics**, v. 103, n. 4, p. 681-698, 2019. Disponível em: [https://www.medical.theclinics.com/article/S0025-7125\(19\)30011-2/fulltext](https://www.medical.theclinics.com/article/S0025-7125(19)30011-2/fulltext).

Acesso em 23 set. 2021.

COLORAFI, Karen Jiggins; EVANS, Bronwynne. Qualitative descriptive methods in health science research. **HERD: Health Environments Research & Design Journal**, v. 9, n. 4, p. 16-25, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7586301/pdf/nihms-1638767.pdf>.

Acesso em 29 ago. 2021.

CRESWELL, John W.; MILLER, Dana L. Determining validity in qualitative inquiry. **Theory into practice**, v. 39, n. 3, p. 124-130, 2000. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15430421tip3903_2.

Acesso em 27 set. 2023.

CYR, Marie-Pierre *et al.* Acceptability of multimodal pelvic floor physical therapy to treat dyspareunia after gynecological malignancies: a qualitative study of women's views and experiences. **International Urogynecology Journal**, v. 34, n. 5, p. 1061-1073, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35947187/>.

Acesso em 31 ago. 2023.

DIAS-AMARAL, Ana; MARQUES-PINTO, André. Female genito-pelvic pain/penetration disorder: review of the related factors and overall approach. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, p. 787-793, 2018.

Disponível em:

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0038-1675805.pdf>. Acesso em 26 set. 2021.

DONALDSON, Robyn L.; MEANA, Marta. Early dyspareunia experience in young women: Confusion, consequences, and help-seeking barriers. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 8, n. 3, p. 814-823, 2011. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515334275>.

Acesso em 27 set. 2021.

FAUBION, Stephanie S.; RULLO, Jordan E. Sexual dysfunction in women: a practical approach. **American family physician**, v. 92, n. 4, p. 281-288, 2015. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2015/0815/p281.html>. Acesso em 23 set. 2021.

FERRARI, Silvano *et al.* Low back pain and sexual disability from the patient's perspective: a qualitative study. **Disability and Rehabilitation**, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638288.2020.1817161>. Acesso em 31 ago. 2021.

KINGSBERG, Sheryl A. *et al.* Female sexual health: barriers to optimal outcomes and a roadmap for improved patient-clinician communications. **Journal of Women's Health**, v. 28, n. 4, p. 432-443, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6482896/pdf/jwh.2018.7352.pdf>. Acesso em 27 set. 2021.

KUNDU, S. *et al.* Supporting and inhibiting factors when coping with endometriosis from the patients' perspective. **Geburtshilfe und Frauenheilkunde**, v. 75, n. 05, p. 462-469, 2015. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0035-1546052>. Acesso em 31 ago. 2023.

LEUSINK, Peter *et al.* Women's appraisal of the management of vulvodynia by their general practitioner: a qualitative study. **Family practice**, v. 36, n. 6, p. 791-796, 2019. Disponível em: <https://academic.oup.com/fampra/article/36/6/791/5487769>. Acesso em 24 ago. 2023.

MANN, Julie; SHUSTER, Jonathan; MOAWAD, Nash. Attributes and barriers to care of pelvic pain in university women. **Journal of minimally invasive gynecology**, v. 20, n. 6, p. 811-818, 2013. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241758/pdf/nihms643280.pdf>.

Acesso em 22 set. 2023.

MCCOOL-MYERS, Megan *et al.* Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. **BMC women's health**, v. 18, n. 1, p. 1-15, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29929499/>. Acesso em 23 set. 2021.

MORASCO, Benjamin J. *et al.* Higher prescription opioid dose is associated with worse patient-reported pain outcomes and more health care utilization. **The Journal of Pain**, v. 18, n. 4, p. 437-445, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152659001630356X>. Acesso em 16 out. 2023.

MUISE, Amy *et al.* Communal motivation in couples coping with vulvodynia: Sexual distress mediates associations with pain, depression, and anxiety. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 106, p. 34-40, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399917310784>. Acesso em 27 set. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NICE guideline NG193)**. 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>. Acesso em 18 out. 2023.

O'BRIEN, Bridget C. *et al.* Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. **Academic Medicine**, v. 89, n. 9, p. 1245-1251, 2014. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2014/09000/Standards_for_Reporting_Qualitative_Research_A.21.aspx. Acesso em 29 ago. 2021.

PARISH, Sharon J. *et al.* The International Society for the Study of Women's sexual health process of Care for the Identification of sexual concerns and

problems in women. In: **Mayo Clinic Proceedings**. Elsevier, 2019. p. 842-856. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619619300643>. Acesso em 22 set. 2023.

PIPER, Claudia Kraus *et al.* Experience of symptoms, sexual function, and attitudes toward counseling of women newly diagnosed with vulvodynia. **Journal of Lower Genital Tract Disease**, v. 16, n. 4, p. 447-453, 2012. Disponível em: https://journals.lww.com/jlgt/abstract/2012/10000/experience_of_symptoms_sexual_function_and.20.aspx. Acesso em 19 set. 2023.

SINGH, Gurpreet *et al.* Exploring the lived experience and chronic low back pain beliefs of English-speaking Punjabi and white British people: a qualitative study within the NHS. **Bmj Open**, v. 8, n. 2, p.1-11, 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/2/e020108.full.pdf>. Acesso em 29 ago. 2021.

SUTHERLAND, Olga. Qualitative analysis of heterosexual women's experience of sexual pain and discomfort. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 38, n. 3, p. 223-244, 2012. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2011.606880>. Acesso em 15 set. 2023.

STEIN, Amy; SAUDER, Sara K.; REALE, Jessica. The role of physical therapy in sexual health in men and women: evaluation and treatment. **Sexual medicine reviews**, v. 7, n. 1, p. 46-56, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2050052118301069>. Acesso em 27 set. 2021.

TAYYEB, Muhammad; GUPTA, Vikas. Dyspareunia.. **StatPearls [Internet]**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562159/?report=reader#article-101958.r12>. Acesso em 25 set. 2021.

THIEL, Rosane do Rocio Cordeiro *et al.* Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, p. 504-510, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/bF7SYs4SbxJV4FjZZFSC3vP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 31 ago. 2021.

THOMTÉN, Johanna. Living with genital pain: Sexual function, satisfaction, and help-seeking among women living in Sweden. **Scandinavian journal of pain**, v. 5, n. 1, p. 19-25, 2014. Disponível em: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1016/j.sjpain.2013.10.002/html>. Acesso em 02 set. 2023.

THOMTÉN, Johanna; LINTON, Steven J. A psychological view of sexual pain among women: applying the fear-avoidance model. **Women's Health**, v. 9, n. 3, p. 251-263, 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.2217/WHE.13.19>. Acesso em 26 set. 2021.

THORNE, Sally; KIRKHAM, Sheryl Reimer; MACDONALD-EMES, Janet. Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. **Research in nursing & health**, v. 20, n. 2, p. 169-177, 1997. Disponível em: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199704\)20:2%3C169::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-I](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1098-240X(199704)20:2%3C169::AID-NUR9%3E3.0.CO;2-I). Acesso em 27 set. 2021.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>. Acesso em 29 ago. 2021.

VAN DER MEIJDEN, Willem I. *et al.* 2016 European guideline for the management of vulval conditions. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 31, n. 6, p. 925-941, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jdv.14096>. Acesso em 20 set. 2023.

VAZ, Daniela Virgínia *et al.* Affordance-based practice: An ecological-enactive approach to chronic musculoskeletal pain management. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 27, n. 5, p. 100554, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1413355523000758>. Acesso em 15 out. 2023.

VERBEEK, Michelle; HAYWARD, Lynsey. Pelvic floor dysfunction and its effect on quality of sexual life. **Sexual medicine reviews**, v. 7, n. 4, p. 559-564, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2050052119300642>. Acesso em 23 set. 2021.

WOLPE, Raquel E. *et al.* Prevalence of female sexual dysfunction in Brazil: A systematic review. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 211, p. 26-32, 2017. Disponível em: <https://www.ejog.org/action/showPdf?pii=S0301-2115%2817%2930018-0>. Acesso em 24 set. 2021.