



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E
COMPORTAMENTO

Dinâmica entre aspectos da vida sexual e satisfação relacional em mulheres com
Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

Lídia Silveira dos Santos

BELÉM-PA

2025

LÍDIA SILVEIRA DOS SANTOS

**DINÂMICA ENTRE ASPECTOS DA VIDA SEXUAL E SATISFAÇÃO RELACIONAL
EM MULHERES COM SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Neurociência e Comportamento da Universidade Federal do
Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em
Neurociências e Comportamento.

Orientação: Dra. Hellen Vivianni Veloso Corrêa
Coorientação: Dra. Juliana Schulze Burti

BELÉM-PA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
UFPA/Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento/Biblioteca

S237d Santos, Lúcia Silveira dos, 1991-
Dinâmica entre aspectos da vida sexual e satisfação relacional em
mulheres com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser / Lúcia
Silveira dos Santos. — 2025.

110 f. il.

Orientadora: Hellen Vivianni Veloso Corrêa

Coorientadora: Juliana Schulze Burti

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de
Teoria e Pesquisa do Comportamento, Programa de Pós-Graduação em
Neurociência e Comportamento, Belém, 2025.

1. Psicologia: pesquisa experimental. 2. Síndrome de Mayer-
Rokitansky-Küster-Hauser. 3. Condição congênita. 4. Vida sexual
(aspectos). 5. Satisfação sexual. 6. Satisfação conjugal. 7. Relações
interpessoais. I. Título.

CDD - 23. ed. — 150.724

Catalogação na fonte: Maria Célia Santana da Silva – CRB-2/780

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Amazon Foundation for Research and Studies - Finance Code 001.

Lídia Silveira dos Santos, Programa de Pós-Graduação em Neurociência e Comportamento da Universidade Federal do Pará, Belém-PA, Brasil.

Contato: Lídia Silveira dos Santos

E-mail: lidia.santos@ntpc.ufpa.br

LÍDIA SILVEIRA DOS SANTOS

**DINÂMICA ENTRE ASPECTOS DA VIDA SEXUAL E SATISFAÇÃO RELACIONAL
EM MULHERES COM SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociência e Comportamento da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Neurociências e Comportamento.

Orientação: Dra. Hellen Vivianni Veloso Corrêa
Coorientação: Dra. Juliana Schulze Burti

Data de aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora:

Dr. Jean C. Natividade (Membro Titular)
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Dr. Marco Antônio Corrêa Varella (Membro Titular)
Universidade de São Paulo

Dra. Jaroslava Varella Valentova (Membro Suplente)
Universidade de São Paulo

**Termo de Autorização e Declaração de Distribuição não exclusiva para Publicação
Digital no Repositório Institucional da UFPA**

IDENTIFICAÇÃO DO AUTOR E DA OBRA

Autora: Lídia Silveira dos Santos
Vínculo com a UFPA: ☐ Servidor; ☒ Discente
Unidade: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Subunidade: Programa de Pós-Graduação em Neurociência e Comportamento
Tipo do documento: Dissertação
Título do Trabalho: Dinâmica entre aspectos da vida sexual e satisfação relacional em mulheres com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser
Data da Defesa: 28 /03 /2025 Área do Conhecimento: Psicologia
Linha de Pesquisa: Processos comportamentais complexos
Agência de Fomento: Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas

DECLARAÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO NÃO EXCLUSIVA

A referida autora:

Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade. Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à Universidade Federal do Pará os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros, está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo entregue. Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal do Pará, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a UFPA a disponibilizar de acordo com a licença pública Creative Commons Licença 3.0 Unported, e de acordo com a Lei no 9610/98, o texto integral da obra citada, conforme permissões abaixo por mim assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou download, a partir desta data.

Permitir o uso comercial da obra?

☒ Sim ☐ Não

Permitir modificações em sua obra?

☐ Sim, contanto que compartilhem pela mesma licença ☒ Não

O documento está sujeito ao registro de patente?

☐ Sim ☒ Não

A obra continua protegida conforme a Lei de Direito Autoral.

Belém (PA), 11/06/2025

Documento assinado digitalmente
 **LÍDIA SILVEIRA DOS SANTOS**
Data: 11/06/2025 15:31:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura do Autor e/ou Detentor dos Direitos do Autor

À “paciente” que mudou meu jeito de ser Fisioterapeuta.

AGRADECIMENTOS

A todas as “mulheres Roki” que contribuíram para entendêssemos um pouco mais sobre o que significa vivenciar esse diagnóstico na dimensão dos relacionamentos íntimos.

A todas as mulheres que compuseram o grupo de comparação, dividindo informações que geralmente não dividimos com ninguém.

Ao Instituto Roki, em especial, à Dra. Cláudia, Diana e Fabiana por apoiarem esse projeto e viabilizarem sua realização.

Às minhas orientadoras, Vivianni e Juliana, pela parceria, paciência, experiência e conhecimento compartilhados durante esses anos.

À minha família pela compreensão frente à minha ausência, pelo carinho sem fim, pelo apoio emocional, suporte e incentivo.

A Felipe Augusto, Ceci e Lulu, amores, que me fazem acreditar no lado bom da vida por existirem.

À Camila Mendes, amiga, pela escuta ativa compulsória e contribuições críticas definitivas para a realização desse trabalho.

À Gianni Santos, pelas importantes contribuições e por ser mestra em sabedoria, humildade e amor, antes de ser uma mestra em estatística.

Às queridas professoras Natalia Dutra, Júlia Scarano e Celina Colino pela experiência e amizade e “portarias” compartilhadas.

Aos professores da Comissão Examinadora que dedicaram seu tempo, compartilharam sua experiência e me deram a honra de obter seus pareceres.

Aos colegas do PPGNG, em especial, às colegas do Grupo de Estudos Avançados em Psicologia Evolucionista - GEAPE.

A todos os amigos que compreenderam minha ausência, mas se sentaram para um café quando a saudade apertava.

À FAPESPA e UFPA, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA).

Santos, L.S. (2025). Dinâmica entre aspectos da vida sexual e satisfação relacional em mulheres com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Neurociência e Comportamento. Belém-PA 110 p.

RESUMO

Seres humanos geralmente investem muito tempo, esforço e recursos em seus relacionamentos amorosos na tentativa de mantê-los ou protegê-los contra ameaças. A ampla gama de atividades envolvidas nesses processos é denominada comportamentos ou estratégias de manutenção do relacionamento. O sexo, principal característica distintiva entre relacionamentos amorosos e outros tipos de vínculos íntimos, é uma dessas estratégias. Por meio da intimidade física, o sexo favorece o vínculo emocional entre os parceiros, influencia positivamente a satisfação relacional e, assim, contribui para a manutenção dos laços amorosos. Contudo, entre indivíduos que enfrentam dificuldades relacionadas à vida sexual, o sexo passa a demandar adaptações ou até o apoio de outras estratégias capazes de promover a intimidade. Nesta pesquisa, investigamos se aspectos da vida sexual (frequência de diferentes práticas sexuais, níveis de satisfação sexual e função sexual) parecem influenciar os relacionamentos (níveis de vínculo emocional e satisfação relacional) de um grupo de mulheres com a síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser ($n = 34$), uma condição congênita caracterizada pela ausência parcial ou completa do útero e da vagina, em comparação com um grupo controle ($n = 80$). Foram incluídas mulheres entre 18 e 64 anos de idade, em relacionamentos amorosos de no mínimo seis meses, e que responderam adequadamente aos questionários. Os principais resultados indicaram que, apesar de níveis semelhantes de satisfação sexual e relacional entre os grupos, nas mulheres com a síndrome, a satisfação com o relacionamento não esteve associada à satisfação sexual, mas sim ao vínculo emocional com a parceria. Esses achados corroboram estudos anteriores que sugerem que pessoas que enfrentam desafios na vida sexual tendem a recorrer a comportamentos que reforcem o vínculo emocional (como demonstrações de afeto e proximidade física) como alternativa para preservar a intimidade física e manter a satisfação relacional.

PALAVRAS-CHAVE: satisfação sexual; satisfação conjugal; função sexual; relações interpessoais; síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser.

Santos, L.S. (2025). Dynamics between aspects of sexual life and relationship satisfaction in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. Master's dissertation. Postgraduate Program in Neuroscience and Behavior. Belém-PA, 110 pages.

ABSTRACT

Human beings often invest considerable time, effort, and resources into their romantic relationships in an effort to sustain them or protect them from threats. The wide range of actions involved in this process is referred to as relationship maintenance strategies. Among these, sex, the most distinctive feature of romantic as opposed to other intimate relationships, plays a central role. Through physical intimacy, sex enhances emotional bonding between partners, directly influences relationship satisfaction, and thereby contributes to the maintenance of romantic bonds. However, for individuals who face challenges related to sexual activity, sex may require adaptations or even the use of alternative strategies to foster physical intimacy. In this study, we investigated how sexual aspects (frequency of different sexual practices, sexual satisfaction, and sexual function) influence relationship dynamics (emotional bonding and relationship satisfaction) in a group of women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome ($n = 34$), a congenital condition characterized by the complete or partial absence of the uterus and vaginal canal, compared with a control group ($n = 80$). Participants were women aged 18 to 64 years, engaged in romantic relationships lasting at least six months, and who adequately completed the questionnaires. The main findings indicated that, although both groups showed similar levels of sexual and relationship satisfaction, among women with the syndrome, relationship satisfaction was not associated with sexual satisfaction but rather with emotional bonding. These results are consistent with previous studies suggesting that individuals facing sexual challenges often rely on behaviors that strengthen emotional connection — such as affectionate gestures and physical closeness — as alternative strategies to preserve intimacy and maintain relationship satisfaction.

KEYWORDS: interpersonal relations; marital satisfaction; sexual satisfaction; sexual dysfunction; mayer-rokitansky-kuster-hauser syndrome.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	13
MÉTODO	20
CAPÍTULO 1: PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE UM GRUPO DE MULHERES BRASILEIRAS COM SMRKH EM RELACIONAMENTOS AMOROSOS DE LONGO PRAZO	25
Resumo	25
Introdução	26
Metodologia	27
Resultados.....	30
Discussão.....	36
Conclusão	39
Agradecimentos.....	40
Referências	40
CAPÍTULO 2: WITHIN-PERSON ASSOCIATIONS BETWEEN SEXUAL LIFE AND RELATIONSHIP SATISFACTION IN WOMEN WITH MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER SYNDROME: A CASE-CONTROL STUDY	43
Abstract	43
Methods	47
Results.....	51
Discussion	60
Conclusions.....	64
Limitations and future directions	64
Declarations.....	65
References.....	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS.....	84
ANEXOS	91

Apresentação

Os relacionamentos amorosos constituem um fenômeno complexo investigado por diferentes campos da ciência. Humanos, em geral, tendem a investir muito tempo e diferentes recursos em seus relacionamentos (Young & Simpson, 2019), admitindo, até mesmo, demonstração de ciúmes ou comportamentos violentos (Buss, 2000). Todos esses comportamentos direcionados à manutenção de um relacionamento são influenciados por fatores individuais, interpessoais e contextuais (Ogolsky & Monk, 2019). Entre os fatores que exercem grande influência, estão aqueles relacionados à dinâmica sexual do casal (Impett et al., 2019).

Tendo o poder de aproximar e fortalecer vínculos, o sexo também pode ser um importante motivo de conflito nos relacionamentos (Crowe, 2012) e, por isso, a interação entre a vida sexual e a dinâmica dos relacionamentos é um tema de interesse na investigação de processos relacionados à manutenção dos relacionamentos (Park et al., 2023). Na pesquisa que gerou essa dissertação, investigamos se variáveis relacionadas à *vida sexual* de um grupo de mulheres diagnosticadas com a Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (SMRKH), poderiam estar associadas com uma medida fortemente associada à *manutenção dos relacionamentos*: a satisfação relacional.

Para assentar essa pesquisa, adotamos o *paradigma evolucionista* como abordagem de análise, utilizamos o *modelo integrativo de manutenção de relacionamentos* como estrutura conceitual (Ogolsky et al., 2017) e nos orientamos através de pesquisas prévias que investigaram o papel do *sexo como estratégia de manutenção de relacionamentos* (Impett et al., 2019), em especial, entre populações que apresentavam desafios relacionados à vida sexual (p.ex. doenças e disfunções sexuais) e, mesmo assim, seguiam em seus relacionamentos amorosos.

Nesse manuscrito a pesquisa está apresentada em três partes: *Introdução Geral*, que apresenta o referencial teórico, o problema de pesquisa, as hipóteses iniciais e a metodologia adotada; *Resultados*, separada em dois capítulos em formato de artigo: “Características clínicas e sociodemográficas de mulheres brasileiras com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser: resultados de uma análise transversal” que apresenta a síndrome e descreve as características da população estudada, apontado dados sobre o histórico clínico e como eles parecem interagir com fatores demográficos, e “Within-person associations between sexual life and relationship satisfaction in women with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser Syndrome: a

case-control study” que analisa as relações entre práticas sexuais, função sexual, vínculo emocional com a parceria, e a satisfação relacional do grupo de mulheres com SMRKH em comparação a um grupo controle; e *Considerações Finais*, que apresenta os principais achados e aponta como eles passam a contribuir para a pesquisa científica na área.

Introdução

Humanos geralmente investem tempo, esforço e recursos em seus relacionamentos amorosos na tentativa de mantê-los ou protegê-los contra ameaças (Young & Simpson, 2019). À luz da ciência, as razões para tais comportamentos vêm sendo explicados a partir de perspectivas integradas sobre os mecanismos proximais e distais envolvidos nos *comportamentos de manutenção do relacionamento* (Ogolsky et al., 2017). Sob uma perspectiva evolucionista, esses comportamentos são compreendidos como adaptações desenvolvidas ao longo da história evolutiva da espécie humana, em resposta a desafios adaptativos. Essas respostas adaptativas se manifestam como *mecanismos psicológicos evoluídos*, isto é, padrões especializados de processamento de informações (Lewis et al., 2021; Silva Jr., 2024; Young & Simpson, 2019).

Entre os principais desafios adaptativos relacionados à reprodução, destacam-se aqueles abordados pela *teoria da seleção sexual* (Darwin, 1871/2018). Essa teoria propõe que certos traços são favorecidos porque aumentam as chances de acasalamento e reprodução, ao responderem a duas pressões centrais: (a) superação da concorrência com indivíduos do mesmo sexo pelo acesso a parceiros desejáveis do outro sexo (*seleção intrassexual*) e (b) necessidade de atrair parceiros do outro sexo demonstrando maior aptidão reprodutiva (*seleção intersexual*). A *teoria do investimento parental* (Trivers & Willard, 1973), complementa esse modelo ao argumentar que, dentro de uma mesma espécie, o sexo que investe mais recursos na reprodução tende a ser mais rigoroso na escolha da parceria, enquanto o sexo que investe menos, geralmente busca maximizar o número de parceiros e compete mais intensamente com indivíduos do mesmo sexo pelo acesso aos indivíduos do outro sexo.

A partir dessas proposições, Buss (2023) formulou a *teoria das estratégias sexuais*, segundo a qual, devido aos interesses reprodutivos conflitantes pelo desequilíbrio do investimento reprodutivo entre os sexos, os humanos desenvolveram estratégias adaptativas distintas para maximizar seu sucesso reprodutivo no ambiente ancestral. Essas estratégias são moldadas tanto pelas pressões da seleção intrassexual quanto pelas preferências do outro sexo na seleção intersexual. Por exemplo, se a força física foi uma vantagem relevante na competição entre os homens, a preferência feminina por traços associados à força pode ter sido influenciada por esse contexto competitivo. Reciprocamente, essa preferência pode ter amplificado comportamentos masculinos voltada para exibição de força.

Considerando que o contexto ecológico e social também molda os comportamentos reprodutivos, Buss incorporou à sua teoria a distinção entre estratégias de curto e longo prazo. *Estratégias de curto* prazo referem-se a investimentos de duração limitada, orientados por oportunidades reprodutivas imediatas, nas quais indicadores físicos de boa qualidade genética, ou recursos imediatos, são mais valorizados. Já as *estratégias de longo prazo* envolvem investimentos duradouros, voltados à construção de vínculos estáveis e à criação da prole, nos quais características como confiabilidade, generosidade e capacidade de cuidado tendem a ser mais valorizadas. (Buss, 2023; Young & Simpson, 2019). Por exemplo, se homens que compartilhavam recursos com parceiras potenciais foram preferidos ao longo do tempo, a inclinação gerada por essa seleção pode ter sido selecionado por favorecer a formação e manutenção de vínculos afetivos duradouros. Dessa forma, a seleção sexual também deve ter selecionado capacidades psicológicas que tendiam a gerar comportamentos que favoreceram a vinculação, o que pode ter sido o ponto inicial para o desenvolvimento dos comportamentos direcionados à manutenção de relacionamentos.

Outros fatores filogenéticos específicos da linhagem hominínea que possivelmente nos levaram ao desenvolvimento de uniões duradouras se somam a essas proposições sobre a evolução da monogamia em primatas. A monogamia social, embora rara entre os mamíferos, aparece em cerca de 30% dos primatas e, entre humanos, é amplamente praticada, ainda que nem sempre corresponda à monogamia sexual estrita (Opie, 2019). Entre os fatores que podem ter favorecido esse tipo de organização relacional estão as pressões seletivas relacionadas ao cuidado parental, à proteção contra infanticídio (Opie, 2019; van Schaik & Dunbar, 1990), à eficiência na provisão de recursos e à formação de alianças cooperativas, sobretudo em contextos ecológicos desafiadores (Eastwick, 2009; Taylor, 1997).

A hipótese da proteção contra o infanticídio propõe que, em espécies em que os recém-nascidos são altamente dependentes, a permanência do macho ao lado da fêmea reduziria os riscos de infanticídio por rivais, favorecendo, assim, uniões mais estáveis (Opie, 2019). Porém, essa hipótese não é universalmente aceita. Lukas & Clutton-Brock, (2014), ao reanalisarem dados filogenéticos de várias espécies primatas, concluíram que a monogamia parece ter evoluído em espécies onde o infanticídio masculino já era pouco comum. Seus achados indicaram que a monogamia entre primatas, assim como entre outros mamíferos, tenha surgido em razão da dissipação espacial das fêmeas na busca por alimentos (escassez alimentar), o que pode ter dificultado que um macho encontrasse e protegesse várias parceiras ao mesmo tempo.

Outra observação, feita por (Plavcan, 2001), é que, em hominíneos, o dimorfismo sexual reduzido, sugere uma redução da competição intrasexual masculina e uma maior ênfase em estratégias cooperativas e relacionais. Além disso, a análise da relação entre os tamanho dos testículos e sistemas de acasalamento (Harcourt et al., 1981), aponta para níveis relativamente baixos de competição espermáticas em humanos, consistentes com padrões de acasalamento mais exclusivos.

As mudanças morfológicas, portanto, são pistas importantes sobre a história evolutiva da espécie. Lovejoy (2009), através do estudo de fósseis de *Ardipithecus ramidus*, sugeriu que a redução do dimorfismo sexual e a adaptação da anatomia locomotora para um deslocamento bípede, são alterações ligadas a mudanças comportamentais ligadas ao reforço do vínculo entre parceiros. Nessa perspectiva, o bipedalismo, juntamente à redução dos dentes caninos, são indicam a gradual redução da agressividade entre os machos, além, da possibilidade de liberação dos membros superiores para transporte de maior quantidade de alimentos, provavelmente não somente para própria sobrevivência, mas para serem compartilhados com as parcerias e filhotes, sugerindo o um comportamento de cooperação biparental, modelo que é apoiado por evidências contemporâneas de que os níveis de testosterona em homens tendem a diminuir após o envolvimento em uniões estáveis e no cuidado com os filhos, indicando plasticidade hormonal adaptativa às demandas da paternidade (Gettler et al., 2011; Makhanova, 2023).

Também ligada ao bipedalismo, foi lançada a proposta do *dilema obstétrico*, descrita como um impasse evolutivo ocorrido em função do estreitamento da pelve humana ligada ao bipedalismo (Eastwick, 2009), em contraste com a expansão progressiva da caixa craniana em resposta ao aumento do córtex cerebral (Breedlove & Watson, 2020; Eastwick, 2009). Nessa perspectiva, a menos que os bebês nascessem em um estágio de desenvolvimento anterior à fundição dos ossos cranianos e com um perímetro encefálico que permitisse a passagem pelo canal de parto, a sobrevivência de materno-infantil seria inviável (Eastwick, 2009; Taylor, 1997; Veloso & Júnior, 2022). Todavia, isso implicou num maior período de dependência dos filhotes em relação aos pais (crias altriciais) e, em resposta a essa demanda, o investimento paterno pode ter sido ampliado (Finkel & Eastwick, 2015; Veloso & Júnior, 2022), bem como o estabelecimento de uniões mais prolongadas entre.

Outra característica relacionada à alteração dos ciclos hormonais é a evolução da ovulação encoberta. Em espécies em que as fêmeas apresentam sinais exuberantes de estro

durante o período ovulatório e/ou peri-ovulatório, é comum a competição intensa dos machos pela dominância e monopolização da cópula, e até mesmo de comportamentos de coerção sexual contra as fêmeas. Na ausência de sinais de estro, porém, as fêmeas têm maior liberdade para copular com múltiplos machos ao longo do ciclo ovulatório, sem gerar maior competição entre eles ou coerção sobre elas (Thornhill & Gangestad, 2008).

Essa característica pode, também, ter permitido maior flexibilidade na seleção dos indivíduos mais desejáveis do outro sexo e reduzido o risco de fertilização por indivíduos menos desejáveis. Além disso, essa característica pode estar associada ao surgimento de relações mais prolongadas entre fêmeas e machos, uma vez que na imprevisibilidade do período ovulatório, o macho deve ter mantido próximo à fêmea por maior tempo, afim de aproveitar mais oportunidades de cópula (H. Fisher, 2016; Veloso & Júnior, 2022).

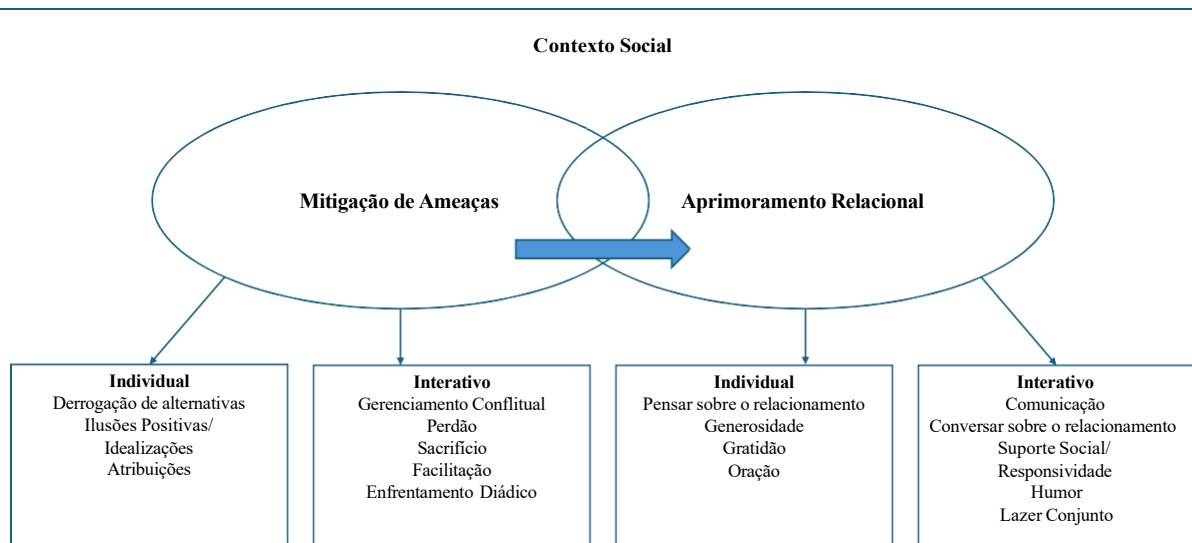
Apoiando essas postulações, achados paleoantropológicos sugerem que o esquema de organização social de hominíneos arcaicos se deu principalmente em torno de pequenos grupos que compartilhavam atividades como caça, coleta, defesa contra predadores e cuidados parentais cooperativos (Eastwick, 2009; Taylor, 1997). Essa conformação deve ter prevalecido por ter oferecido mais soluções aos desafios ambientais e é possível que esteja fortemente associada aos comportamentais pró-sociais característicos dos humanos (Schacht & Kramer, 2019; Taylor, 1997), assim como, deve estar associada à vinculação prolongada com uma mesma parceria sexual (Apostolou et al., 2023; Veloso & Júnior, 2022) e com o desenvolvimento de comportamentos humanos relacionados com essa vinculação tais como, o apaixonamento, o amor romântico, o ciúme e, até mesmo, a violência contra o parceiro íntimo (Apostolou et al., 2023; Buss, 2023).

Integrando a pesquisa sobre manutenção de relacionamentos com populações humanas atuais, Ogolsky et al. (2017) realizaram uma investigação extensa da literatura, organizando os principais correlatos à manutenção de relacionamentos dentro de uma estrutura conceitual: o *modelo integrativo de manutenção dos relacionamentos* (MIMR). No MIMR denotam-se duas classes de estratégias/processos básicos adotados na manutenção dos relacionamentos: aquelas que são empreendidas para *mitigação de ameaças* ao relacionamento e aquelas voltadas ao *aprimoramento relacional*, ambas exibidas a nível individual (partindo de um dos parceiros, não necessariamente em resposta a um estímulo relacionado à parceria) ou interacional (acionados em resposta ao comportamento de um parceiro ou promulgados em conjunto por ambos os parceiros).

Segundo esse modelo, as estratégias/processos direcionados à *mitigação de ameaças* de *nível individual* incluem a derrogação de alternativas (ou seja, desvalorizar parceiros alternativos ou ameaças relacionais), a idealização da parceria/relacionamento (ou seja, ver o relacionamento como superior ou exagerar os pontos fortes de um parceiro) e o engajamento em atitudes que beneficiem o relacionamento (p. ex., confiar no parceiro) a partir de uma interpretação própria das ações da parceria; no *nível interativo*, incluem o gerenciamento de conflitos (lidar com os desacordos de forma construtiva), perdão (ou seja, buscar reparar a relação após uma transgressão), sacrifício (ou seja, deixar de lado as próprias necessidades em prol do parceiro), facilitação (ou seja, ajudar o parceiro a atingir suas metas, reduzindo assim a incerteza) e unir-se à parceria no enfrentamento de estressores (p. ex., demonstrando empatia) (Ogolsky et al., 2017).

Já as estratégias/processos direcionados ao *aprimoramento relacional* de *nível individual* incluem pensar sobre a parceria/relacionamento (p. ex., pensar nas qualidades da parceria ou sobre como ajudá-la), disposição de ajudar (generosidade), demonstrar gratidão pela parceria, pelo relacionamento e pela vida e, também, orar pela parceria; no *nível interativo*, elas incluem usar a comunicação para beneficiar o relacionamento (p. ex., interagir alegremente, declarar o envolvimento, dividir tarefas), conversar sobre o próprio relacionamento a fim de ajustá-lo, expressar cuidado, preocupação ou interesse pela parceria, participar de atividades de lazer juntos e, também, usar o humor para provocar emoções positivas na parceria. Os autores propõem, ainda, que estratégias originalmente destinadas a mitigar ameaças podem servir ao aprimoramento da relação (Ogolsky et al., 2017).

O modelo também oferece uma visão sobre o papel do contexto social nos relacionamentos. Apresentado por eles como a coleção de fatores externos ao indivíduo/casal com potencial para influenciar os processos/estratégias adotados na manutenção dos relacionamentos, o contexto social inclui situações como diferenças culturais entre os parceiros, inserção em grupos minoritários/marginalizados (p.ex. minorias de raça, sexuais), a influência da distância geográfica em relacionamentos mantidos à distância e, também, as novas possibilidades estabelecidas pelas inovações tecnológicas (relacionamentos virtuais) (Fig. 1).

Figura 1. O Modelo Integrativo de Manutenção do Relacionamento

Fonte: modelo adaptado de Relationship Maintenance: A Review of Research on Romantic Relationships (Ogolsky et al., 2017).

A investigação que levou à criação do MIMR também implicou no desenvolvimento de um compêndio sobre manutenção de relacionamentos. Essa obra, mais robusta, inclui novas estratégias (p.ex., utilização da rede de suporte social como auxiliar) e contextos (p. ex., terceira idade) que influenciam diretamente a forma como os indivíduos preservam seus relacionamentos (Ogolsky & Monk, 2019). Entre essas estratégias, o sexo (atividade sexual/práticas sexuais) foi abordado por Impett et al. (2019) como uma das estratégias mais poderosas que os casais podem utilizar na manutenção de seus relacionamentos.

As autoras fundamentam sua discussão apontando que uma vida sexual satisfatória promove o fortalecimento da intimidade e do vínculo entre o casal, ajuda os indivíduos a lidarem melhor com situações estressantes, supre necessidades de intimidade física e conexão social, além de estarem relacionados a variáveis maiores de qualidade de vida como felicidade, maior sobrevida e bem-estar-geral. Concordando com essa ideia, Apostolou et al. (2023) informam que pessoas em relacionamentos de longo prazo (p. ex. casamentos), apresentam melhor saúde física e mental, relatam maior bem-estar econômico e referem maior satisfação sexual. De forma semelhante, Park et al. (2023), em um estudo longitudinal sobre a dinâmica entre satisfação sexual e satisfação relacional com mais de 2000 casais recém-casados, identificaram que a redução sobre a satisfação sexual entre casais (p. ex., por perda de interesse sexual na parceria) pode ser um importante preditor de término.

Impett et al. (2019) também exploram quais estratégias poderiam estar relacionadas à manutenção da satisfação relacional, quando a satisfação sexual se encontra comprometida, como no caso de indivíduos que enfrentam disfunções sexuais (p. ex. dor à penetração, disfunção erétil). Reunindo informações sobre a dinâmica de manutenção relacional dessas pessoas, as autoras apontam que mesmo diante de menor satisfação sexual que pessoas saudáveis, indivíduos com disfunções sexuais mantinham níveis similares de satisfação com seus relacionamentos. Essa similaridade pareceu estar relacionada a dois tipos de atividades: adaptação do script sexual (p. ex., envolvimento em atividades sexuais não-penetrativas quando a relação sexual é dolorosa ou há problemas de ereção) e investimento em atividades não diretamente associadas ao sexo (p. ex., expressar afeto, dar as mãos e “mimar” a parceria) (Burri et al., 2014; Rosen et al., 2016; Vannier et al., 2017), estratégias que parecem ser direcionadas a possibilitar que a intimidade através do contato física seja mantida.

É válido salientar que disfunções sexuais são alterações em qualquer uma das fases da resposta sexual fisiológica, portanto, podem comprometer, de forma isolada ou combinada, a percepção do estímulo sexual, a resposta inicial a esse estímulo (*desejo*), a capacidade de uma resposta excitatória e sua manutenção (*excitação e platô*), o *orgasmo* e o retorno do corpo aos níveis basais (*resolução*) (APA 2022; OMS, 2003). E essas alterações, que ocorrem a nível físico, mental, emocional e social (OMS, 2025) geram sofrimento para quem as experimenta (APA, 2022; OMS, 2025). As disfunções sexuais tendem, também, a impactar a frequência de envolvimento em atividades sexuais (*frequência sexual*), o contentamento com esses envolvimento (*satisfação sexual*) e, até mesmo, no engajamento em atividades afetivas em contextos não sexuais (Impett et al., 2019)

Por razões não completamente elucidadas, as mulheres enfrentam disfunções sexuais com maior prevalência que os homens (Apostolou, 2016). De acordo com Carballea (2023), 40 50% das mulheres já enfrentaram algum tipo de disfunção sexual que relacionam-se mais frequentemente fases de desejo, excitação e orgasmo. Entre as etiologias relacionadas a presença dessas disfunções, algumas são determinadas por condições estabelecidas ainda no desenvolvimento embrionário (Carlson, 2014). Uma dessas condições é a síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (SMRKH ou, abreviadamente, Síndrome de Rokitansky), uma malformação congênita pouco frequente (1:4.500-5000) caracterizada pela atresia vaginal e hipoplasia ou agenesia do útero e tubas uterinas (ACOG, 2018). A SMRKH frequentemente está associada à dificuldade na penetração vaginal devido a ausência/encurtamento do canal, dor durante as tentativas (dispareunia), redução da lubrificação e redução do desejo sexual

(Herlin et al., 2020; Weijenborg et al., 2019) além dos impactos psicológicos decorrentes dessas disfunções (Bean et al., 2009; Hatim et al., 2021).

Frente ao apresentado, a proposta deste estudo foi investigar como variáveis relacionadas à vida sexual de mulheres com a Síndrome de Rokitansky em relacionamentos amorosos de longo prazo se relacionariam com seus níveis de satisfação sexual e relacional. Para tanto, nos baseamos na proposta teórica de estratégias de manutenção de relacionamento apresentada no Modelo Integrativo de Manutenção de Relacionamentos por Ogolsky et al. (2017) e nas observações de Impett et al. (2019) sobre as adaptações apresentadas por pessoas com disfunções sexuais, para estabelecer a seguinte hipótese: compreendendo que os seres humanos tendem a apresentar comportamentos de manutenção de seus relacionamentos, mesmo que as mulheres com a SMRKH apresentem níveis de satisfação sexual mais baixos, em virtude de potenciais disfunções sexuais secundárias à síndrome, seus níveis de satisfação relacional devem manter-se semelhante ao de outras mulheres sem a síndrome (grupo controle) nas mesmas condições.

Método

Critérios de Inclusão e Exclusão

As mulheres incluídas nesse estudo deveriam ser brasileiras, ter entre 18 e 65 anos, e estar em relacionamentos amorosos a no mínimo 6 meses. Elas também precisaram ter acesso à internet para responder ao questionário utilizado como instrumento de coleta de dados.

Os fatores que levariam à exclusão das participantes foram determinados como: a ausência de respostas que compromettesse a análise ou não permitissem identificar a adequação aos critérios de inclusão, preenchimento de informações determinantes para sua exclusão do estudo e questionários com respostas idênticas que configurassem respostas duplicadas.

Participantes

Participaram do estudo 116 mulheres brasileiras. Dessas, duas foram excluídas por não atenderem ao critério de inclusão de duração do relacionamento (≥ 6 meses). A amostra final foi composta por 114 mulheres, 34 no grupo de mulheres com a Síndrome de Rokitansky (Grupo Rokitansky - GR) e 80 no grupo de comparação (GC).

O GR contou com mulheres entre 21 e 64 anos (média: 37.5 anos, mediana: 33.5), em sua maior parte brancas (70.6%), morando principalmente nas regiões sudeste (50%) e nordeste (20.6%) do Brasil, com nível de escolaridade predominantemente mais alto (ens. superior:

20.6%, pós-graduação: 44.1%) e rendas familiares principalmente entre 3 e 6 salários ou mais (76.4%). O GC, por sua vez, contou com mulheres entre 19 e 57 anos (média: 32.7 anos, mediana: 31), principalmente brancas (55%) e pardas (36.25%), morando principalmente nas regiões norte (62.5%) e sudeste (21.2%) do Brasil, com nível escolar também predominantemente mais alto (ens. superior: 16.2%, pós-graduação: 53.7%) e rendas familiares predominantes entre 3 e 6 salários ou mais (82.5%), similarmente ao observado no GR.

Amostragem

Para o GR foi adotada a amostragem por conveniência, em virtude da raridade da amostra em função da síndrome. O tamanho amostral definido inicialmente foi de 30 indivíduos e a amostra final alcançou 34. Para o GC foi adotado método de amostragem desbalanceada, utilizando a proporção de alocação de 2:1 (2 indivíduos do GC para cada indivíduo do GR), onde a idade das participantes foi definida como fator homogeneizante (Lohr, 2010). O tamanho amostral definido inicialmente foi de 60 indivíduos e amostra final, alcançou 80.

Variáveis

A variáveis analisadas em ambos os grupos incluíram dados referentes a características sociodemográficas básicas (p. ex., idade, raça, religião, escolaridade e renda), dados relacionados à caracterização do relacionamento (p. ex., duração do relacionamento, gênero da parceria e tipo de relacionamento), medidas relacionadas à satisfação com o relacionamento (p. ex., felicidade por estar no relacionamento, adequação com as expectativas), medidas relacionadas ao vínculo emocional com a parceria (p. ex., interesse em fazer coisas juntos, apreciação da companhia), frequência de diferentes práticas sexuais (p. ex. frequência com que realiza sexo oral, ou sexo anal); funcionamento sexual (p. ex. frequência de sucesso na resposta excitatória ou de relações sem dor) e), medidas relacionadas à satisfação sexual (p. ex. satisfação com o prazer durante a atividade sexual ou com a intensidade de excitação).

As variáveis avaliadas apenas no GR referem-se a dados relativos à história clínica (p. ex., idade com que obteve diagnóstico, realização de procedimentos para criação do canal vaginal). Os instrumentos completos utilizados na investigação dessas variáveis podem ser acessados no Anexo 3 desse documento.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada exclusivamente por meio de formulário digital desenvolvidos com auxílio do Google Forms®. O acesso a esse formulário ocorreu através de

um hiperlink para a plataforma Google Forms[©] que levava à versão do respondente. As participantes responderam aos questionários de forma autônoma, sem qualquer participação das pesquisadoras. Os dados preenchidos pelas participantes foram automaticamente convertidos em tabelas do Google Sheets[©] pela plataforma Google Forms[©]. Através do questionário digital também era possível definir o grupo da participante, uma vez que o acesso ao instrumento para coleta de dados de história clínica (exclusivo do GR) só poderia ser acessado pelas participantes que declarassem ter a síndrome na sessão anterior.

Ambiente

O ambiente da pesquisa foi exclusivamente digital. O Instituto Roki¹, instituição parceira nessa pesquisa, divulgou o convite para participação na pesquisa através de suas redes sociais (Instagram e Facebook), lista telefônica (via whatsapp) e durante duas reuniões online dos grupos de apoio terapêutico nas quais a pesquisadora principal participou como convidada. Além disso, o convite também foi divulgado nas redes sociais do Programa de Pós-graduação em Neurociência e Comportamento/UFPA (Instagram) e da pesquisadora principal (Instagram, Facebook e Whatsapp). Em todas essas formas de divulgação, foi disponibilizado o link para acesso ao questionário online que é o instrumento único da pesquisa.

Aspectos éticos

A pesquisa de título “Dinâmica entre Função Sexual, Satisfação Sexual e Satisfação nos Relacionamentos Românticos de Mulheres com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser” foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará sob o (CAAE: 79659124.6.0000.5172) e cumpriu todas as solicitações éticas relacionadas à pesquisa com seres humanos.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados oito instrumentos (Anexo 3), os quais serão descritos a seguir na mesma ordem em que foram apresentados às participantes:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Questionário sociodemográfico econômico e religioso (12 questões): desenvolvido pelas pesquisadoras para traçar um perfil geral das participantes;

¹ <https://institutoroki.org.br/pt/home/>

- Questionário de histórico clínico (6 questões): desenvolvido pelas pesquisadoras para coletar informações sobre o diagnóstico e manejo clínico das mulheres com a SMRKH. Aplicado somente às mulheres que marcassem o campo indicando ter diagnóstico da SMRKH.
- Questionário de caracterização do relacionamento amoroso (8 questões): desenvolvido pelas pesquisadoras para investigar características do relacionamento tais como tempo ou *status* do relacionamento (p. ex., namoro, casamento).
- Escala do Nível de Satisfação com o Relacionamento Amoroso Revisada (10 questões): versão validada para português (Londero-Santos et al., 2021) da Escala do Nível de Satisfação com o Relacionamento Amoroso (Rusbult et al., 1998), desenvolvida para mensurar a satisfação no relacionamento amoroso. A pontuação total geral é obtida por um cálculo de Score-Z que varia entre -5,18195 a 2,81805, onde pontuações mais altas indicam maior satisfação no relacionamento, e pontuações mais baixas o oposto.
- Escala do Amor do Marriage and Relationship Questionnaire Brasil (9 questões): versão validada para português (França et al., 2016) da Escala do Amor (Love Scale) do Marriage and Relationship Questionnaire (Russell & Wells, 1993), desenvolvida para mensurar o vínculo emocional com a parceria. O escore geral que pode variar entre 9 e 45 e pontuações mais altas nessa escala indicam maior vínculo no relacionamento, enquanto pontuações mais baixas indicam o contrário.
- Questionário de Práticas Sexuais (6 questões): elaborado por Silva & Brito (2016) para investigar frequência e tipos de práticas sexuais das participantes, a fim de auxiliar a compreensão dos resultados do questionário Índice de Função Sexual Feminina (descrito a seguir).
- Índice de Função Sexual Feminina (19 questões): versão validada para o português (Pacagnella et al., 2008) do Female Sex Function Index (R. Rosen et al., 2000), instrumento desenvolvido para auxiliar no diagnóstico de disfunções sexuais e monitorar a eficácia de intervenções ou tratamentos. Conta com 6 domínios cujos escores são calculados separadamente. Notas mais altas no domínio de dor indicam maior frequência de dor à penetração. O escore final é a soma dos escores de cada domínio e varia de 2 a 36. Valores mais altos indicam melhor funcionamento sexual. O valor de corte de 26,55 foi apontado como indicador de possíveis disfunções sexuais.

- Nova Escala de Satisfação Sexual (20 questões): versão validada pra português (Santos Pechorro et al., 2015) da New Scale of Sexual Satisfaction (Štulhofer et al., 2010), desenvolvida para mensurar a satisfação sexual. A pontuação total varia de 20 a 100 e valores mais altos correspondem a níveis mais altos de satisfação sexual

CAPÍTULO 1

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE UM GRUPO DE MULHERES BRASILEIRAS COM SÍNDROME DE MAYER-ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER EM RELACIONAMENTOS AMOROSOS DE LONGO PRAZO²

Lídia Silveira dos Santos¹, Juliana Schulze Burti², Vivianni Veloso¹

1. Universidade Federal do Pará. Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento. Programa de Pós-graduação em Neurociência e Comportamento. Belém, PA, Brasil.

2. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde. Coordenação da Graduação em Fisioterapia. São Paulo, SP, Brazil

Resumo

A Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (SMRKH) é uma condição congênita rara que afeta aproximadamente 1 em cada 5.000 pessoas com cariótipo 46, XX, caracterizada pela ausência parcial ou total do útero e da vagina. Dada a escassez de estudos com essa população e o número ainda limitado de profissionais especializados em saúde sexual e reprodutiva que atendem esse público, este estudo visa apresentar um panorama clínico da síndrome em brasileiras, bem como analisar de que forma características sociodemográficas podem impactar o manejo da condição. Participaram 34 pessoas diagnosticadas com SMRKH, que responderam a um questionário on-line elaborado pelas pesquisadoras. A maioria das participantes recebeu o diagnóstico na adolescência e realizou dilatação vaginal progressiva como primeira linha de tratamento. Os principais achados apontam que o acompanhamento fisioterapêutico durante o processo de dilatação pode reduzir a necessidade de intervenção cirúrgica, enquanto o suporte psicossocial favorece a adaptação ao diagnóstico e suas implicações. Além disso, observou-se que desigualdades regionais podem limitar o acesso a serviços especializados de saúde, comprometendo o manejo adequado da síndrome.

Palavras-chave: doenças congênitas; malformações genitais; sistema reprodutivo; saúde sexual; saúde da mulher; serviços de saúde.

² Esse manuscrito foi adequado às normas de submissão do periódico Revista Brasileira de Sexologia Humana.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (SMRKH) é uma condição congênita que acomete 1:5000 pessoas com cariótipo 46,XX e fenótipo tipicamente feminino, caracterizada por atresia vaginal e hipoplasia ou agenesia do útero e tubas uterinas (Herlin; Petersen; Brännström, 2020; Pietzsch et al., 2024). A etiologia da SMRKH não está esclarecida (Hentrich et al., 2020; Pietzsch et al., 2024) mas sabe-se que as malformações decorrem da falha no desenvolvimento dos ductos paramesonéfricos, estruturas embrionárias das quais derivam os ovidutos, o útero e a porção superior do canal vaginal (Carlson, 2014; Domenice et al., 2002).

O diagnóstico da síndrome geralmente ocorre na adolescência, devido a presença de amenorreia primária, associada ou não à dismenorreia, em adolescentes com desenvolvimento puberal compatível com a idade (Gutsche et al., 2011; Herlin; Petersen; Brännström, 2020). O exame ginecológico pode revelar a presença de uma fosseta vaginal (Weijenborg et al., 2019). Como os ovários estão presentes e funcionais, o ciclo ovariano os níveis hormonais, os caracteres sexuais secundários (Herlin; Petersen; Brännström, 2020; Pietzsch et al., 2024) a ovulação e fertilidade (Brucker et al., 2020; Georgopapadakos et al., 2019; Herlin; Petersen; Brännström, 2020) apresentam-se sem alterações.

A confirmação diagnóstica envolve exames de imagem, como a ultrassonografia e/ou a ressonância magnética nuclear, que permitem avaliar as alterações anatômicas e identificar possíveis malformações associadas. O diagnóstico diferencial é estabelecido por meio do exame de cariótipo (Gutsche et al., 2011).

A SMRKH é classificada em dois tipos. O Tipo I refere-se à apresentação clínica com malformações restritas ao sistema reprodutor. Já no Tipo II, há a malformações extragenitais, especialmente nos rins (agenesia unilateral ou ectopia), sistema esquelético (escoliose, fusão de vértebras) e, mais raramente, olhos, ouvidos e coração (Herlin et al., 2020; Pietzsch et al., 2024). Uma forma específica dessa apresentação é o MURCS (acrônimo para *Müllerian, Renal and Cervicothoracic somite abnormalities*) (Oppelt et al., 2007), que combina alterações uterovaginais, renais e esqueléticas. Novas combinações de anomalias têm sido cada vez mais reportadas na literatura recente (Herlin; Petersen; Brännström, 2020; Pietzsch et al., 2024; Yano et al., 2022).

Como a maioria dos casos apresenta a forma clássica (Tipo I), o diagnóstico frequentemente é feito apenas na adolescência ou no início da vida sexual, quando surgem

queixas como dor ou dificuldade durante a penetração vaginal (Abreu; Linhares, 2022; Bean; Mazur; Robinson, 2009).

A confirmação do diagnóstico costuma gerar grande impacto emocional, sendo comum o surgimento de questões profundas relacionadas à identidade, à sexualidade e à maternidade (Hatim et al., 2021; Weijenborg et al., 2019). Quando não manejadas adequadamente, essas questões podem levar ao adoecimento psicológico (Bean; Mazur; Robinson, 2009), à evitação de atividade sexual com parceria (Bean; Mazur; Robinson, 2009; Dabaghi; Zandi; Ilkhani, 2019; Facchin et al., 2021), e à dificuldade para estabelecer vínculos afetivo-românticos (Bargiel-Matusiewicz; Kroemeke, 2015; Weijenborg et al., 2019).

Diante disso, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2018) recomenda uma abordagem multidisciplinar para o cuidado de pessoas com SMRKH, incluindo profissionais da psicologia, ginecologia, cirurgia ginecológica, fisioterapia especializada (quando desejada a criação do canal vaginal), reprodução assistida (quando há desejo de maternidade biológica) e grupos de apoio com pares e parceiros(as) românticos(as).

Apesar da importância de um acompanhamento integral, a maioria das pesquisas sobre a síndrome tem focado principalmente em aspectos cirúrgicos, impacto psicológico imediato e função sexual (Hatim et al., 2021; Herlin; Petersen; Brännström, 2020). Com exceção de Weijenborg et al., (2019) poucos estudos abordam a adaptação de longo prazo após o diagnóstico, como a formação de vínculos amorosos, a satisfação sexual e a satisfação relacional, fatores relevantes para indicar a adaptação diagnóstica, bem-estar emocional e qualidade de vida. Além disso, ressalta-se, também, que a maior parte dessas investigações provém de populações de países do norte global, indicando uma sub-representação das populações do sul-global (Herlin; Petersen; Brännström, 2020).

Diante da ausência de estudos que explorem as particularidades da experiência de pessoas brasileiras com SMRKH, incluindo seus históricos clínicos e contextos socioculturais, este estudo tem como objetivo descrever o perfil clínico e sociodemográfico de pessoas brasileiras com o diagnóstico da síndrome que se encontram em relacionamentos amorosos de longo prazo.

METODOLOGIA

Este é um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados coletados por meio de um questionário virtual autoaplicável, no período de agosto a dezembro de 2024.

Participantes

A amostra foi composta por 34 pessoas que declararam ter recebido o diagnóstico médico da SMRKH, com idade igual ou superior a 18 anos, que estivessem em um relacionamento amoroso de pelo menos seis meses de duração no momento da coleta de dados. Os critérios de exclusão adotados foram o não preenchimento de dados ligados diretamente aos critérios de exclusão (idade e tempo de relacionamento), dados incompletos sobre o histórico clínico e solicitação de desligamento da pesquisa. Mediante esses critérios, todavia, nenhuma participante foi excluída.

Aspectos Éticos

Esse estudo integra o projeto intitulado “Dinâmica entre Função Sexual, Satisfação Sexual e Satisfação nos Relacionamentos Românticos de Mulheres com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser” aprovado pela Plataforma Brasil sob o CAAE 79659124.6.0000.5172.

As participantes foram informadas sobre os objetivos, procedimentos, potenciais riscos e benefícios da pesquisa por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice), disponibilizado eletronicamente na primeira página do questionário. O acesso às demais seções do instrumento foi permitido somente após a marcação da opção “Li e concordo com os termos acima”, o que constituiu a anuência formal para participação. Após o aceite, uma versão do TCLE com a assinatura das pesquisadoras responsáveis foi disponibilizada para download.

A confidencialidade dos dados foi assegurada por meio da anonimização das respostas. Nenhuma informação que permitisse a identificação das participantes foi solicitada. Os dados coletados foram armazenados em local seguro, com acesso restrito às pesquisadoras responsáveis.

Recrutamento

O Instituto Roki, organização sem fins lucrativos que fornece suporte a pessoas com SMRKH no Brasil, colaborou com a pesquisa, compartilhando o convite à participação e o link do questionário em seus perfis oficiais no Instagram© e Facebook© e durante reuniões virtuais dos grupos terapêuticos. A pesquisadora principal também realizou divulgação por meio de seus perfis pessoais nas redes sociais (Instagram© e WhatsApp©), e o Programa de Pós-Graduação

em Neurociência e Comportamento divulgou o estudo através de seu perfil institucional no Instagram©.

Instrumentos

Todos os instrumentos utilizados nessa análise foram elaborados pelas autoras, especificamente para os objetivos do estudo (apêndice) e seu desenvolvimento foi baseado em revisão da literatura científica nacional e internacional sobre a SMRKH. Os instrumentos foram testados em um pré-teste com 10 participantes, com o objetivo de identificar dificuldades de compreensão, redundâncias ou falhas na estrutura lógica das perguntas. A partir desse processo, foram realizadas adequações linguísticas e estruturais antes da aplicação definitiva

O questionário virtual foi composto pelos seguintes instrumentos: TCLE; questionário sociodemográfico, econômico e religioso; questionário de histórico clínico; e questionário de caracterização do relacionamento (anexos). Nenhuma pergunta foi de resposta obrigatória, exceto o campo de aceite ao TCLE.

Coleta e Análise de dados

As participantes foram selecionadas por amostragem por conveniência dada a raridade da amostra. Os dados foram exportados para planilhas do Excel Office 2019©, organizados em tabelas e analisados com auxílio do software Jamovi 2.6.13, por meio de estatística descritiva.

Foram calculadas frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, bem como médias, desvios-padrão, medianas e intervalos interquartis para variáveis contínuas. A análise de normalidade utilizando o teste de Shapiro-Wilk indicou ausência de distribuição normal para as variáveis principais ($p < 0,03$). O tratamento dos dados ausentes foi conduzido por meio da programação do Jamovi para ignorar automaticamente as células em branco durante os cálculos estatísticos. Nenhum procedimento de imputação de dados foi adotado neste estudo. Além disso, foi conduzida uma checagem manual individual das respostas, a fim de verificar o cumprimento dos critérios de exclusão previamente estabelecidos.

As variáveis analisadas foram classificadas em exposição (presença da condição), fatores associados (idade, escolaridade, renda familiar, região de moradia, tempo e tipo de relacionamento) e modificadores de efeito (acompanhamento multidisciplinar). Considerando o delineamento transversal e a amostragem por conveniência, não foram realizados ajustes para fatores de confusão nem análises multivariadas neste estudo.

Disponibilidade dos dados

Os dados brutos utilizados neste estudo estão hospedados no repositório Open Science Framework (OSF) e podem ser acessados publicamente por meio do seguinte identificador: https://osf.io/c6ft7/?view_only=aae702c9104344019f21d3af4d8a1d4f3.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 34 pessoas com diagnóstico da SMRKH. As participantes tinham entre 21 e 64 anos (média de 37,5 anos ($\pm 11,5$); mediana de 33,5 anos) e a maior parte se autodeclarou branca (70,6%). Predominaram níveis de escolaridade mais altos (ensino superior completo ou em andamento = 20,6%; pós-graduação = 44,1%). A renda familiar variou entre 3 e 6 ou mais salários-mínimos (76,4%) e a média salarial estimada foi de 3,28 salários-mínimos. As participantes residiam em todas as regiões do país, com maior concentração das regiões sudeste (50%) e Nordeste (20,6%). Quanto à religião, 76,4% das participantes se declararam religiosas, sendo a afiliação mais comum o cristianismo (53,2%) e 18% da amostra declarou não professar nenhuma religião (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos, econômicos e religiosos de um grupo de mulheres brasileiras diagnosticadas com SMRKH* ($n=34$).

	<i>N</i>	% do Total
Faixa Etária		
21 – 30	12	35.3
31- 40	9	26.4
41 – 50	6	17.6
51 – 64	7	20.6
Raça autodeclarada		
Branca	24	70.6
Parda	8	23.5
Preta	2	5.9

³ Link ajustado para revisão cega por pares. O DOI com identificação do contribuidor será incluído após aprovação final conforme diretrizes da revisão duplo-cega da RBSH.

Religião		
Cristã	17	53.2
Não professa religião	6	18.8
Mais de uma influência religiosa	4	12.5
Espírita	2	6.3
Matriz Asiática	2	6.3
Matriz Africana	1	3.1
Região de Moradia		
Sudeste	17	50
Nordeste	7	20.6
Sul	6	17.6
Centro-Oeste	3	8.8
Norte	1	2.9
Escolaridade		
Pós-graduação	15	44.1
Ens. Superior Completo	7	20.6
Ens. Médio Completo	12	35.3
Renda Familiar		
Até 1 salário-mínimo	3	9.1
Entre 1 e 2 salários-mínimos	4	12.1
Entre 3 e 4 salários-mínimos	7	21.2
Entre 5 e 6 salários-mínimos	6	18.2
Mais de 6 salários-mínimos	13	39.4

*Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

Fonte: dos autores.

Todas as mulheres estavam em relacionamentos afetivo-sexuais de no mínimo seis meses, conforme critério de inclusão, e a duração média desses relacionamentos foi de 9.65 ± 10.61 anos (mín.: 0,5 anos – máx.: 40 anos). A maior parte dos relacionamentos era composto de uniões estáveis/casamento (50%), de natureza heterossexual (91.2%) e monogâmica (97.1%), em coabitação com a parceria (55.9%) (Tabela 2).

Quanto à parentalidade, 79.4% não tinham filhos. Entre as que tinham, os filhos eram em sua maior proporção adotados que filhos de suas parcerias (6:1). Nenhum filho biológico foi registrado nessa amostra (Tabela 2).

Tabela 2 - Características relacionadas aos relacionamentos amorosos de um grupo de mulheres brasileiras diagnosticadas com SMRKH* ($n= 34$).

	<i>N</i>	% do Total
Orientação sexual da participante		
Heterossexual exclusiva	30	88.2
Heterossexual predominante	1	2.9
Bissexual	2	5.9
Homossexual exclusiva	1	2.9
Estrutura de relacionamento		
Monogâmico	33	97.1
Poligâmico	1	2.9
Identidade de gênero da parceria		
Homem	31	91.2
Mulher	3	8.8
Tipo de relacionamento		
“Não-oficial” ou “Ficando”	4	11.8
Namoro ou relacionamento sério	10	29.4
Noivado	3	8.8

Casamento ou união estável	17	50
Situação de coabitação da participante		
Sozinha	8	23.5
Com a parceria amorosa	19	55.9
Com os pais ou outros familiares	6	17.6
Amigos ou moradia coletiva	1	2.9
Filhos		
Adotivos	6	17.6
Enteados	1	2.9

*Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser
Fonte: dos autores.

Quanto ao tipo da SMRKH, 52,9% (n = 18) foram classificadas como do tipo I e 23,5% (n = 8) como do tipo II, com diagnóstico recebido na adolescência (70,6%) ou vida adulta (29,4%). Os profissionais mais frequentemente responsáveis pelo diagnóstico foram ginecologistas (97%), com exceção de uma participante, que relatou ter recebido o diagnóstico com auxílio do endocrinologista (Tabela 3).

O acompanhamento multiprofissional formal, envolvendo dois ou mais profissionais de diferentes áreas, foi indicado por 64,7% participantes, sendo conduzida principalmente por psicólogos (35,3%), fisioterapeutas pélvicos/ginecológicos (20,6%) e cirurgiões ginecológicos (20,6%). A inserção em grupos de apoio de outras pessoas com a mesma condição (grupo de apoio terapêutico por pares) foi relatado como parte da trajetória de cuidados por 79,4% das participantes (Tabela 3).

Tabela 3 - Dados da história clínica de um grupo de mulheres brasileiras diagnosticadas com SMRKH* (n= 34).

	N	% do Total
Momento diagnóstico		
Adolescência	24	70.6

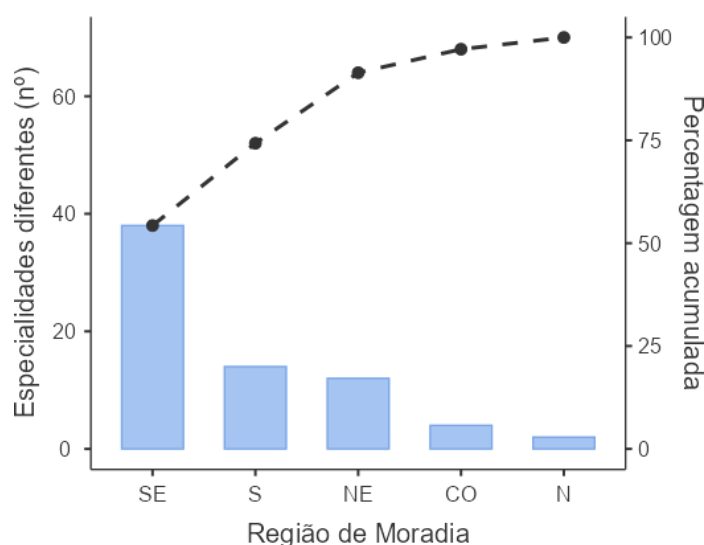
Vida Adulta	10	29.4
Classificação da SMRKH*		
Tipo I	18	52.9
Tipo II	8	23.5
Não informado	8	23.5
Especialidades de assistência em saúde utilizados		
Ginecologia	33	97.05
Psicologia	12	35.3
Cirurgia ginecológica	7	20.6
Fisioterapia	7	20.6
Grupos de apoio terapêutico de pares	27	79.4
Práticas Integrativas e Complementares	3	8.8
Sexologia	1	2.9
Endocrinologia	1	2.9

*Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

Fonte: dos autores.

Observou-se que mulheres residentes na região Sudeste relataram o maior número e variedade de atendimentos especializados, enquanto as participantes do Norte apresentaram o menor acesso a esses serviços. Conforme ilustra a Figura 1, a curva acumulativa indica que a maior parte dos relatos de acesso está concentrada nas regiões Sudeste e Sul, sugerindo uma desigualdade significativa na distribuição da atenção multiprofissional entre as macrorregiões brasileiras. Avaliando as especialidades mais comuns no acompanhamento multiprofissional, por exemplo, notou-se que não houve acesso ao serviço de Fisioterapia Pélvica entre participantes do Norte e Nordeste; o acompanhamento por Psicólogo foi ausente na região Norte e Centro-oeste e teve apenas uma representante na região Nordeste; e o acesso a cirurgia ginecológica foi proporcionalmente menor entre participantes do Centro-oeste (0%), Nordeste (0,2%) e Sul (0,3%).

Fig. 1 Diversidade de serviços especializados em saúde acessados um grupo de mulheres brasileiras diagnosticadas com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser por região de moradia



A dilatação vaginal foi uma proposta de manejo terapêutico realizada por 70,58% das participantes. Dentre estas, 21% utilizaram o método conservador, a dilatação vaginal progressiva (DVP) ou Método de Frank, que utiliza dilatadores vaginais rígidos com proporções progressivas em comprimento e diâmetro, conforme o canal vaginal ganha profundidade. A DVP foi realizada de duas formas: com orientação médica, mas sem acompanhamento durante o processo de dilatação ou com acompanhamento direto de fisioterapeuta. Dentre as participantes que realizaram DVP com auxílio fisioterapêutico, nenhuma evoluiu para a cirurgia de neovaginoplastia. Dentre as que realizaram de forma autônoma, 12,5% evoluíram para manejo cirúrgico de criação do canal vaginal (neovaginoplastia). Entre as três participantes submetidas exclusivamente à neovaginoplastia, todas tinham 40 anos ou mais. Dados sobre a técnica cirúrgica utilizada não foram coletados (Tabela 4).

Tabela 4 – Processos de criação de canal vaginal adotados por um grupo de mulheres brasileiras diagnosticadas com SMRKH* ($n=24$).

	N (omisso)	% do Total
Dilatação Vaginal Progressiva (DVP)	21	87.5
De forma autônoma	16	66.6
Com assistência fisioterapêutica	5	20.8

Neovaginoplastia	3	12.5
DVP e Neovaginoplastia	2	8.3

*Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

Fonte: dos autores.

A proporção de dados ausentes foi baixa (menos de 10%) para todas as variáveis, sendo de 5,88% para a variável religião e 2,9% para a variável renda familiar, não comprometendo a descrição geral da amostra. Esses dados ausentes foram ignorados automaticamente pelo software durante as análises descritivas, conforme previsto na metodologia. Nenhuma participante foi excluída da amostra com base nos critérios estabelecidos.

DISCUSSÃO

A pesquisa sobre a SMRKH tem avançado significativamente nas últimas duas décadas (Herlin; Petersen; Brännström, 2020), especialmente no que tange à compreensão de sua etiologia (Hentrich et al., 2020; ORPHANET, 2015; Pietzsch et al., 2024), ao desenvolvimento de técnicas mais eficazes para construção do canal vaginal (ACOG, 2018; Baby et al. 2024; Manrique et al., 2019; Zhu et al., 2013) e às implicações psicossociais e relacionais que influenciam a adaptação ao diagnóstico (Bargiel-Matusiewicz; Kroemeke, 2015; Bean; Mazur; Robinson, 2009; Facchin et al., 2021).

Todavia, essa investigação ainda não reúne representação equiparada de populações do sul global (Herlin; Petersen; Brännström, 2020). A raridade da síndrome e a necessidade de um diagnóstico preciso pode ser um fator importante para isso, todavia, a necessidade de investigação em diferentes parcelas populacionais, para compreensão entre manejo clínico e fatores contextuais/culturais, bem como a investigação de abordagens que se mostram eficazes é indispensável (Hatim et al., 2021). Este estudo busca contribuir com esse campo ao descrever o perfil clínico e sociodemográfico de uma amostra de mulheres brasileiras com o diagnóstico de SMRKH que apresentam um possível indicativo de sucesso no manejo terapêutico: o estabelecimento de relacionamentos íntimos românticos de longa duração.

Em consonância com nossos achados, Herlin et al. (2020), em uma revisão abrangente, apontaram que o diagnóstico costuma ocorrer na adolescência, geralmente após a investigação de amenorreia primária. Contudo, em países com maior desenvolvimento tecnológico e sistemas de saúde mais estruturados, esse diagnóstico tem ocorrido cada vez mais precocemente. Yano *et al.* (2022) por exemplo, demonstraram que meninas japonesas com a forma tipo II da síndrome receberam diagnóstico com média de 2,6 anos de idade,

especialmente quando apresentavam malformações associadas. Esse contraste ilustra como o acesso precoce a exames especializados e ao cuidado integrado influencia não apenas o tempo de diagnóstico, mas também as trajetórias de adaptação psicossocial das pacientes. No Brasil, onde o diagnóstico ainda é frequentemente tardio, os impactos sobre a identidade e autoimagem tendem a ser mais intensos (Tsarna et al., 2022; Weijenborg et al., 2019).

Com relação ao manejo clínico, observamos que a maioria das participantes iniciou a criação do canal vaginal com o método conservador, a dilatação vaginal progressiva (DVP), e apenas uma pequena parcela evoluiu para cirurgia após tentativa frustrada com a DVP. Entre as 24 mulheres que relataram utilizar algum método, 21 realizaram somente a DVP e 3 fizeram dilatação seguida de cirurgia. Esse padrão está alinhado com as diretrizes do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2018) e reforça os achados de Baby et al., (2024) que apontam a DVP como um método de boa efetividade em uma revisão sistemática com 1540 mulheres.

Um aspecto particularmente relevante desta amostra foi a associação entre a DVP supervisionada por profissional de saúde — especialmente fisioterapeutas — e o sucesso do método conservador. Nenhuma das mulheres que realizou DVP com acompanhamento evoluiu para cirurgia, ao passo que isso ocorreu com parte daquelas que realizaram o procedimento de forma autônoma. Esse achado corrobora com o que Abreu & Linhares (2022) sobre a importância da atuação fisioterapêutica especializada no manejo da síndrome, bem como os dados de Edmonds et al., (2012) que relataram ganho no comprimento do canal vaginal e melhora da função sexual em 245 mulheres inglesas acompanhadas por programas estruturados de dilatação. Resultados semelhantes foram apontados por Kruglyak et al., (2021) que além de perceberem um canal vaginal de comprimento satisfatório, também identificaram melhora na dor à penetração, função sexual e até na realização de atividades física em 64 adolescentes russas com SMRKH, após dilatação supervisionada. Além disso, estudos como os de HadaviBavili *et al.* (2023) e Weijenborg *et al.* (2019) destacam que, mesmo após o tratamento, muitas mulheres com SMRKH continuam apresentando dificuldades sexuais, o que pode estar relacionado à ausência de acompanhamento especializado.

A decisão pela criação do canal vaginal foi referida por cerca de 70% das participantes da presente amostra. Embora o número por si só reforce a importância desse procedimento para muitas mulheres, permanece a necessidade de aprofundar a compreensão sobre os motivos que influenciam essa decisão. Weijenborg *et al.*, (2019), por exemplo, apontam que o desejo de

melhora na experiência sexual e na autoimagem genital são razões frequentemente relatadas por mulheres com a síndrome. Investigações futuras sobre essas motivações podem favorecer abordagens mais personalizadas e respeitosas, centradas nas necessidades individuais das pacientes.

Quanto às implicações psicossociais, estudos prévios já indicaram que a identidade feminina e a autoimagem corporal são dimensões especialmente afetadas pela SMRKH (Herlin; Petersen; Brännström, 2020; Tsarna et al., 2022; Weijenborg et al., 2019), podendo influenciar não apenas a saúde mental, mas também a qualidade dos relacionamentos íntimos. Em nosso estudo, 79,4% das participantes relataram participação em grupos de apoio terapêutico de pares, o que sugere que o suporte psicossocial pode exercer papel relevante na adaptação pessoal ao diagnóstico e na construção da confiança necessária para o engajamento em vínculos amorosos.

Outro dado que merece atenção diz respeito à parentalidade. Ainda que apenas sete participantes da amostra tenham filhos, o fato de o estudo ter recrutado mulheres em relacionamentos de longo prazo pode ter favorecido esse achado. A maternidade em mulheres com SMRKH ainda é cercada por desafios, que vão desde os aspectos biológicos até os sociais. Embora a filiação biológica seja possível por meio de técnicas de reprodução assistida como fertilização *in vitro* com útero de substituição (Herlin; Petersen; Brännström, 2020) ou transplante uterino (Brucker et al., 2020; Georgopapadakis et al., 2019), fundamental considerar também as limitações financeiras, logísticas e estruturais que restringem o acesso a essas opções. Isso reforça a importância de se ampliar o debate sobre caminhos alternativos de parentalidade e suporte às decisões reprodutivas dessas mulheres.

No que tange ao acesso a serviços especializados, destaca-se que aproximadamente metade das participantes residia na região Sudeste, área com os mais altos índices de desenvolvimento humano do país. Esse fator, somado ao recrutamento auxiliado por uma instituição que oferece apoio virtual (Instituto Roki), pode ter contribuído para a predominância de mulheres com maior escolaridade e maior acesso a recursos digitais na amostra. A Figura 1, por sua vez, reforça essa desigualdade ao demonstrar, por meio de um gráfico de Pareto, que o maior número de acessos a especialidades em saúde ocorreu entre participantes da região Sudeste, com redução progressiva nas demais regiões, sendo o menor acesso registrado entre residentes do Norte. Esse dado evidencia que o local de residência continua sendo um determinante crítico no acesso à atenção especializada. Tal disparidade não apenas reflete um padrão nacional de iniquidade em saúde, como também sugere que, mesmo diante de um

diagnóstico comum, as trajetórias clínicas e psicossociais das mulheres com SMRKH podem ser profundamente afetadas pelo contexto territorial em que vivem (Ministério da Saúde, 2024).

CONCLUSÃO

Este estudo identificou que os perfis clínicos das mulheres brasileiras com SMRKH em relacionamentos de longo prazo são, em grande medida, compatíveis com os descritos na literatura internacional. Da mesma forma, os protocolos adotados para o manejo clínico da síndrome, especialmente a prevalência da dilatação vaginal progressiva (DVP), demonstram consonância com as diretrizes do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2018)

Entretanto, as diferenças sociodemográficas, particularmente em relação à região de moradia, indicam desigualdades relevantes no acesso a serviços especializados em saúde, o que pode impactar diretamente os desfechos clínicos e psicossociais dessas mulheres. O acesso desigual a cuidados especializados reforça a importância de políticas públicas que promovam a equidade no atendimento a pessoas com condições raras, como a SMRKH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações derivadas deste estudo serão feitas em função de apontar frentes para aprofundamento que poderão beneficiar o público com SMRKH: a primeira refere-se à melhor compreensão das motivações que levam mulheres com SMRKH a optarem pela criação do canal vaginal, considerando que decisões informadas, respeitosas e centradas nas necessidades individuais devem ser a base para uma abordagem clínica ética e eficaz. A segunda diz respeito à importância do acompanhamento profissional durante o processo de dilatação vaginal progressiva, já que os dados sugerem maior sucesso quando essa técnica é conduzida sob supervisão especializada, o que reforça a necessidade de investimentos na formação e oferta de serviços com essa finalidade. A terceira frente envolve a compreensão dos desafios reprodutivos enfrentados por mulheres com a síndrome, inclusive no que tange à viabilidade de diferentes caminhos para a parentalidade, como o uso de técnicas de reprodução assistida, adoção ou gestação por substituição.

Torna-se também relevante destacar que a seleção de participantes com experiências de relacionamento íntimo e estável permitiu vislumbrar possíveis fatores de adaptação positiva frente à condição clínica. A investigação futura desses aspectos poderá contribuir para uma compreensão mais abrangente sobre os determinantes da satisfação relacional, da qualidade de

vida e da efetividade das intervenções em saúde voltadas à população com SMRKH. Assim, enfatiza-se a importância de abordagens que considerem, de forma integrada, os aspectos clínicos, psicossociais e contextuais envolvidos no cuidado a essa população, contribuindo para práticas mais equitativas, sensíveis e fundamentadas em evidências.

AGRADECIMENTOS

À (inserir nome da instituição financiadora após aprovação final conforme diretrizes da revisão duplo-cega da RBSH). Ao (inserir nome da organização que auxiliou no recrutamento após aprovação final conforme diretrizes da revisão duplo-cega da RBSH) e toda sua equipe pela inestimável parceria na realização dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ABREU, F.M.C.; LINHARES, B.Q.H.S. A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA SÍNDROME DE MAYER - ROKITANSKY - KUSTER- HAUSER | Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 30 jun. 2022.
- ACOG Committee Opinion No. 728: Müllerian Agenesis: Diagnosis, Management, And Treatment. *Obstetrics & Gynecology*, v. 131, n. 1, p. e35–e42, jan. 2018.
- BABY, A.; PALLAM, M.C.; HAYTER, M. Effectiveness of non-surgical interventions to improve health and well-being in women living with Mayer–Rokitansky–Kuster–Hauser syndrome: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, v. 80, n. 6, p. 2167–2201, jun. 2024.
- BARGIEL-MATUSIEWICZ, K.; KROEMEKE, A. Personality traits and coping styles in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Archives of Medical Science*, v. 6, p. 1244–1249, 2015.
- BEAN, E. J.; MAZUR, T.; ROBINSON, A. D. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome: Sexuality, Psychological Effects, and Quality of Life. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, v. 22, n. 6, p. 339–346, dez. 2009.
- BRUCKER, S.Y. *et al.* Living-Donor Uterus Transplantation: Pre-, Intra-, and Postoperative Parameters Relevant to Surgical Success, Pregnancy, and Obstetrics with Live Births. *Journal of Clinical Medicine*, v. 9, n. 8, p. 2485, 3 ago. 2020.
- CARLSON, B. M. Sistema Urogenital In: _____(org.) *Embriologia Humana e Biologia do Desenvolvimento*. 5. ed. p. 376-407. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2014.
- DABAGHI, S.; ZANDI, M.; ILKHANI, M. Sexual satisfaction in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome after surgical and non-surgical techniques: a systematic review. *International Urogynecology Journal*, v. 30, n. 3, p. 353–362, mar. 2019.
- DOMENICE, S. *et al.* Aspectos Moleculares da Determinação e Diferenciação Sexual. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v. 46, n. 4, p. 433–443, ago. 2002.

- EDMONDS, D. K. *et al.* Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a review of 245 consecutive cases managed by a multidisciplinary approach with vaginal dilators. *Fertility and Sterility*, v. 97, n. 3, p. 686–690, mar. 2012.
- FACCHIN, F. *et al.* Psychological impact and health-related quality-of-life outcomes of Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Health Psychology*, v. 26, n. 1, p. 26–39, jan. 2021.
- GEORGOPAPADAKOS, N. *et al.* Uterus Transplantation as a Therapy Method in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. *Cureus*, v. 11, n. 12, p. e6333, 9 dez. 2019.
- GUTSCHE, R.M. *et al.* Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser: relato de caso e revisão da literatura. *Radiologia Brasileira*, v. 44, n. 3, p. 192–194, jun. 2011.
- HADAVIBAVILI, P.; İLÇİOĞLU, K.; HAMLACI BAŞKAYA, Y. Evaluation of Sexual Function Outcomes in Patients with Rokitansky Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, v. 30, n. 9, p. 705–715, set. 2023.
- HATIM, H. *et al.* The Missing Uterus, the Missed Diagnosis, and the Missing Care. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome in the Lives of Women in Malaysia. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, v. 34, n. 2, p. 161–167, abr. 2021.
- HENTRICH, T. *et al.* The Endometrial Transcription Landscape of MRKH Syndrome. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, v. 8, p. 572281, 24 set. 2020.
- HERLIN, M.K.; PETERSEN, M.B.; BRÄNNSTRÖM, M. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: a comprehensive update. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, v. 15, n. 1, p. 214, dez. 2020.
- KRUGLYAK, D.A. *et al.* Possibilities of physiotherapy in Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome. *Russian Journal of Physiotherapy, Balneology and Rehabilitation*, v. 20, n. 1, p. 37–43, 15 fev. 2021.
- MANRIQUE, O.J. *et al.* Assessment of Pelvic Floor Anatomy for Male-to-Female Vaginoplasty and the Role of Physical Therapy on Functional and Patient-Reported Outcomes. *Annals of Plastic Surgery*, v. 82, n. 6, p. 661–666, jun. 2019.
- OPPELT, P. *et al.* Female genital malformations and their associated abnormalities. *Fertility and Sterility*, v. 87, n. 2, p. 335–342, fev. 2007.
- ORPHANET. *Mayer Rokitansky Küster Hauser syndrome*. 2023.. Disponível em: <https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=en&Expert=3109>. Acesso em: 9 nov. 2023.
- PIETZSCH, M. *et al.* A Cohort of 469 Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser Syndrome Patients—Associated Malformations, Syndromes, and Heterogeneity of the Phenotype. *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 2, p. 607, 21 jan. 2024.
- TSARNA, E. *et al.* The impact of Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser Syndrome on Psychology, Quality of Life, and Sexual Life of Patients: A Systematic Review. *Children*, v. 9, n. 4, p. 484, 1 abr. 2022.

WEIJENBORG, P. T. M. *et al.* Sexual functioning, sexual esteem, genital self-image and psychological and relational functioning in women with Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome: a case–control study. *Human Reproduction*, v. 34, n. 9, p. 1661–1673, 29 set. 2019.

YANO, K. *et al.* Clinical features of Mayer-Rokitansky-Küster-Haüser syndrome diagnosed at under 16 years old: results from a questionnaire survey conducted on all institutions of pediatric surgery and pediatric urology in Japan. *Pediatric Surgery International*, v. 38, n. 11, p. 1585–1589, nov. 2022.

ZHU, L. *et al.* Anatomic and Sexual Outcomes after Vaginoplasty Using Tissue-Engineered Biomaterial Graft in Patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome: A New Minimally Invasive and Effective Surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, v. 10, n. 6, p. 1652–1658, jun. 2013.

CAPÍTULO 2

WITHIN-PERSON ASSOCIATIONS BETWEEN SEXUAL LIFE AND RELATIONSHIP SATISFACTION IN WOMEN WITH MAYER-ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER SYNDROME: A CASE-CONTROL STUDY⁴

Lídia Silveira dos Santos¹, Natália Dutra¹, Juliana Schulze Burti², Vivianni Veloso¹

1 Federal University of Pará. Behavior Theory and Research Center. Neurosciences and Behavior Graduate Program. Belém, PA, Brazil.

2 Pontifical Catholic University of São Paulo. Faculty of Human and Health Sciences. Coordination of Physiotherapy Graduation. São Paulo, SP, Brazil.

Abstract

Satisfaction seems crucial for maintaining a romantic relationship, with strong evidence showing that sexual satisfaction directly influences it. Evidence suggests that individuals navigating sexual issues manage to maintain their relationship satisfaction even facing sexual dysfunctions. This study explored this dynamic in women diagnosed with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome, a congenital condition characterized by the underdevelopment or absence of the uterus and vaginal canal. Previous research highlights sexual dysfunctions and lower sexual satisfaction in women with the syndrome, but little is known about how these issues impact their long-term romantic relationships. To address this gap, this study analyzed within-person associations between sexual and relationship satisfaction in women with the syndrome (RG= 34) and a comparison group (CG= 80). Clinical, sociodemographic, and behavioral data—including relationship characteristics, sexual practices, sexual functioning, and emotional attachment to partners—were assessed via online survey. According to previous research, results reveal that for RG, relationship satisfaction has no association with sexual satisfaction, even when considering relationship duration, parenthood, age, education, or socioeconomic status. Emotional attachment was the sole variable associated with relationship satisfaction for RG. These results align with prior research suggesting that couples facing sexual challenges adapt their sexual scripts and engage in behaviors associated with closeness and responsiveness (e.g., affection and physical proximity) for mitigating negative effects on their relationships.

Keywords: relationship maintenance; relationship satisfaction; sexual satisfaction; sexual dysfunctions; women.

⁴ Esse manuscrito foi adequado às normas de submissão do periódico Adaptive Human Behavior and Physiology

Sex is a key factor that distinguishes romantic relationships from other types of intimate relationships. A satisfying sexual life conduce to greater emotional attachment and is associated with greater sociability, longevity, reduced illness, and improved emotional regulation (Impett et al., 2019; Muise et al., 2016). These benefits directly impact relationship satisfaction and contribute for a greater quality of life (Holt-Lunstad et al., 2010; Impett et al., 2014). (Park et al., 2023)

From an evolutionary perspective, these observations are profoundly linked with the specie development, since mechanisms involved in sexual drive, attraction and pair-bond seems to have evolved as adaptive responses to ensure reproductive success (Campbell & Ellis, 2015). In the Evolutionary Adaptation Environment (EAE), pre-human lineages can have used the sexual strategy as a way of getting closer to a partner, reducing conflict, adjusting aggression levels, and even increasing group cohesion (H. E. Fisher, 1989).

Two evolutionary adaptations in the human lineage are probably linked to this phenomenon. The first of these, cryptic ovulation, refers to the absence of clear signs of ovulation (estrus). In species where females show exuberant signs of estrus during the ovulatory and/or peri-ovulatory period, it is common that males compete intensely for dominance and monopolization of copulation, even engaging in sexually coercive behavior against females. In the absence estrus signalization, females could have had greater freedom to copulate with multiple males throughout all the ovulatory cycle with greater flexibility in selecting the most desirable individuals of the opposite sex. This trait also acts as a confounding factor between males and favored the offspring against extermination to induce a new fertile period in females (Schacht & Kramer, 2019; Veloso & Júnior, 2022).

The second, refers the evolutionary impasse known as the obstetric dilemma, generated by the narrowing of the human pelvis, probably emerged in response to the adaptation bipedalism (Eastwick, 2009), in contrast to the progressive expansion of the cranial box in response to the enlargement of the cerebral cortex (Breedlove & Watson, 2020). This new conformation of the skeleton forced the birth of babies at a stage of development before the cranial bones were fused and of an encephalic size that prevented them from passing through the birth canal (Veloso & Júnior, 2022). In addition to offspring with altricial characteristics, this solution also implied a prolonged period of extrauterine growth and greater dependence on the parents, especially the mother, what could favor a greater male investment on attention and

care to offspring, improving survival rates and establishing paternal investment as a human trait (Finkel & Eastwick, 2015; Veloso & Júnior, 2022).

In addition, humans on EAE relied on others for support, assistance, resources, and protection in times of need (Apostolou, 2016), so while extradyadic relationships or short-term pairings occasionally offered certain advantages (Buss, 2016b; Maner et al., 2008; Taylor, 1997), maintaining a long-term partner provided critical benefits, including reproductive opportunities consistent with a reliable ally and greater chances of individual survival (Bode, 2023; Veloso & Júnior, 2022).

For females, specifically, the high reproductive investment - production of nutrient-rich eggs, prolonged gestation, direct care and breastfeeding - required reliable access to resources. This required females to select partnerships that could consistently contribute to the well-being of both mother and offspring in order to maximize reproductive success (Buss, 2016a; Pollet et al., 2009; Trivers & Willard, 1973). This trait of humans also can be cooperate to prolonged dependence on altricial offspring, which required substantial energy and resources to survive and thrive (Valentova & Veloso, 2018). The evolution of human mating systems developed therefore from the interplay between reproductive needs, survival and biparental investment and supported both the offspring survival and the strengthening of the long-term relationships needed to sustain this cooperative investment system (Burunat, 2014; Schacht & Kramer, 2019; Young & Simpson, 2019).

Since pro-relationship behaviors have been determinants of reproductive success, it is possible to perceive a broad spectrum of behaviors aligned with sustained pair bonding in humans of both sexes (Bode, 2023; Young & Simpson, 2019). Research into relationships maintenance has consistently shown that individuals present different strategies to maintain the stability of their relationships and avoid dissolutions (Apostolou et al., 2023; Bode, 2023). Ogolsky et al. (2017) propose an Integrative Model of Relationship Maintenance in which individual and interactive process presented by couples could be classified in (a) threat mitigation behaviors (e.g., conflict resolution and managing external temptations) and (b) relational enhancement behaviors (e.g., expressing appreciation and participating in shared activities). Among them, sexual components emerge as significant strategies for relational enhancement, fostering the intimacy, contributing to emotional attachment and promoting physical and emotional well-being of partners (Apostolou et al., 2023; Impett et al., 2019).

Regular sexual interactions contribute to relationship satisfaction by fostering intimacy, strengthening emotional bonds, and promoting overall well-being. These interactions are closely associated with higher levels of sexual fulfillment, improved relationship quality, and greater relational happiness and stability (Byers, 2005; Park et al., 2023) and couples who report higher levels of sexual satisfaction also tend to experience greater relationship satisfaction (Park et al., 2023)

Given that we point out that research into the relational satisfaction of individuals who face challenges in their sexual lives (for example, illness, reduced sexual function) has shown two recurring strands of adaptation. The first refers to the adaptation of their sexual scripts (e.g. establishing open communication about sexual needs and concerns, prioritizing your partner's sexual needs without expecting direct reciprocity). The second is based on practices that with a greater emphasize emotional intimacy (e.g. incorporating non-sexual forms of physical affection such as hugging and holding hands) (Impett et al., 2019).

This comprehension is helpful when considering study groups experiencing sexual dysfunction once their sexual satisfaction is normally affected. In this research we could study these interactions in a group of women diagnosed with a rare condition that directly affects sexual functions: the Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome (MRKHS).

The MRKHS is a congenital condition that affects one in 4,500-5,000 women (46XX), classically characterized by a complete absence (agenesis) or rudimentary development (aplasia) of uterus and vaginal canal (Type I), that occurs for underdevelopment of paramesonephric genital ducts during the 6th embryonic week, for still elusive etiology. Some MRKHS women present associated extragenital malformations (e.g. renal, skeletal, ear, or cardiac), such cases are called Type II of the syndrome (Herlin et al., 2020). These alterations lead to primary amenorrhea, pelvic pain disorders and infertility. These conditions have profound implications on psychological (e.g. distress, reduced self-esteem, anxiety, depression and higher neuroticism following diagnosis,) and/or psychosexual (e.g. issues regarding identity, sexuality and infertility) health, and potentially affect coping strategies and romantic relationships (Facchin et al., 2021).

Research on MRKHS also reveals that women often experience pain during vaginal penetration (dyspareunia) due to the congenital absence or underdevelopment of the vagina, even after neovagina creation (Ding et al., 2015; Leithner et al., 2015; Pastor et al., 2017; Zhu et al., 2013); have reduced sexual desire and difficulties with arousal and lubrication (Baby et

al., 2024; Dabaghi et al., 2019; Herlin et al., 2020; Pastor et al., 2017); and challenges achieving orgasm are also reported, likely influenced by psychological factors such as body image concerns, anxiety, and identity struggles (Bargiel-Matusiewicz & Kroemeke, 2015; Bean et al., 2009; Leithner et al., 2015; Weijenborg et al., 2019). These issues can negatively affect intimacy management and can contribute to dissolutions.

Although previous research has shown that MRKHS women tend to start dyadic sexual activity later (Facchin et al., 2021), present fear of partners' finding out about the condition, worries about rejection after disclosing their diagnosis (Bean et al., 2009; Facchin et al., 2021) and have to deal with divorce due to issues related to both their sex life and fertility (Bean et al., 2009; Pastor et al., 2017), no study has directly explored this interaction.

Building on these considerations, this study aimed to examine how variables related to the sexual lives of women with Rokitansky Syndrome in long-term romantic relationships are associated with their levels of sexual and relationship satisfaction. To this, we drew upon the theoretical framework of relationship maintenance strategies outlined in the Integrative Model of Relationship Maintenance (Ogolsky et al., 2017) and the insights of Impett et al. (2019) regarding the adaptive strategies employed by individuals with sexual dysfunctions, with the hypothesis that women with SMRKH, despite potentially experiencing lower levels of sexual satisfaction due to sexual dysfunctions associated with the syndrome, would exhibit relationship satisfaction levels comparable to those of women without the condition (control group) in similar circumstances.

Methods

Ethical Aspects

This study was initially registered on the Plataforma Brasil and approved by the Ethical Committee for Research in Human and Social Sciences of Universidade Federal do Pará under report number 79659124.6.0000.5172. Informed consent was obtained from all individual participants included in the study. Ethical Approval All procedures were conducted in accordance with the Helsinki Declaration.

Criteria

Women eligible for this study had to be Brazilian, between 18 and 65 years old, and in a romantic relationship for at least six months. Additionally, they needed internet access to complete the questionnaire used for data collection. Participants were excluded if their

responses were incomplete in a way that compromised the analysis or prevented verification of eligibility, if they provided information that met exclusion criteria, or if their questionnaires contained identical answers indicative of duplicate responses.

Participants

A total of 116 Brazilian women participated in the study. From those, two individuals were excluded for not meeting the inclusion criteria of relationship duration (≥ 6 months). The final sample consisted of 34 women comprising the group of women with de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome (RG) and 80 the comparison group (CG), they aged 18 to 64 years and was in a relationship lasting at least six months.

The RG included women aged 21 to 64 years (mean: 37.5 years, median: 33.5), most of whom were White (70.6%) and resided primarily in the Southeast (50%) and Northeast (20.6%) regions of Brazil. Participants had predominantly higher education levels (graduate degree: 20.6%; postgraduate degree: 44.1%) and household incomes mainly ranging from three to six times the minimum wage or higher (76.4%). Similarly, the CG comprised women aged 19 to 57 years (mean: 32.7 years, median: 31), with a majority identifying as White (55%) or Mixed-race (36.25%). They were primarily from the North (62.5%) and Southeast (21.2%) regions of Brazil and had similarly high educational attainment (graduate degree: 16.2%; postgraduate degree: 53.7%). Household income distribution in the CG was also comparable to the RG, with most participants earning between three to six times the minimum wage or more (82.5%).

Sampling

A convenience sampling method was adopted for the RG due to the rarity of the sample associated with the syndrome. The initial target sample size was set at 30 participants, with the final sample reaching 34 individuals. For the CG, an unbalanced sampling method was used, applying a 2:1 allocation ratio (two CG participants for each RG participant), with participant age serving as the homogenizing factor (Lohr, 2010)(Lohr, 2010). The initial target sample size was 60 individuals, but the final sample comprised 80 participants.

Environment

The research was conducted entirely in a digital environment. The Roki Institute, a partner institution in this study, disseminated the invitation to participate through its social media platforms (Instagram and Facebook), its contact list (via WhatsApp), and two online meetings of therapeutic support groups, in which the principal investigator participated as a guest.

Additionally, the invitation was also shared on the social media accounts of the Graduate Program in Neuroscience and Behavior at UFPA (Instagram) and the principal investigator (Instagram, Facebook, and WhatsApp). In all these dissemination channels, a link was provided for access to the online questionnaire, the study's sole data collection instrument. The comparison sample was recruited through invitations shared on social media platforms (Instagram) of the Neurosciences and Behavior Graduate Program, Group for Advanced Studies in Evolutionary Psychology and author's personal accounts, by a survey link.

Advertisements explicitly stated that the study focused on sexual behavior and included only individuals aged 18 years or older that had been in a romantic relationship for at least six months. Participants were informed that the survey would cover socioeconomic data, relationship characteristics, and sexual behavior. Informed consent was obtained electronically, with participants required to click an "I agree" button on the survey's first page.

Instruments

The instruments were applied by a virtual formulary powered by Google Forms. Authors developed Sociodemographic, Relationship Characteristics and Clinical Data Questionnaires. Instruments utilized for other variables data collection are followed described.

Sexual Practices

This instrument was originally developed for Silva e Brito (Silva & Brito, 2016) to explore frequency of penetrative and non-penetrative practices among homosexual women. Once some participants did not undergo vaginal creation and/or could we decided to investigate this topic. Through this instrument participants were asked about their frequency of involvement in different sexual practices that were: vaginal sex with penetration by penis, fingers or toys; anal sex with penetration by penis, fingers, toys; oral sex, and masturbation.

Sexual Function

The Portuguese version of the Female Sexual Function Index (FSFI) was used to assess the degree and type of potential sexual dysfunctions among women (Pacagnella et al., 2008). This FSFI version was adapted to include both homo and heterosexual women by including finger and toy penetration practices on survey command. FSFI is a 19-item self-report questionnaire designed to assess six domains of female sexual function—sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain— providing a thorough evaluation of general and domain-specific aspects of female sexual health. Each item is rated on a Likert scale ranging

from 0/1 to 5, with adjusted domain scores summed to calculate a total score ranging from 2 to 36. Higher scores indicate better overall sexual function, while scores of ≤ 26.55 are indicative of clinically significant sexual dysfunction (Meston et al., 2020; R. Rosen et al., 2000).

Sexual Satisfaction

The Portuguese version (Santos Pechorro et al., 2015) of the New Sexual Satisfaction Scale (NSSS) (Štulhofer et al., 2010) was used. This instrument is structured in 20 items, organized into two main dimensions —the Individual Focus Subscale (questions 1-10) and the Partner and Sexual Activity Focus Subscale (questions 11-20)— answered on a Likert scale ranging from 1 (“not at all satisfied”) to 5 (“totally satisfied”). The score for each dimension is obtained from the sum of the scores for each question, and the total score from the sum of the scores for all the items, ranging from 20 to 100. There is no cut-off score for this table, but high values correspond to high levels of sexual satisfaction.

Emotional Attachment

The Love Scale from The Marriage and Relationship Questionnaire (Russell & Wells, 1993) in its Brazilian Portuguese version (França et al., 2016) was used to assess emotional attachment. It is structured in nine items, answered on a Likert scale ranging from 1 (“not at all”) to 5 (“very much”). The results are calculated by adding up the answers obtained, ranging from 9 to 45, and higher scores indicate greater attachment.

Relationship Satisfaction

The translated version of Investment Model Scale (IMS-R) was utilized. It is a self-report instrument that measures satisfaction with love and have shown useful for predicting commitment to the romantic relationship and relationship dissolution (Londero-Santos et al., 2021). Originally proposed by Rusbult et al. (Rusbult et al., 1998), based on the Investment Model of the Commitment Process, the Portuguese version of IMS-R contains 10 multiple-choice questions, to which answers are given on a Likert scale ranging from 1 to 4 for the first 5 questions, and from 0 to 8 for the last 5. The first five are apparent items, used only to increase understanding of the results, and the last 5 are those that measure the relationship satisfaction construct. A raw score is calculated from the average of the last 5 items and transformed into z-scores (Santos & Féres-Carneiro, 2020). The z-score ranging from -2,465 to 1,495, is interpreted as a general indicator of relationship satisfaction level, higher scores indicate greater relationship satisfaction, and lower scores the opposite.

Statistical Analysis

Statistical analyses were performed using Jamovi (version 2.6.13 for windows). Descriptive statistics were calculated for all variables. The Shapiro-Wilk test, density curve and dot plot analysis were used to assess the normality of the distribution. Subsequently, as both groups did not show a normal distribution (Shapiro Wilk test for RG $p < 0.03$ and CG $p < 0.001$), the Mann-Whitney non-parametric test was used to verify the differences between the groups in the general and sub scores of FSFI, NSSS, IMS-R, Sexual Practices and The Love Scale.

Internal consistency analysis was conducted separately for the target and control groups. The analyses considered the full versions of each instrument. The reliability coefficients obtained for FSFI were CG: Cronbach's $\alpha = 0.946$ and McDonald's $\omega = 0.948$ and RG: Cronbach's $\alpha = 0.967$ and McDonald's $\omega = 0.969$. For the NSSS, the results were: CG: $\alpha = 0.967$ and $\omega = 0.968$; RG: $\alpha = 0.959$ and $\omega = 0.961$. For the IMS-R: CG: $\alpha = 0.955$ and $\omega = 0.956$; RG: $\alpha = 0.971$ and $\omega = 0.972$. Finally, for The Love Scale, the coefficients were: CG: $\alpha = 0.902$ and $\omega = 0.910$; RG: $\alpha = 0.899$ and $\omega = 0.905$.

The correlations between the main outcome (relationship satisfaction) and dependent variables (sexual satisfaction and emotional attachment) were examined while sexual function, demographic and clinical variables, were controlled. Spearman's correlation test was used in this phase. The correlation coefficient (ρ) and corresponding p-value were used to determine the strength and significance of the association.

Results

A total of 116 Brazilian women participated in the study. From those, two individuals were excluded for not meeting the inclusion criteria of relationship duration (≥ 6 months). The final sample consisted of 34 women comprising the RG and 80 the CG. The participants were mostly young adults (20–30 years) in both groups, with an average age of 37.5 years ($SD = 12.6$) for RG and 32.7 years ($SD = 10.7$) for CG, ranging from 18 to 64 years. The majority identified as white (RG = 70.6%, CG = 55%) or mixed-race (RG = 23.5%, CG = 36.2%), with 5.9% (RG) and 8.7% (CG) identified as black. In terms of education level, the highest percentages in the RG were for higher education (bachelor's degree = 20.5%; graduate degree = 44.1%), while in the CG, the largest percentages were for incomplete undergraduate education (22.5%) and graduate studies (53.7%). Monthly family incomes ranged from less than one minimum wage (approximately 232.7 USD) to more than six minimum wages, however, a

significant concentration was observed between three and six minimum wages for both groups (Table 1).

Table 1. Sociodemographic data and statistical distribution and similarity of MRKHS group (RG) and comparison group (CG)

		RG		CG		Similarity (p-value)
Age	N	34		80		0.065 ^b
	Mean	37.5		32.7		
	Median	33.5		31.0		
	Min	21		19		
	Max	64		57		
	Standard deviation	12.6		10.4		
	Normality (p-value)	0.031 ^a		<0.001 ^a		
		RG		CG		
		N	(%)	N	(%)	
Brazil Area						
North		1	2.94	50	62.5	
Northeast		7	20.59	9	11.25	
Midwest		3	8.82	1	1.25	
Southeast		17	50.00	17	21.25	
South		6	17.65	3	3.75	
(total)		34	100	80	100	
						Similarity (p-value)
Race						
White		24	70,6	44	55	0.3 ^c
Mixed		8	23,5	29	36,25	
Black		2	5,9	7	8,75	
(total)		34	100	80	100	
Educational level						
High School		6	17,65	6	7,5	0.349 ^c
Higher education		6	17,65	18	22,5	
Bachelor's degree		7	20,59	13	16,25	
Graduate Studies		15	44,12	43	53,75	
(total)		34	100	80	100	
Familiar incomes (minimum wages)						
1 ≥		3	8,82	5	6,25	0.947 ^c
1 - 2		4	11,76	7	8,75	
3 - 4		7	20,59	17	21,25	
5 - 6		6	17,65	13	16,25	

6≤		13	38,24	36	45
	(omitted)	1	2,94	2	2,5
		34	100	80	100

^aShapiro-wilk, ^bMann-Whitney U, ^c χ^2 Test

Women were predominantly heterosexuals, engaged in stable relationships (e.g., engagement, marriage), in monogamous arrangements, with no children. RG women tended to last longer relationships than CG women, though the difference was not statistically significant (p -value= 0.094) (Table 2). RG women have a maximum one child, more frequently adopted than stepchildren (ratio: 6:1). In contrast, CG women have two children on average, mostly biological, with stepchildren being more common than adopted ones (ratio: 7:1).

Table 2. Relationship characteristics data and statistical distribution and similarity of MRKHS group (RG) and comparison group (CG).

	Group	n	Mean	Median	Standard deviation	Shapiro-Wilk (p-value)	U Mann-Whitney (p-value)
Relationship duration (years)	RG	34	9.65	7	10.61	<.001	0.094
	CG	80	6.63	3.25	7.68	<.001	
Sexual orientation			% in respective group	Chi-square	p-value	Partner gender (n)	
						Men	Women
Exclusively heterosexual	RG	30	88,24	48.1	<.001	30	0
	CG	55	68,75			55	1
Predominantly heterosexual	RG	1	2,94			1	0
	CG	6	7,5			5	1
Bisexual	RG	2	5,88			0	2
	CG	12	15			8	4
Predominantly homosexual	RG	0	0			0	0
	CG	2	2,5			1	1
Exclusively homosexual	RG	1	2,94			0	1
	CG	5	6,25			0	5

Relationship arrangement					
Monogamic relationship	RG	33	97,06	20.8	<.001
	CG	75	93,75		
Poligamic relationship	RG	1	2,94		
	CG	5	6,25		
Relationship status					
Casual	RG	4	11,76	71.4	<.001
	CG	4	5		
Dating	RG	6	17,65		
	CG	11	13,75		
Official relationship	RG	4	11,76		
	CG	25	31,25		
Engagement	RG	3	8,82		
	CG	2	2,5		
Stable union or marriage	RG	17	50		
	CG	38	47,5		
Cohabitation					
Alone	RG	8	23,53	56.3	<.001
	CG	6	7,5		
With the partner	RG	19	55,88		
	CG	44	55		
With family or friends	RG	7	20,59		
	CG	30	37,5		
Parenthood					
	RG	7	20,59	4.47	0.034
	CG	33	41.25		

RG women were diagnosed in adolescence (70.6%) or adulthood (29.4%); 53% had Type I, 23.5% Type II of the syndrome, and 23.5% were unable to provide this information. Approximately 76% of the women underwent neovagina creation by progressive mechanical dilation (n = 21), surgery (n = 3) or both (n = 2). Initial health support was provided mainly by gynecologists, physiotherapists and gynecological surgeons, while continuing health care was commonly done by psychologists, group therapy and physiotherapists.

Sexual Practices

Among the 114 participants only five (RG: 2, CG: 3) were not engaged in any sexual practice (e.g. vaginal penetration, oral sex, anal, sex, masturbation). In both groups, participants engaged in sexual activities at least once a month. Anal sex was the least common practice (RG: 20.6%, CG: 22.5%). Statistically significant differences were not observed between groups in any of the different sexual practices (Table 3).

Table 3. Sexual practices statistical frequency for MRKHS group (RG) and comparison group (CG).

Table 3: Sexual practices statistical frequency for INGRES group (RG) and comparison group (CG).										
No practice						Frequency				Similarity (p-value)
		RG		CG		RG		CG		
		n	%	n	%	N	%	n	%	
Vaginal Penetration	total	3	8,8	6	7,5					1 ^a
						31	91,2	74	92,5	
						15		31	38,7	
	Monthly						44,1		5	
	Weekly					16	47,1	40	50	
	Daily					0	0	3	3,75	
Anal Penetration	total	2	79,4	62	77,5					0.82 ^b
		7				7	20,6	18	22,5	
									18,7	
	Monthly					6	17,6	15	5	
	Weekly					1	2,9	3	3,75	
	Daily					0	0	0	0	
Oral Sex On partner	total	6	17,6	13	16,2				83,7	0.85 ^b
					5	28	82,4	67	5	
	Monthly					17	50	40	50	
						10		25	31,2	
	Weekly						29,4		5	
	Daily					1	2,9	2	2,5	
From partner	total	8	23,5	17	21,2				78,7	0.78 ^b
					5	26	76,5	63	5	
	Monthly					11	32,4	36	45	
									31,2	
	Weekly					13	38,2	25	5	
	Daily					2	5,9	2	2,5	
Masturbation On partner	total	8	23,5	19	23,7				76,2	0.98 ^b
					5	26	76,5	61	5	
	Monthly					13	38,2	32	40	
									31,2	
	Weekly					12	35,3	25	5	

From partner	total	8	23,5	16	20	Daily	1	2,9	4	5	0.67 ^b
							26	76,5	64	80	
						Monthly	12	35,3	29	36,2	
						Weekly	13	38,2	31	38,7	
						Daily	1	2,9	4	5	

^aFisher's exact Test, ^b χ^2 Test

Sexual Dysfunctions and Sexual Satisfaction

Using the proposed cut-off score of 26.55 for screening sexual dysfunction by FSFI, a greater proportion of women in the GR (41%) exhibited scores indicative of dysfunction compared to women in the CG (29%). Among the most affected domains in RG we find reduced sexual desire, pain during sexual intercourse and reduced vaginal lubrication (Table 4). When analyzing sexual satisfaction by NSSS scores, no difference was found for any domains (Individual Focus Subscale and the Partner and Sexual Activity Focus Subscale) between the groups (Table 5).

Table 4. Means and standard deviations for FSFI domains for MRKHS group (RG) and comparison group (CG).

		RG (n = 32)*	CG (n = 77)*	Mann-Whitney U (p-value)
FSFI -	M	3.88	4.18	0.243
Desire	SD	1.26	1.22	
FSFI -	M	4.47	4.73	0.592
Arousal	SD	1.46	1.19	
FSFI -	M	4.38	4.81	0.392
Lubrication	SD	1.80	1.37	
FSFI -	M	4.53	4.75	0.573
Orgasm	SD	1.69	1.47	
FSFI -	M	4.83	4.79	0.986
Satisfaction	SD	1.11	1.19	
FSFI - Pain	M	4.44	5.11	0.070
	SD	1.73	1.16	
FSFI	M	26.52	28.32	0.257
General Score	SD	6.98	5.93	

*Women engaged in any sexual practice

Table 5. Correlations for Relationship Satisfaction (IMS-R Scale) and Sexual Satisfaction (NSSS Scale) of women engaged in sexual practices for MRKHS group (RG) and comparison group (CG).

		NSSS Full Scale		NSSS Individual Centered		NSSS Partner and Sexual Activity Centered	
		RG	CG	RG	CG	RG	CG
IMS-R Z-score	p-value	0.170	<.001	0.603	<.001	0.142	<.001
	ld	30	75	30	#	30	75
	Spearman's Rho	0.248	0.493***	0.095	0.420***	0.265	0.512**
							*

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

Emotional Attachment

Emotional attachment (Love Scale) show similar scores for both groups (Table 6), although the concentration of higher punctuation has been observed in RG.

Relationship Satisfaction

For relationship satisfaction scores (IMS-R), the statistical analysis revealed no statistically significant differences between groups, but higher mean values were found for the RG group (Table 6).

Table 6. Means and standard deviations for relationship satisfaction (IMS-R Scale), sexual satisfaction (NSSS Scale) and emotional attachment (Love Scale) of women engaged in sexual practices in MRKHS group (RG) and comparison group (CG).

		RG (n = 32)	CG (n = 77)	Reference values	Mann-Whitney U (p-value)	Effect dimension (Cohen d)
IMS-R Z-score	M	0.295	-2.86e-4	-2,465 to 1,495	0.191	0.239
	SD	1.20	1.25			
NSSS Full Scale Score	M	78.9	79.3	20 to 100	0.508	-0,026
	SD	14.7	17.7			
Love Scale	M	39.8	39.3	9 to 45		
	SD	5.73	5.65		0.671	0.085

Correlations

Sexual Frequency and Sexual Satisfaction

A Spearman's rank-order correlation revealed a positive and moderate to strong association between sexual frequency and sexual satisfaction were in the RG (p-value = 0.0001, Spearman's $r = 0.5$) but not in the CG (p-value = 0.03, Spearman's $r = 0.2$). The results indicate that higher sexual frequency is significantly associated with greater sexual satisfaction in the RG (Fig.1).

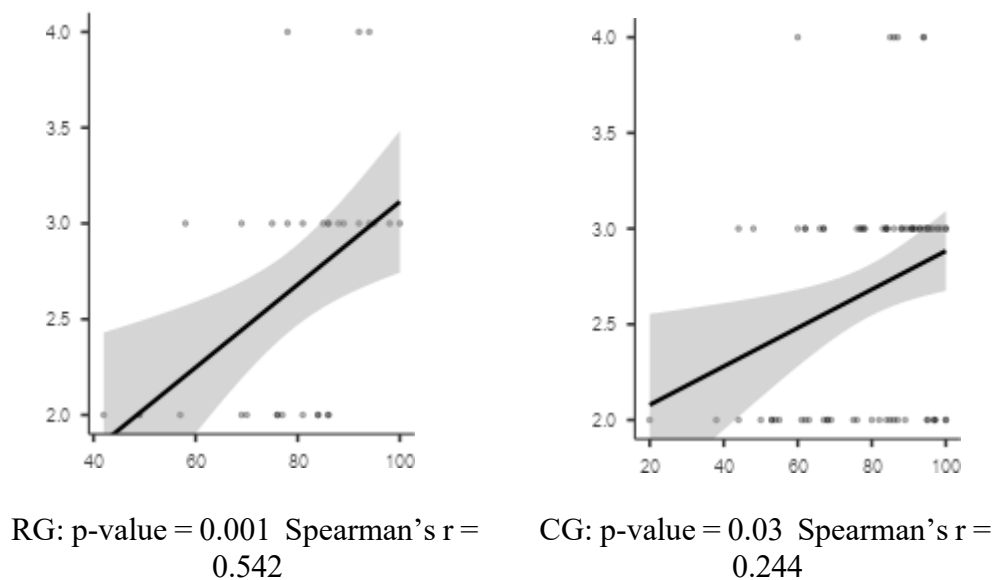


Fig. 1 Correlation between sexual frequency and sexual satisfaction in MRKHS group (RG) and comparison group (CG). Higher sexual frequency is associated with higher sexual satisfaction for RG but no correlation was observed for CG

Sexual Satisfaction and Relationship Satisfaction

A Spearman's rank-order correlation demonstrated no relationship between sexual satisfaction and relationship satisfaction in the RG (p-value = 0.170, Spearman's $r = 0.2$) but a positive and moderate to strong correlation in the CG (p-value < 0.0001, Spearman's $r =$

0.49). These findings suggest that individuals' levels of sexual satisfaction do not influence levels of relationship satisfaction in RG romantic relationships (Fig.2).

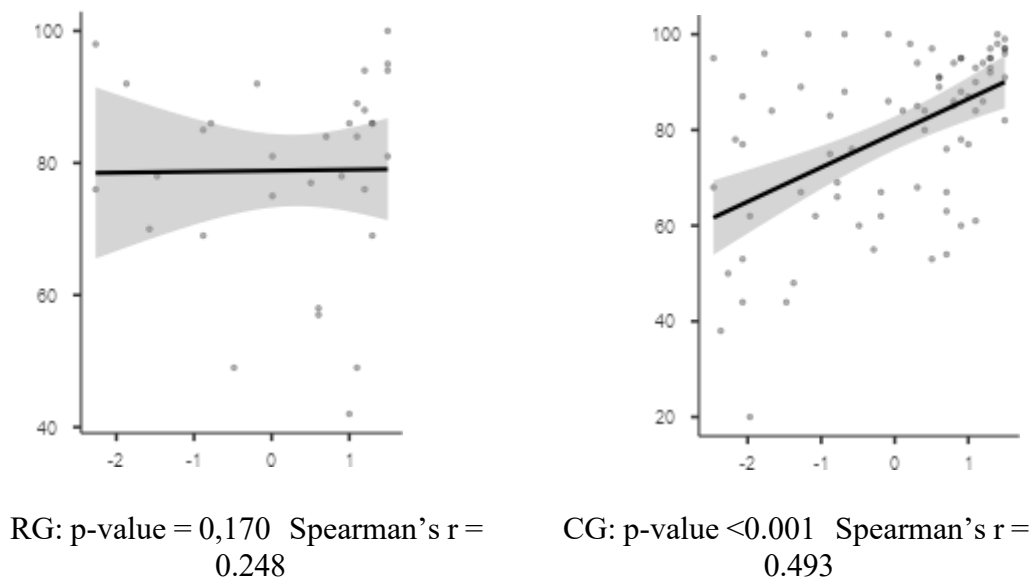
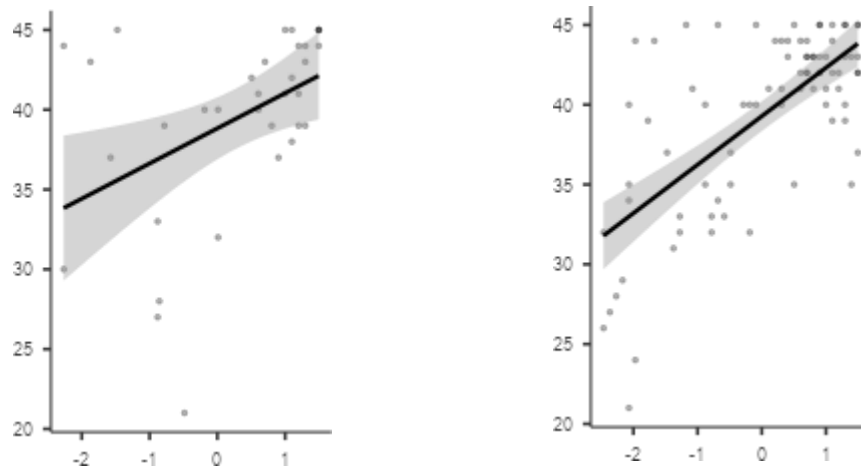


Fig. 2 Correlation between sexual satisfaction and relationship satisfaction. Greater sexual satisfaction is not linked to increased relationship satisfaction in MRKHS group (RG) and but in comparison group (CG).

Emotional Attachment and Relationship Satisfaction

The correlation analysis indicated a positive and moderate to strong association between emotional attachment and relationship satisfaction for both RG (p-value = 0.003, Spearman's $r = 0.49$) and CG (p-value < 0.001, Spearman's $r = 0.5$). This result suggests that stronger/weaker emotional bonds are [significantly/not significantly] related to relationship satisfaction (Fig.3).



RG: p-value = 0,003 Spearman's $r = 0.495$ CG: p-value = <0.001 Spearman's $r = 0.538$

Fig. 3 Correlation between emotional attachment and relationship satisfaction. A stronger emotional bond is positively associated with higher relationship satisfaction for MRKHS group (RG) and comparison group (CG).

Discussion

Research on individuals experiencing sexual dysfunctions has given greater attention to the implications of these conditions on sexual adaptation behaviors and their impact on romantic relationships (Burri et al., 2014; Impett et al., 2014; Leonhardt et al., 2023; R. C. Rosen et al., 2016; Vannier et al., 2017). However, when it comes to women with SMRKH, no study has directly explored this interaction, although previous research has shown that they tend to start dyadic sexual activity later (Facchin et al., 2021), fear their partners finding out about their condition, worry about rejection after disclosing their diagnosis (Bean et al., 2009; Facchin et al., 2021) and have to deal with divorce due to issues related to both their sex life and fertility (Bean et al., 2009; Pastor et al., 2017).

Align with existing literature on sexual functioning in women with MRKHS, our findings reveal indicators of sexual dysfunction primarily in the domains of desire, lubrication, and painful penetration (dimensions analyzed in FSFI). In terms of functionality, such findings could be comprehended similarly to those ones related to penetrations disorders

(PD), a nomenclature which encompass conditions such as dyspareunia, vulvodynia, and vestibulodynia, that often compromise the entire sexual response cycle (desire, arousal, lubrication, orgasm, and resolution) (Conforti, 2017). Likewise, to women with PD, MRKHS women commonly report pain as a significant factor contributing to decreased sexual frequency, satisfaction, and interest in engaging in sexual intercourse (Bean et al., 2009; Conforti, 2017; Dabaghi et al., 2019; Herlin et al., 2020).

However, although these results were found in our sample, when sexual frequency and sexual satisfaction was assessed, it differed from other studies of women with MRKH. Sexual satisfaction is usually reduced among women who suffer from sexual dysfunctions in general (Bualoy et al., 2025; Smith & Pukall, 2011; Villani et al., 2024; Zietarska Cisak et al., 2023) and also among MRKH women intercourse (Bean et al., 2009; Conforti, 2017; Dabaghi et al., 2019; Herlin et al., 2020) although women in our sample present similar frequency to CG in all different sexual practices inquired, and also similar levels of sexual satisfaction (NSSS). This pattern agrees with partially with FSFI results, that shown a greater proportion of women in the GR (41%) under the cut-off score of 26.55, but controversially with levels of sexual satisfaction like those on CG.

We considered several factors that may have contributed to the similar levels of sexual satisfaction observed in the RG. Approximately half of the participants in this study reside in Brazil's most developed region (the Southeast), which likely facilitated access to specialized healthcare treatments. This factor is also relevant when considering that the partner institution (Instituto Roki) that assisted in recruitment is in the same region as most women in the RG. Additionally, the activities offered by the Roki Institute include sexual health education, which tends to attract a population with higher educational levels and financial resources, ensuring internet access. Moreover, it is important to emphasize that the findings of this study

reflect a broader Brazilian reality, where limited access to specialized healthcare services remains a challenge for populations in less developed regions (Brasil, 2024).

Aligned with these practical factors, we consider theoretical propositions. Impett et al. (2019), building on the understanding of relationship maintenance strategies, suggested that couples facing sexual challenges who emphasize behaviors that foster emotional intimacy (e.g. improvement of affection and responsiveness) experience less disruption in their relationships what is supported when the levels of emotional attachment to the partnership shown by RG are evaluated.

As previously presented, MRKHS women exhibited similar involvement and frequency to the comparison group in each of the different sexual practices investigated, including the least frequent practice (anal sex). Additionally, although there was a positive correlation between sexual frequency and sexual satisfaction, no association was found between sexual satisfaction and relationship satisfaction in MRKH group. These results remain similar even when we consider factors that normally affect relationship satisfaction such as relationship duration, parenthood or educational level, what suggest that sexual metrics (sexual practices, sexual frequency and sexual satisfaction) were not the factors related to the similar levels of relationship satisfaction presented between comparison and study groups in this study, but rather other compensatory mechanisms.

Similar levels with no significant differences were also found between groups when emotional attachment level was evaluated. Nevertheless, emotional attachment was the first factor correlated to the relationship satisfaction levels in this study sample. This specific result suggests that emotional attachment, as suggested by Impett et al. (Impett et al., 2019) could be a stronger factor to intimacy management for individuals facing sexual challenges.

According to the evolutionary perspective, the advantages involved in maintaining a long-term relationship with a partner, in reason of the reproductive advantage opportunities, the enhanced offspring survival and the improved survival odds of individuals, should have favored the selection of hunter-gatherer humans to express different strategies for maintaining their relationships. Over the course of evolutionary time, the survival of those individuals culminated in the evolved mechanisms perceived at both the behavioral and neurohormonal levels (Apostolou et al., 2023; Bode, 2023; Denes et al., 2023). The comprehension that humans have evolved to exhibit pro-relationship behaviors at both individual and interactive levels—facilitating relationship maintenance—provides a valuable framework for examining the compensatory strategies employed by couples facing challenges in their sex lives.

Ogolsky et al (Ogolsky et al., 2017) in their integrative model of relationship maintenance, proposed a conceptual model that identifies both interactive and individual processes aimed at mitigating threats and enhancing relationships. According to this model, interactive process—defined as those triggered in response to a partner’s behavior or jointly enacted by both partners—include behaviors such as social support and responsiveness (e.g., expressing care or concern for one’s partner) and facilitation (e.g., assisting a partner in achieving their goals or managing stressors together). Notably, these constructs closely align with the dimensions assessed in the relationship satisfaction instrument used in this study, which measures participants' perceptions of satisfaction with intimacy, companionship, security, and emotional involvement provided by their partners.

Our findings suggest that in the context of sexual dysfunction, emotional attachment plays a pivotal role in sustaining relationship satisfaction and in fulfilling intimacy needs, since, among the variables analyzed—sexual satisfaction, parenthood, age, relationship duration, socioeconomic status, and education—only emotional attachment showed a significant correlation with relationship satisfaction in the MRKHS group. Conversely, in the

comparison group, sexual satisfaction emerged as a stronger predictor of relationship satisfaction.

Conclusions

In conclusion, we reiterate that individuals with sexual dysfunctions, including women with MRKH, represent a relevant population for relationship research that explores how couples adapt to challenging circumstances. Investigating these adaptations provides valuable insights into the strategies couples employ to maintain relationship quality, well-being, and satisfaction. In this context, the findings of this study contribute to indicate that emotional attachment is one of the mechanisms used by women with sexual dysfunction to keep their long-term relationships. And, although recognize that promoting stronger emotional bonds may enhance relationship satisfaction and support relationship maintenance, these findings should be interpreted with caution, as the study did not incorporate partners' perspectives, which could provide a more comprehensive understanding of relational dynamics.

Limitations and future directions

While our study provides valuable insights, several limitations should be acknowledged. First, our sample consisted exclusively of women with MRKHs who were associated with the Instituto Roki. This constraint may have introduced selection bias, as participants from this institution may not fully represent the broader population of women with MRKHs. Future studies should aim to include more diverse samples from multiple institutions and geographical regions to enhance generalizability. Second, the cross-sectional nature of our study precludes causal inferences. Longitudinal research would be beneficial to explore how relationship satisfaction and sexual satisfaction evolve over time and whether specific adaptive strategies emerge in response to challenges related to sexual dysfunction.

Additionally, our reliance on self-reported measures may have been influenced by social desirability bias, particularly concerning sensitive topics like sexual satisfaction and

emotional attachment. Incorporating objective assessments or partner reports in future research could provide a more comprehensive understanding. Finally, while our study focused on women with MRKHS in long-term relationships, it would be valuable to explore the experiences of women in short-term relationships or those who are single. Such investigations could shed light on whether and how relationship dynamics and adaptive strategies differ across relationship contexts.

Declarations

Acknowledgements

The authors thank all the participants for the time dedicated to taking part in the research. We also thank Instituto Roki, the partner organization that promoted our research among Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome women assisted by them.

Funding

The author Lídia Silveira received a scholarship from Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas – FAPESPA, (Edictal 15/2021 PROPESP) during the realization of this study.

Conflicts of interest/Competing interests

The author Juliana Schulze Burti provides voluntary service to Instituto Roky, a partner institution in this research.

Ethical Aspects

This study was initially registered on the Plataforma Brasil and approved by the Ethical Committee for Research in Human and Social Sciences of Universidade Federal do Pará under report number 79659124.6.0000.5172. Information consent was obtained from all

individual participants included in the study. Ethical Approval All procedures were conducted in accordance with the Helsinki Declaration.

Informed consent and Disclosure statement

Informed consent and disclosure statements were obtained from all participants included in the study. Ethical Approval all procedures were conducted in accordance with the Helsinki Declaration. The study was approved by the Ethical Committee for Research in Human and Social Sciences of Universidade Federal do Pará under report number 79659124.6.0000.5172.

Data Availability Statement

The dataset generated and analyzed during the current study is not publicly available due to confidentiality and ethical considerations regarding sensitive participant information. However, de-identified data supporting the findings of this study may be made available upon reasonable request to the corresponding author, subject to approval from the relevant ethics committee and in compliance with data protection regulations.

Authors' contribution

Lídia Silveira conceptualized and designed the study, collected the data, conducted the primary analyses, and was the lead author of the manuscript. Natália Dutra contributed to the statistical analyses, provided general manuscript revisions, and assisted in the English language review. Juliana Schulze Burti provided technical expertise and critical insights based on their specialization in the study area. Vivianni Veloso supervised the study, overseeing the overall structure and organization of the manuscript. All authors contributed to the review and final approval of the manuscript.

References

- Abreu, F. M. C. de, & Linhares. (2022). A atuação da fisioterapia na síndrome de Mayer - Rokitansky - Kuster- Hauser . *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/5842>
- ACOG Committee Opinion No. 728: Müllerian Agenesis: Diagnosis, Management, And Treatment. (2018). *Obstetrics & Gynecology*, 131(1), e35–e42.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002458>
- Apostolou, M. (2016). Understanding the Prevalence of Sexual Dysfunctions in Women: An Evolutionary Perspective. *Adaptive Human Behavior and Physiology*, 2(1), 26–43.
<https://doi.org/10.1007/s40750-015-0029-1>
- Apostolou, M., Christoforou, C., & Lajunen, T. J. (2023). What are Romantic Relationships Good for? An Explorative Analysis of the Perceived Benefits of Being in a Relationship. *Evolutionary Psychology*, 21(4), 14747049231210245.
<https://doi.org/10.1177/14747049231210245>
- Association, A. P. (with Vieira, D., Cardoso, M. V., Rosa, S. M. M. da, Crippa, J. A. de S., Osório, F. de L., & Souza, J. D. R. de). (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR (5º ed)*. Artmed.
- Baby, A., Pallam, M. C., & Hayter, M. (2024). Effectiveness of non-surgical interventions to improve health and well-being in women living with Mayer–Rokitansky–Kuster–Hauser syndrome: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 80(6), 2167–2201. <https://doi.org/10.1111/jan.15976>
- Bargiel-Matusiewicz, K., & Kroemeke, A. (2015). Personality traits and coping styles in women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Archives of Medical Science*, 6, 1244–1249. <https://doi.org/10.5114/aoms.2015.56350>

- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
- Bean, E. J., Mazur, T., & Robinson, A. D. (2009). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome: Sexuality, Psychological Effects, and Quality of Life. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 22(6), 339–346.
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2008.11.006>
- Bode, A. (2023). Romantic love evolved by co-opting mother-infant bonding. *Frontiers in Psychology*, 14, 1176067. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1176067>
- Breedlove, S. M., & Watson, N. V. (2020). Chap 6. Evolution of the brain and behavior. *Em Behavioral neuroscience* (Ninth edition). Sinauer Associates.
- Brucker, S. Y., Strowitzki, T., Taran, F.-A., Rall, K., Schöller, D., Hoopmann, M., Henes, M., Guthoff, M., Heyne, N., Zipfel, S., Schäffeler, N., Bösmüller, H., Fend, F., Rosenberger, P., Heim, E., Wiesing, U., Nikolaou, K., Fleischer, S., Bakchoul, T., ... Königsrainer, A. (2020). Living-Donor Uterus Transplantation: Pre-, Intra-, and Postoperative Parameters Relevant to Surgical Success, Pregnancy, and Obstetrics with Live Births. *Journal of Clinical Medicine*, 9(8), 2485.
<https://doi.org/10.3390/jcm9082485>
- Burri, A., Giuliano, F., McMahon, C., & Porst, H. (2014). Female Partner's Perception of Premature Ejaculation and Its Impact on Relationship Breakups, Relationship Quality, and Sexual Satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2243–2255.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12551>
- Burunat, E. (2014). Love Is the Cause of Human Evolution. *Advances in Anthropology*, 04(02), 99–116. <https://doi.org/10.4236/aa.2014.42013>
- Buss, D. M. (2000). The dangerous passion: Why jealousy is as necessary as love and sex (p. xi, 258). Free Press.

- Buss, D. M. (2016a). Evolution of Desire, The. Em V. Weekes-Shackelford, T. K. Shackelford, & V. A. Weekes-Shackelford (Orgs.), Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science (p. 1–5). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-16999-6_1863-1
- Buss, D. M. (2016b). The Evolution of Desire: Strategies of Human Mating. Basic Books.
- Buss, D. M. (2023). The Sexual Selection of Human Mating Strategies: Mate Preferences and Competition Tactics. Em J. K. Mogilski & T. K. Shackelford (Orgs.), The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology and Romantic Relationships (1° ed, p. 15–41). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197524718.001.0001>
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. The Journal of Sex Research, 42(2), 113–118.
<https://doi.org/10.1080/00224490509552264>
- Campbell, L., & Ellis, B. J. (2015). Commitment, Love, and Mate Retention. Em D. M. Buss (Org.), The Handbook of Evolutionary Psychology (1° ed, p. 419–442). Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9780470939376.ch14>
- Carballea, D. (2023). Female Sexual Dysfunction (FSD): Implications of Diagnosis. Em T. K. Shackelford (Org.), Encyclopedia of Sexual Psychology and Behavior (p. 1–3). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-08956-5_961-1
- Carlson, B. M. (2014). Em Embriologia Humana e Biologia do Desenvolvimento. Elsevier Brasil.
- Crowe, M. (2012). Couple relationship problems and sexual dysfunctions: Therapeutic guidelines. Advances in Psychiatric Treatment, 18(2), 154–159.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007443>
- Dabaghi, S., Zandi, M., & Ilkhani, M. (2019). Sexual satisfaction in patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome after surgical and non-surgical techniques: A

- systematic review. *International Urogynecology Journal*, 30(3), 353–362.
<https://doi.org/10.1007/s00192-018-3854-5>
- Darwin, C. (2018). *A origem das espécies*. Ubu Editora.
- Ding, J.-X., Chen, L. -m., Zhang, X. -y., Zhang, Y., & Hua, K.-Q. (2015). Sexual and functional outcomes of vaginoplasty using acellular porcine small intestinal submucosa graft or laparoscopic peritoneal vaginoplasty: A comparative study. *Human Reproduction*, 30(3), 581–589. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu341>
- Domenice, S., Costa, E. M. F., Corrêa, R. V., & Mendonça, B. B. (2002). Aspectos Moleculares da Determinação e Diferenciação Sexual. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 46(4), 433–443. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302002000400015>
- Eastwick, P. W. (2009). Beyond the pleistocene: Using phylogeny and constraint to inform the evolutionary psychology of human mating. *Psychological Bulletin*, 135(5), 794–821.
<https://doi.org/10.1037/a0016845>
- Edmonds, D. K., Rose, G. L., Lipton, M. G., & Quek, J. (2012). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: A review of 245 consecutive cases managed by a multidisciplinary approach with vaginal dilators. *Fertility and Sterility*, 97(3), 686–690.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.12.038>
- Facchin, F., Francini, F., Ravani, S., Restelli, E., Gramegna, M. G., Vercellini, P., & Aimi, G. (2021). Psychological impact and health-related quality-of-life outcomes of Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Health Psychology*, 26(1), 26–39.
<https://doi.org/10.1177/1359105319901308>
- Finkel, E. J., & Eastwick, P. W. (2015). Attachment and pairbonding. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 3, 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2014.12.006>

- Fisher, H. (2016). *Out of Eden. On the origin of the monogamy and desertation. Em Anatomy of Love: A Natural History of Mating, Marriage, and Why We Stray (Completely Revised and Updated with a New Introduction)*. W. W. Norton & Company.
- Fisher, H. E. (1989). Evolution of human serial pairbonding. *American Journal of Physical Anthropology*, 78(3), 331–354. <https://doi.org/10.1002/ajpa.1330780303>
- França, P. S. de, Natividade, J. C., & Lopes, F. de A. (2016). Evidências de Validade da Versão Brasileira da Escala Amor do Marriage and Relationships Questionnaire (MARQ). *Psico-USF*, 21, 233–244. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210202>
- Georgopapadakos, N., Manoli, A., Passia, G., Skandalakis, P. N., & Filippou, D. (2019). Uterus Transplantation as a Therapy Method in Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. *Cureus*, 11(12), e6333. <https://doi.org/10.7759/cureus.6333>
- Gettler, L. T., McDade, T. W., Feranil, A. B., & Kuzawa, C. W. (2011). Longitudinal evidence that fatherhood decreases testosterone in human males. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(39), 16194–16199. <https://doi.org/10.1073/pnas.1105403108>
- Gutsche, R. M., Chagas, L. A., Leal, R., Cunha, A. L. D., & Djahjah, M. C. R. (2011). Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser: Relato de caso e revisão da literatura. *Radiologia Brasileira*, 44(3), 192–194. <https://doi.org/10.1590/S0100-39842011000300014>
- HadaviBavili, P., İlçioğlu, K., & Hamlacı Başkaya, Y. (2023). Evaluation of Sexual Function Outcomes in Patients with Rokitansky Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 30(9), 705–715. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2023.05.014>

- Harcourt, A. H., Harvey, P. H., Larson, S. G., & Short, R. V. (1981). Testis weight, body weight and breeding system in primates. *Nature*, 293(5827), 55–57.
<https://doi.org/10.1038/293055a0>
- Hatim, H., Zainuddin, A. A., Anizah, A., Kalok, A., Daud, T. I. M., Ismail, A., Nurazurah, A. G., & Grover, S. (2021). The Missing Uterus, the Missed Diagnosis, and the Missing Care. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome in the Lives of Women in Malaysia. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 161–167.
<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2020.11.009>
- Hentrich, T., Koch, A., Weber, N., Kilzheimer, A., Maia, A., Burkhardt, S., Rall, K., Casadei, N., Kohlbacher, O., Riess, O., Schulze-Hentrich, J. M., & Brucker, S. Y. (2020). The Endometrial Transcription Landscape of MRKH Syndrome. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, 8, 572281. <https://doi.org/10.3389/fcell.2020.572281>
- Herlin, M. K., Petersen, M. B., & Brännström, M. (2020). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome: A comprehensive update. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 15(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s13023-020-01491-9>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Impett, E. A., Muise, A., & Peragine, D. (2014). Sexuality in the context of relationships. In D. L. Tolman, L. M. Diamond, J. A. Bauermeister, W. H. George, J. G. Pfaus, & L. M. Ward (Eds.), *APA handbook of sexuality and psychology, Vol. 1: Person-based approaches*. (p. 269–315). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/14193-010>

- Impett, E. A., Muise, A., & Rosen, N. O. (2019). Sex as Relationship Maintenance—Chap 12. Em B. G. Ogolsky & J. K. Monk, *Relationship Maintenance: Theory, Process, and Context* (p. 215–239). Cambridge University Press.
- Kruglyak, D. A., Buralkina, N. A., Ipatova, M. V., Uvarova, E. V., Malanova, T. B., Batyrova, Z. K., & Kумыkova, Z. K. (2021). Possibilities of physiotherapy in Mayer–Rokitansky–Kuester–Hauser syndrome. *Russian Journal of Physiotherapy, Balneology and Rehabilitation*, 20(1), 37–43. <https://doi.org/10.17816/1681-3456-2021-20-1-37-43>
- Leithner, K., Naderer, A., Hartung, D., Abrahamowicz, C., Alexopoulos, J., Walch, K., Wenzl, R., & Hilger, E. (2015). Sexual and Psychosocial Functioning in Women with MRKHS after Neovaginoplasty According to Wharton-Sheares-George: A Case Control Study. *PLOS ONE*, 10(4), e0124604. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124604>
- Lewis, D., Al-Shawaf, L., Thompson, M., & Buss, D. (2021). *The Sage handbook of evolutionary psychology. Foundations of evolutionary psychology* (Bibliotheksverbund Bayern; 1° ed, p. 502). Donna Goddard; xiv, 487 Seiten, Illustrationen, Diagramme. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbvb&AN=edsbvb.BV047103941&lang=pt-br&site=eds-live>.
- Lohr, S. L. (2010). *Sampling: Design and analysis* (2. ed). Cengage Learning.
- Londero-Santos, A., Natividade, J. C., & Féres-Carneiro, T. (2021). Uma Medida de Satisfação com o Relacionamento Amoroso. *Avaliação Psicológica*, 20(1), 11–22. <https://doi.org/10.15689/ap.2021.2001.18901.02>
- Lovejoy, C. O. (2009). Reexamining human origins in light of *Ardipithecus ramidus*. *Science* (New York, N.Y.), 326(5949), 74e1-8.

- Lukas, D., & Clutton-Brock, T. (2014). Evolution of social monogamy in primates is not consistently associated with male infanticide. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(17). <https://doi.org/10.1073/pnas.1401012111>
- Makhanova, A. (2023). *The oxford handbook of evolutionary psychology*. Hormonal Mechanisms of Partnership Formation. Chap 5. (J. K. Mogilski & T. K. Shackelford, Orgs.; 1º ed). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197524718.001.0001>
- Maner, J. K., Rouby, D. A., & Gonzaga, G. C. (2008). Automatic inattention to attractive alternatives: The evolved psychology of relationship maintenance. *Evolution and Human Behavior*, 29(5), 343–349.
<https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2008.04.003>
- Manrique, O. J., Adabi, K., Huang, T. C.-T., Jorge-Martinez, J., Mehofer, L. E., Brassard, P., & Galan, R. (2019). Assessment of Pelvic Floor Anatomy for Male-to-Female Vaginoplasty and the Role of Physical Therapy on Functional and Patient-Reported Outcomes. *Annals of Plastic Surgery*, 82(6), 661–666.
<https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001680>
- Marques, F. Z. C., Chedid, S. B., & Elzerik, G. C. (2008). Resposta sexual humana. *Rev. ciênc. méd., (Campinas)*, 175–183.
- Meston, C. M., Freihart, B. K., Handy, A. B., Kilimnik, C. D., & Rosen, R. C. (2020). Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use? *The Journal of Sexual Medicine*, 17(1), 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.007>
- Ministério da Saúde. ([s.d.]). Recuperado 12 de março de 2025, de
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6019_12_12_2024.html
- Muise, A., Kim, J. J., McNulty, J. K., & Impett, E. A. (2016). The positive implications of sex for relationships. Em C. R. Knee & H. T. Reis (Orgs.), *Positive Approaches to Optimal*

- Relationship Development (1^o ed, p. 124–147). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781316212653.007>
- Ogolsky, B. G., & Monk, J. K. (2019). Relationship Maintenance: Theory, Process, and Context. Cambridge University Press.
- Ogolsky, B. G., Monk, J. K., Rice, T. M., Theisen, J. C., & Maniotes, C. R. (2017). Relationship Maintenance: A Review of Research on Romantic Relationships. *Journal of Family Theory & Review*, 9(3), 275–306. <https://doi.org/10.1111/jftr.12205>
- Opie, C. (2019). Monogamy and infanticide in complex societies. Em D. Shankland, Dunbar's number. Sean Kingston Publishing. <https://research-information.bris.ac.uk/en/publications/monogamy-and-infanticide-in-complex-societies>
- Oppelt, P., Von Have, M., Paulsen, M., Strissel, P. L., Strick, R., Brucker, S., Wallwiener, D., & Beckmann, M. W. (2007). Female genital malformations and their associated abnormalities. *Fertility and Sterility*, 87(2), 335–342.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.07.1501>
- Organização Mundial de Saúde. (2003). CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Editora da Universidade de São Paulo.
- Organização Mundial de Saúde. (2025). Saúde Sexual e Reprodutiva. - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-sexual-e-reprodutiva>
- ORPHANET. (2015). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=en&Expert=3109

- Pacagnella, R. D. C., Vieira, E. M., Rodrigues Jr., O. M., & Souza, C. D. (2008). Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 416–426. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200021>
- Park, H., Leonhardt, N., Johnson, M., Muise, A., Busby, D., Hanna-Walker, V., Yorgason, J., Holmes, E., & Impett, E. (2023). Sexual Satisfaction Predicts Future Changes in Relationship Satisfaction and Sexual Frequency: New Insights From Within-Person Associations Over Time. *Personality Science*, 4. <https://doi.org/10.5964/ps.11869>
- Pastor, Z., Froněk, J., Nováčková, M., & Chmel, R. (2017). Sexual Life of Women With Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome After Laparoscopic Vecchietti Vaginoplasty. *Sexual Medicine*, 5(2), e106–e113. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2016.12.003>
- Pietzsch, M., Schönfisch, B., Höller, A., Koch, A., Staebler, A., Dreser, K., Bettecken, K., Schaak, L., Brucker, S. Y., & Rall, K. (2024). A Cohort of 469 Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser Syndrome Patients—Associated Malformations, Syndromes, and Heterogeneity of the Phenotype. *Journal of Clinical Medicine*, 13(2), 607. <https://doi.org/10.3390/jcm13020607>
- Plavcan, J. M. (2001). Sexual dimorphism in primate evolution. *American Journal of Physical Anthropology*, 116(S33), 25–53. <https://doi.org/10.1002/ajpa.10011>
- Pollet, T. V., Nelissen, M., & Nettle, D. (2009). Lineage based differences in grandparental investment: Evidence from a large british cohort study. *Journal of Biosocial Science*, 41(3), 355–379. <https://doi.org/10.1017/S0021932009003307>
- Portaria GM/MS Nº 6.019, DE 10 DE dezembro DE 2024, Portaria GM/MS nº 828, de 17 de abril de 202, 185 (2024). <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6.019-de-10-de-dezembro-de-2024-601140911>

- Rosen, N. O., Bois, K., Mayrand, M.-H., Vannier, S., & Bergeron, S. (2016). Observed and Perceived Disclosure and Empathy Are Associated With Better Relationship Adjustment and Quality of Life in Couples Coping With Vulvodynia. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1945–1956. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0739-x>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Rusbult, C. E., Martz, J. M., & Agnew, C. R. (1998). The Investment Model Scale: Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size. *Personal Relationships*, 5(4), 357–391. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1998.tb00177.x>
- Russell, R. J. H., & Wells, P. A. (1993). MARQ: Marriage and Relationship Questionnaire: Handbook. Hodder & Stoughton. <https://books.google.com.br/books?id=j6D-vgEACAAJ>
- Santos Pechorro, P., Almeida, A. I., Soares Figueiredo, C., Monteiro Pascoal, P., Xavier Vieira, R., & Neves Jesus, S. (2015). Validação portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual. *Revista Internacional de Andrología*, 13(2), 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2014.10.003>
- Schacht, R., & Kramer, K. L. (2019). Are We Monogamous? A Review of the Evolution of Pair-Bonding in Humans and Its Contemporary Variation Cross-Culturally. *Frontiers in Ecology and Evolution*, 7, 230. <https://doi.org/10.3389/fevo.2019.00230>

- Silva, Caio Santos Alves da; Brito, Regina Célia Souza. (2016). Função sexual e níveis de testosterona em mulheres hetero e homossexuais [Universidade Federal do Pará - UFPA]. <https://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/10650>
- Silva Júnior, M. (2024). Psicologia Evolucionista: Fundamentos epistemológicos e conceituais. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 18(3). <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2024.v18.36467>
- Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. (2010). Development and Bicultural Validation of the New Sexual Satisfaction Scale. *The Journal of Sex Research*, 47(4), 257–268. <https://doi.org/10.1080/00224490903100561>
- Taylor, T. (with Gibson, A.). (1997). *A pré-história do sexo: Quatro milhões de anos de cultura sexual*. Campus.
- Thornhill, R., & Gangestad, S. W. (2008). *The evolutionary biology of human female sexuality* (p. x, 411). Oxford University Press.
- Trivers, R. L., & Willard, D. E. (1973). Natural Selection of Parental Ability to Vary the Sex Ratio of Offspring. *Science*, 179(4068), 90–92. <https://doi.org/10.1126/science.179.4068.90>
- Tsarna, E., Eleftheriades, A., Eleftheriades, M., Kalampokas, E., Liakopoulou, M.-K., & Christopoulos, P. (2022). The impact of Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser Syndrome on Psychology, Quality of Life, and Sexual Life of Patients: A Systematic Review. *Children*, 9(4), 484. <https://doi.org/10.3390/children9040484>
- Valentova, J. V., & Veloso, V. (2018). *Manual de psicologia evolucionista* (J. V. Valentova & M. E. Yamamoto, Orgs.). Edufrn. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6940702/mod_resource/content/1/Manual%20da%20psicologia%20evolucionista.pdf

- van Schaik, C. P., & Dunbar, R. I. M. (1990). The Evolution of Monogamy in Large Primates: A New Hypothesis and Some Crucial Tests. *Behaviour*, 115(1/2), 30–62. JSTOR.
- Vannier, S. A., Rosen, N. O., Mackinnon, S. P., & Bergeron, S. (2017). Maintaining Affection Despite Pain: Daily Associations Between Physical Affection and Sexual and Relationship Well-Being in Women with Genito-Pelvic Pain. *Archives of Sexual Behavior*, 46(7), 2021–2031. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0820-5>
- Veloso, V., & Júnior, M. S. (2022). Bases ecológicas e evolutivas do comportamento humano (U. P. de Albuquerque, Org.). Canal 6 Editora.
- Weijenborg, P. T. M., Kluivers, K. B., Dessens, A. B., Kate-Booij, M. J., & Both, S. (2019). Sexual functioning, sexual esteem, genital self-image and psychological and relational functioning in women with Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome: A case–control study. *Human Reproduction*, 34(9), 1661–1673. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez130>
- Yano, K., Harumatsu, T., Sugita, K., Muto, M., Kawano, T., Ieiri, S., & Kubota, M. (2022). Clinical features of Mayer-Rokitansky-Küster-Häuser syndrome diagnosed at under 16 years old: Results from a questionnaire survey conducted on all institutions of pediatric surgery and pediatric urology in Japan. *Pediatric Surgery International*, 38(11), 1585–1589. <https://doi.org/10.1007/s00383-022-05201-3>
- Young, E. S., & Simpson, J. A. (2019). An Evolutionary, Life History Theory Perspective on Relationship Maintenance—Chap 3. Em B. G. Ogolsky & J. K. Monk, An Evolutionary, Life History Theory Perspective on Relationship Maintenance—Chap 3 (p. 29–46). Cambridge University Press.
- Zhu, L., Zhou, H., Sun, Z., Lou, W., & Lang, J. (2013). Anatomic and Sexual Outcomes after Vaginoplasty Using Tissue-Engineered Biomaterial Graft in Patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome: A New Minimally Invasive and Effective

Surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(6), 1652–1658.

<https://doi.org/10.1111/jsm.12143>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa apoiam, em parte, a hipótese inicialmente estabelecida pelas pesquisadoras de que a população-alvo provavelmente apresentaria níveis de satisfação relacional semelhantes à população do grupo controle, embora devesse apresentar níveis de satisfação sexual mais baixos em função da condição de saúde.

A população-alvo desse estudo, mulheres com SMRKH, de fato, apresentou níveis de satisfação relacional semelhantes à da população do grupo controle, e o nível de satisfação relacional não apresentou correlação com a satisfação sexual, mas com nível de vínculo emocional com a parceria. Esse resultado assemelha-se aos encontrados juntamente a outros indivíduos com disfunções sexuais que apresentaram níveis de satisfação relacional semelhantes à de pessoas sem disfunções (Rosen et al., 2016; Smith & Pukall, 2011) que não apresentavam correlação direta com o nível de satisfação sexual.

Também de acordo com a hipótese inicial, encontramos um menor funcionamento sexual entre as mulheres com a SMRKH, representado especialmente por uma maior proporção de mulheres com pontuações abaixo da nota de corte de 26.55 entre a população-alvo que entre o grupo controle (GR: 41%, GC: 29%) e pela média do escore total um pouco abaixo da nota de corte estabelecida como indicativo de disfunções sexuais (nota de corte do instrumento: 26.55, média do escore final GR: 26.52). Todavia, mesmo diante desses achados, os testes estatísticos adotados não apontaram diferenças significativas entre os níveis de funcionamento sexual de mulheres do GR e do GC em nenhum dos domínios. Nesse sentido, nosso parecer é que esse achado seja analisado com cautela uma vez que essa diferença entre os grupos pode não ter sido evidenciada em função do escore final do GC também ter se situado bem próximo à nota de corte do instrumento (nota de corte do instrumento: 26.55, média do escore final GR: 28.32).

Ainda sobre o funcionamento sexual das mulheres SMRKH, a literatura especializada na área aponta que as disfunções sexuais são achados comuns entre mulheres com a síndrome e estão associados especialmente à presença de dor à penetração, lubrificação reduzida e, em certos casos, à redução do desejo sexual (Bean et al., 2009; Dabaghi et al., 2019; Herlin et al., 2020; Weijenborg et al., 2019), o que também foi evidenciado em nossa investigação, que encontrou como domínios mais afetados os de desejo sexual (média de escore desejo: 3.88, variação de escore: 1.2 a 6) e dor à penetração (média de escore desejo: 4.4, variação de escore: 0 a 6).

As divergências com a hipótese inicialmente estabelecida surgem ao identificarmos níveis de satisfação sexual relativamente altos entre a população alvo (RG: 78.9, variação de escore: 20 a 100), que não apresentaram diferença estatística em relação ao GC (p-valor: 0.5, d de Cohen: -0.02). Acreditamos que esse achado possa estar correlacionado ao fato de que as mulheres com a SMRKH que compuseram a população-alvo desse estudo, tenham sido recrutadas principalmente com auxílio do Instituto Roki, uma instituição que oferece apoio terapêutico para as mulheres com a síndrome. Essa característica do recrutamento deve ter introduzido o viés de seleção, e incluir indivíduos que possuem suporte informacional e estão melhor adaptados ao diagnóstico. Esse achado possivelmente enviesado, todavia, também pode ser considerado um resultado importante dessa pesquisa porque pode indicar que a educação em saúde sexual, bem como a inserção em grupos de apoio terapêutico de pares (trabalho realizado pelo instituto junto às mulheres com a síndrome), desempenhe um papel relevante na adaptação ao diagnóstico e na qualidade dos relacionamentos, configurando uma estratégia eficaz de atenção especializada.

Ainda sobre a concordância com as hipóteses inicialmente estabelecidas, consideramos que a utilização da organização teórica proposta pelo Modelo Integrativo de Manutenção de Relacionamentos (Ogolsky et al., 2017) para elaboração de uma pergunta de pesquisa assertiva foi bem-sucedida, uma vez que nos permitiu (a) definir muito bem o mecanismo psicológico a ser avaliado (manutenção de relacionamento), (b) compreender que estratégias múltiplas poderiam ser adotadas com a finalidade de preservar o relacionamento, dado seu caráter de importância na história evolutiva da espécie, (c) definir muito bem nossa situação contextual (pessoas que enfrentam disfunções sexuais), e (d) juntamente ao que encontramos nas investigações com diferentes populações em similar situação contextual, ter direcionado nosso olhar para um comportamento evolutivamente selecionado, o vínculo emocional com a parceria, que poderia apresentar (e apresentou) associação com a satisfação relaciona.

Dessa forma, o presente estudo acrescenta uma informação importante à área da pesquisa de relacionamentos com pessoas que apresentam disfunções sexuais: o vínculo emocional com a parceria pode desempenhar um papel importante na satisfação relacional e na manutenção dos relacionamentos. Essa observação, porém, necessitará de replicação em diferentes populações com diferentes disfunções sexuais, antes de ser utilizada como subsídio para fundamentar o estudo de intervenções terapêuticas baseadas na saúde do casal e do relacionamento.

Em conclusão, destacamos que novas questões de investigação também puderam ser suscitadas a partir do estudo epidemiológico da população-alvo: (a) a assistência fisioterapêutica como fator redutor da necessidade de intervenções cirúrgicas para criação do canal vaginal em mulheres com a SMRKH. (b) os fatores envolvidos na motivação para criação do canal vaginal entre mulheres com a SMRKH e (c), uma questão mais ampla, que se refere aos desafios reprodutivos enfrentados pelas pessoas com SMRKH.

Acrescentamos também que algumas limitações a serem consideradas neste estudo a exploração de outras dimensões envolvidas com a satisfação relacional e o alcance de uma população sem o viés de seleção que encontramos.

Em síntese, essa pesquisa ampliando a compreensão sobre o funcionamento dos relacionamentos de longo prazo e delineia novas perspectivas para abordagens terapêuticas e investigações científicas na área.

Referências

- ACOG Committee Opinion No. 728: Müllerian Agenesis: Diagnosis, Management, And Treatment. (2018). *Obstetrics & Gynecology*, 131(1), e35–e42.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002458>
- Apostolou, M. (2016). Understanding the Prevalence of Sexual Dysfunctions in Women: An Evolutionary Perspective. *Adaptive Human Behavior and Physiology*, 2(1), 26–43.
<https://doi.org/10.1007/s40750-015-0029-1>
- Apostolou, M., Christoforou, C., & Lajunen, T. J. (2023). What are Romantic Relationships Good for? An Explorative Analysis of the Perceived Benefits of Being in a Relationship. *Evolutionary Psychology*, 21(4), 14747049231210245.
<https://doi.org/10.1177/14747049231210245>
- Association, A. P. (with Vieira, D., Cardoso, M. V., Rosa, S. M. M. da, Crippa, J. A. de S., Osório, F. de L., & Souza, J. D. R. de). (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5º ed). Artmed.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
- Bean, E. J., Mazur, T., & Robinson, A. D. (2009). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome: Sexuality, Psychological Effects, and Quality of Life. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 22(6), 339–346.
<https://doi.org/10.1016/j.jpbg.2008.11.006>
- Breedlove, S. M., & Watson, N. V. (2020). Chap 6. Evolution of the brain and behavior. Em *Behavioral neuroscience* (Ninth edition). Sinauer Associates.
- Burri, A., Giuliano, F., McMahon, C., & Porst, H. (2014). Female Partner's Perception of Premature Ejaculation and Its Impact on Relationship Breakups, Relationship Quality,

- and Sexual Satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2243–2255.
<https://doi.org/10.1111/jsm.12551>
- Buss, D. M. (2000). *The dangerous passion: Why jealousy is as necessary as love and sex* (p. xi, 258). Free Press.
- Buss, D. M. (2023). The Sexual Selection of Human Mating Strategies: Mate Preferences and Competition Tactics. Em J. K. Mogilski & T. K. Shackelford (Orgs.), *The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology and Romantic Relationships* (1^o ed, p. 15–41). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197524718.001.0001>
- Carballea, D. (2023). Female Sexual Dysfunction (FSD): Implications of Diagnosis. Em T. K. Shackelford (Org.), *Encyclopedia of Sexual Psychology and Behavior* (p. 1–3). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-08956-5_961-1
- Carlson, B. M. (2014). Em *Embriologia Humana e Biologia do Desenvolvimento*. Elsevier Brasil.
- Crowe, M. (2012). Couple relationship problems and sexual dysfunctions: Therapeutic guidelines. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18(2), 154–159.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007443>
- Darwin, C. (2018). *A origem das espécies*. Ubu Editora.
- Eastwick, P. W. (2009). Beyond the pleistocene: Using phylogeny and constraint to inform the evolutionary psychology of human mating. *Psychological Bulletin*, 135(5), 794–821.
<https://doi.org/10.1037/a0016845>
- Finkel, E. J., & Eastwick, P. W. (2015). Attachment and pairbonding. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 3, 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2014.12.006>
- Fisher, H. (2016). Out of Eden. On the origin of the monogamy and desertation. Em *Anatomy of Love: A Natural History of Mating, Marriage, and Why We Stray (Completely Revised and Updated with a New Introduction)*. W. W. Norton & Company.

- França, P. S. de, Natividade, J. C., & Lopes, F. de A. (2016). Evidências de Validade da Versão Brasileira da Escala Amor do *Marriage and Relationships Questionnaire* (MARQ). *Psico-USF*, 21, 233–244. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210202>
- Gettler, L. T., McDade, T. W., Feranil, A. B., & Kuzawa, C. W. (2011). Longitudinal evidence that fatherhood decreases testosterone in human males. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(39), 16194–16199. <https://doi.org/10.1073/pnas.1105403108>
- Harcourt, A. H., Harvey, P. H., Larson, S. G., & Short, R. V. (1981). Testis weight, body weight and breeding system in primates. *Nature*, 293(5827), 55–57. <https://doi.org/10.1038/293055a0>
- Hatim, H., Zainuddin, A. A., Anizah, A., Kalok, A., Daud, T. I. M., Ismail, A., Nurazurah, A. G., & Grover, S. (2021). The Missing Uterus, the Missed Diagnosis, and the Missing Care. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome in the Lives of Women in Malaysia. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 34(2), 161–167. <https://doi.org/10.1016/j.jpbg.2020.11.009>
- Herlin, M. K., Petersen, M. B., & Brännström, M. (2020). Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome: A comprehensive update. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 15(1), 214. <https://doi.org/10.1186/s13023-020-01491-9>
- Impett, E. A., Muise, A., & Rosen, N. O. (2019). Sex as Relationship Maintenance—Chap 12. Em B. G. Ogolsky & J. K. Monk, *Relationship Maintenance: Theory, Process, and Context* (p. 215–239). Cambridge University Press.
- Lewis, D., Al-Shawaf, L., Thompson, M., & Buss, D. (2021). *The Sage handbook of evolutionary psychology. Foundations of evolutionary psychology* (Bibliotheksverbund Bayern; 1º ed, p. 502). Donna Goddard; xiv, 487 Seiten, Illustrationen, Diagramme.

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbvb&AN=edsbvb.BV047103941&lang=pt-br&site=eds-live>.

- Londero-Santos, A., Natividade, J. C., & Féres-Carneiro, T. (2021). Uma Medida de Satisfação com o Relacionamento Amoroso. *Avaliação Psicológica*, 20(1), 11–22. <https://doi.org/10.15689/ap.2021.2001.18901.02>
- Lovejoy, C. O. (2009). Reexamining human origins in light of *Ardipithecus ramidus*. *Science (New York, N.Y.)*, 326(5949), 74e1-8.
- Lukas, D., & Clutton-Brock, T. (2014). Evolution of social monogamy in primates is not consistently associated with male infanticide. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(17). <https://doi.org/10.1073/pnas.1401012111>
- Makhanova, A. (2023). *The oxford handbook of evolutionary psychology. Hormonal Mechanisms of Partnership Formation. Chap 5.* (J. K. Mogilski & T. K. Shackelford, Orgs.; 1º ed). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197524718.001.0001>
- Marques, F. Z. C., Chedid, S. B., & Elzerik, G. C. (2008). Resposta sexual humana. *Rev. ciênc. méd., (Campinas)*, 175–183.
- Ogolsky, B. G., & Monk, J. K. (2019). *Relationship Maintenance: Theory, Process, and Context*. Cambridge University Press.
- Ogolsky, B. G., Monk, J. K., Rice, T. M., Theisen, J. C., & Maniotes, C. R. (2017). Relationship Maintenance: A Review of Research on Romantic Relationships. *Journal of Family Theory & Review*, 9(3), 275–306. <https://doi.org/10.1111/jftr.12205>
- Opie, C. (2019). Monogamy and infanticide in complex societies. Em D. Shankland, *Dunbar's number*. Sean Kingston Publishing. <https://research-information.bris.ac.uk/en/publications/monogamy-and-infanticide-in-complex-societies>

- Organização Mundial de Saúde. (2003). *CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Editora da Universidade de São Paulo.
- Organização Mundial de Saúde. (2025). *Saúde Sexual e Reprodutiva*. - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-sexual-e-reprodutiva>
- Pacagnella, R. D. C., Vieira, E. M., Rodrigues Jr., O. M., & Souza, C. D. (2008). Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 416–426. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200021>
- Park, H., Leonhardt, N., Johnson, M., Muise, A., Busby, D., Hanna-Walker, V., Yorgason, J., Holmes, E., & Impett, E. (2023). Sexual Satisfaction Predicts Future Changes in Relationship Satisfaction and Sexual Frequency: New Insights From Within-Person Associations Over Time. *Personality Science*, 4. <https://doi.org/10.5964/ps.11869>
- Plavcan, J. M. (2001). Sexual dimorphism in primate evolution. *American Journal of Physical Anthropology*, 116(S33), 25–53. <https://doi.org/10.1002/ajpa.10011>
- Rosen, N. O., Bois, K., Mayrand, M.-H., Vannier, S., & Bergeron, S. (2016). Observed and Perceived Disclosure and Empathy Are Associated With Better Relationship Adjustment and Quality of Life in Couples Coping With Vulvodynia. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1945–1956. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0739-x>
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D’Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Rusbult, C. E., Martz, J. M., & Agnew, C. R. (1998). The Investment Model Scale: Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size.

- Personal Relationships*, 5(4), 357–391. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1998.tb00177.x>
- Russell, R. J. H., & Wells, P. A. (1993). *MARQ: Marriage and Relationship Questionnaire: Handbook*. Hodder & Stoughton. <https://books.google.com.br/books?id=j6D-vgEACAAJ>
- Santos Pechorro, P., Almeida, A. I., Soares Figueiredo, C., Monteiro Pascoal, P., Xavier Vieira, R., & Neves Jesus, S. (2015). Validação portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual. *Revista Internacional de Andrología*, 13(2), 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2014.10.003>
- Schacht, R., & Kramer, K. L. (2019). Are We Monogamous? A Review of the Evolution of Pair-Bonding in Humans and Its Contemporary Variation Cross-Culturally. *Frontiers in Ecology and Evolution*, 7, 230. <https://doi.org/10.3389/fevo.2019.00230>
- SILVA, Caio Santos Alves da, & BRITO, Regina Célia Souza. (2016). *Função sexual e níveis de testosterona em mulheres hetero e homossexuais* [Universidade Federal do Pará - UFPA]. <https://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/10650>
- Silva Júnior, M. (2024). Psicologia Evolucionista: Fundamentos epistemológicos e conceituais. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 18(3). <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2024.v18.36467>
- Štulhofer, A., Buško, V., & Brouillard, P. (2010). Development and Bicultural Validation of the New Sexual Satisfaction Scale. *The Journal of Sex Research*, 47(4), 257–268. <https://doi.org/10.1080/00224490903100561>
- Taylor, T. (with Gibson, A.). (1997). *A pré-história do sexo: Quatro milhões de anos de cultura sexual*. Campus.
- Thornhill, R., & Gangestad, S. W. (2008). *The evolutionary biology of human female sexuality* (p. x, 411). Oxford University Press.

- Trivers, R. L., & Willard, D. E. (1973). Natural Selection of Parental Ability to Vary the Sex Ratio of Offspring. *Science*, 179(4068), 90–92.
<https://doi.org/10.1126/science.179.4068.90>
- van Schaik, C. P., & Dunbar, R. I. M. (1990). The Evolution of Monogamy in Large Primates: A New Hypothesis and Some Crucial Tests. *Behaviour*, 115(1/2), 30–62. JSTOR.
- Vannier, S. A., Rosen, N. O., Mackinnon, S. P., & Bergeron, S. (2017). Maintaining Affection Despite Pain: Daily Associations Between Physical Affection and Sexual and Relationship Well-Being in Women with Genito-Pelvic Pain. *Archives of Sexual Behavior*, 46(7), 2021–2031. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0820-5>
- Veloso, V., & Júnior, M. S. (2022). *Bases ecológicas e evolutivas do comportamento humano* (U. P. de Albuquerque, Org.). Canal 6 Editora.
- Weijenborg, P. T. M., Kluivers, K. B., Dessens, A. B., Kate-Booij, M. J., & Both, S. (2019). Sexual functioning, sexual esteem, genital self-image and psychological and relational functioning in women with Mayer–Rokitansky–Küster–Hauser syndrome: A case–control study. *Human Reproduction*, 34(9), 1661–1673.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dez130>
- Young, E. S., & Simpson, J. A. (2019). An Evolutionary, Life History Theory Perspective on Relationship Maintenance—Chap 3. Em B. G. Ogolsky & J. K. Monk, *An Evolutionary, Life History Theory Perspective on Relationship Maintenance—Chap 3* (p. 29–46). Cambridge University Press.

ANEXOS

Anexo I – Termos Éticos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dinâmica entre função sexual, satisfação sexual e satisfação nos relacionamentos românticos de mulheres com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

Olá! Me chamo Lídia Silveira e sou aluna do curso de mestrado em Neurociência e Comportamento da Universidade Federal do Pará (PPGNC-UFPA). No âmbito do mestrado estou desenvolvendo um estudo com mulheres com 18 anos ou mais, cujo objetivo é investigar se fatores relacionados à vida sexual podem influenciar na satisfação com o relacionamento amoroso.

Ao participar de uma pesquisa como essa você está contribuindo para compreensão de como a vida sexual de mulheres saudáveis ou com problemas sexuais (disfunções sexuais) pode afetar a qualidade dos seus relacionamentos. Com os resultados de pesquisas como essa é possível, por exemplo, propor e desenvolver abordagens terapêuticas mais bem direcionadas e eficazes para os desafios enfrentados por mulheres com problemas relacionados à vida sexual.

Nessa pesquisa pedirei que você responda um questionário que contém perguntas sobre você, seu relacionamento amoroso e sua vida sexual. Caso não se sinta à vontade com alguma questão, não precisa respondê-la, apenas passe para a próxima pergunta. Ainda assim, caso se sinta psicologicamente lesada com alguma das perguntas aqui contidas, você tem direito de buscar indenização, ressarcimento ou assistência em virtude de danos psíquicos sofridos junto à pesquisadora responsável.

Esse questionário é de rápido preenchimento e estima-se que em 15 minutos você o responda por completo. Todas as informações coletadas aqui ficarão sob sigilo e serão acessadas somente pela pesquisadora responsável e sua equipe de pesquisa. Os dados coletados serão codificados e toda a informação recolhida permanecerá anônima e confidencial.

A sua participação neste estudo é voluntária e você não receberá pagamento pela sua participação. Se por algum motivo quiser desistir de participar, poderá fazer isso. Além disso, você também pode obter uma cópia das suas respostas a esse questionário, caso deseje.

Se ainda assim tiver algum tipo de dúvida, poderá entrar em contato comigo ou com o Comitê de Ética em Pesquisa que regulou essa pesquisa através dos seguintes contatos:

Lídia Silveira (pesquisadora responsável)

Celular e whatsapp: (91) 98229-6223

E-mail: lifisiopelvica@gmail.com

Endereço: Universidade Federal do Pará, NTPC II, Sala 19. Rua Augusto Corrêa s/n. Guamá. Belém, PA, Brasil. Cep: 66075-110.

Vivianni Veloso (orientadora)

E-mail: vivianniveloso@yahoo.com.br

Endereço: Universidade Federal do Pará, NTPC II, Sala 19. Rua Augusto Corrêa s/n. Guamá. Belém, PA, Brasil. Cep: 66075-110.

Juliana Schulze (co-orientadora)

E-mail: juschulze@gmail.com

Endereço: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC/SP. Perdizes. São Paulo, SP, Brasil. Cep: 05014-901. Comitê de Ética do

Comitê de Ética e Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical/ NMIT-UFPA

Fone: (91) 3201-0961

Email: cepnmt@ufpa.br

Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, 92. Umarizal. Belém, PA, Brasil. Cep: 66055-240.

Se você compreendeu o teor dessa pesquisa e deseja participar dela, por favor, indique no campo abaixo:

☐ Aceito ☐ Não aceito

Você obter uma cópia deste termo assinado pelas pesquisadoras clicando [aqui](#).

Obrigada pela participação!

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

1. Identificação dos membros do grupo de pesquisa

Nome completo (sem abreviação)	RG	CPF
Lídia Silveira dos Santos	538446-3	008197952-59
Hellen Viviani Veloso Corrêa	378912-7	745829842-15
Juliana Schulze Burti	25229017-3	275392248-94

2. Identificação da pesquisa

- a) Título do Projeto: Dinâmica entre Função Sexual, Satisfação Sexual e Satisfação nos Relacionamentos Românticos de Mulheres com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser
- b) Departamento/Faculdade/Curso: Universidade Federal do Pará. Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento. Programa de Pós-graduação em Neurociência e Comportamento
- c) Pesquisador Responsável: Lídia Silveira dos Santos

3. Descrição dos Dados

Os dados que serão coletados nesse estudo referem-se a informações sociodemográficas das participantes (instrumento desenvolvido pela equipe de pesquisa); histórico clínico de saúde somente para as mulheres que indicarem ter diagnóstico da Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (instrumento desenvolvido pela equipe de pesquisa); informações sobre o relacionamento amoroso (instrumento desenvolvido pela equipe de pesquisa); escore de satisfação com o atual relacionamento amoroso (instrumento específico validado); escore de vinculação emocional com o parceiro (instrumento específico validado); informações sobre práticas sexuais (instrumento desenvolvido pela equipe de pesquisa), informações sobre a função/desempenho sexual das participantes (instrumento específico validado); e escore de satisfação sexual (instrumento específico validado).

Esses dados também estão detalhadamente descritos na sessão “metodologia” da brochura do projeto enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Medicina Tropical da UFPA (CEP NMIT/UFPA) e os instrumentos a serem utilizados estão disponíveis nos Anexos 2 a 9.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Para dúvidas de aspecto ético, pode ser contactado o CEP NMIT/UFPA: Av. Generalíssimo

Deodoro, 92. Umarizal. Belém, PA, Brasil. Cep: 66055-240. Fone: (91) 3201-0961. Email: cepnmt@ufpa.br.

4. Declaração dos pesquisadores

Os pesquisadores envolvidos no projeto se comprometem a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos do **Questionário online** que será preenchido pelas participantes, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam a Resolução 466/12, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde.

Declaramos entender que a integridade das informações e a garantia da confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas estão sob nossa responsabilidade. Também declaramos que não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação da Plataforma Brasil.

Devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os sujeitos, assinaremos esse Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, para a salvaguarda dos direitos dos participantes.

Belém, 16 de julho de 2024.

Lídia Silveira dos Santos

Hellen Viviani Veloso

Juliana Schulze Burti

Corrêa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE TEORIA E PESQUISA DO COMPORTAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS E COMPORTAMENTO
TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Título da Pesquisa: Dinâmica entre Função Sexual, Satisfação Sexual e Satisfação nos Relacionamentos Românticos de Mulheres com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

Pesquisador responsável: Lídia Silveira dos Santos

CAAE: 79659124.6.0000.5172

Orientadora: Dra. Hellen Vivianni Veloso Corrêa

Co-orientadora: Dra. Juliana Schulze Burti

O presente termo apresenta a anuência do Instituto Roky para conduzir a pesquisa acima mencionada com as mulheres assistidas por seus serviços voluntários. A parceria do instituto consiste na divulgação da pesquisa através do seu site, redes sociais (Instagram e Facebook), lista telefônica (via whatsapp) e durante as reuniões online dos grupos de apoio terapêutico às mulheres com a síndrome.

Reiteramos que não haverá contribuição financeira oferecida por nenhuma das partes (instituto ou pesquisadora responsável).

Ciente das fases de execução da pesquisa, do rigor metodológico empregado e do papel do Instituto Roky nessa parceria, concedo à pesquisadora a anuência institucional.

Belém, 10 de Julho de 2024.

Cláudia Melotti

Responsável Médica Instituto Roky

Anexo 2 - Questionários da Pesquisa

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO ECONÔMICO E RELIGIOSO

1. Qual sua idade?

[campo para resposta curta]

2. Você se considera:

☐ Negra ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena

3. Em que cidade e estado você nasceu? (Ex: Belém/PA)

[campo para resposta curta]

4. Qual seu grau de escolaridade?

☐ Alfabetização ☐ Ens. Fundamental incompleto ☐ Ens. Fundamental completo

☐ Ens. Médio incompleto ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ens. Superior incompleto

☐ Ens. Superior completo ☐ Pós-graduação

5. Qual sua ocupação ou profissão atual? (Ex: estudante, do lar, motorista)

[campo para resposta curta]

6. Você mora com:

☐ Sozinha ☐ Seus pais ou outros familiares ☐ Amigo(s) ☐ Seu parceiro(a) amoroso(a)

7. Você possui filhos?

☐ Sim ☐ Não

8. Quantos filhos você tem? (Ex: 2)

[campo para resposta curta]

9. Responda só se você tiver filhos: Quantos filhos você tem?

[campo para resposta curta]

10. Responda só se você tiver filhos: Seus filhos são biológicos, adotivos, filhos biológicos do parceiro(a) ou outro? (Ex: filhos biológicos do parceiro)

[campo para resposta curta]

11. Qual sua renda individual aproximada? (Ex: 1000,00)

[campo para resposta curta]

12. Qual sua renda familiar aproximada? (Ex: 1000,00)

[campo para resposta curta]

QUESTIONÁRIO DE HISTÓRICO CLÍNICO

1. Qual sua faixa etária quando recebeu o diagnóstico da Síndrome de Roky?

☐ Na infância (antes dos 12 anos de idade)

☐ Na adolescência (a partir dos 12 anos de idade)

☐ Na vida adulta (a partir dos 18 anos de idade)

2. Quando você recebeu o diagnóstico, lhe falaram se você apresenta o Tipo I ou II da Síndrome do Roky?

☐ Não recebi/ não sei informar

☐ Tipo I (tenho malformações somente no útero e vagina)

☐ Tipo II (tenho outras malformações relacionadas à Síndrome, além das malformações sobre útero e vagina)

3. Você é ou foi acompanhada por profissionais de saúde que deram assistência às suas queixas relacionadas à Síndrome? (Ex: eu precisei de atendimento psicológico após o diagnóstico e o recebi, ou, eu quis realizar a criação do canal vaginal e fui informada sobre minhas opções)

☐ Sim ☐ Não

4. Marque todos os profissionais pelos quais você é ou foi acompanhada (Observe que você pode marcar mais de uma opção):

☐ Ginecologia ☐ Cirurgia Ginecológica ☐ Fisioterapia ☐ Psicologia ☐ Sexologia

☐ Grupo de apoio psicoterapêutico ☐ Terapias integrativas (yoga, meditação)

5. Você já iniciou algum tratamento para criação do canal vaginal (neovagina)?

☐ Sim ☐ Não

6. Responda só se você já tiver realizado algum tratamento para criação do canal vaginal: O tratamento que você realizou foi (Observe que você pode marcar mais de uma opção):

☐ Cirúrgico ☐ Fisioterapêutico

☐ Usei dilatadores mas sem acompanhamento de um profissional de saúde

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO RELACIONAMENTO

1. Qual a sua orientação sexual?

- ☐ Heterossexual Exclusiva (só me envolvo com homens)
☐ Heterossexual Predominante ☐ Bissexual ☐ Homossexual Predominante
☐ Homossexual Exclusiva (só me envolvo com mulheres) ☐ Outros

2. Em relação ao número de parceiros(as), atualmente você se relaciona:

- ☐ Somente com uma pessoa (relacionamento monogâmico)
☐ Com mais de uma pessoa ao mesmo tempo (Ex: relacionamento aberto, extraconjugal, etc)

3. No seu relacionamento atual você se relaciona com (observe que você pode marcar mais de uma opção):

- ☐ Homem (ns) ☐ Mulher (es) ☐ Outro

4. Qual a idade do seu parceiro(a)? (ex: 18)

(Obs: se você tiver mais de um(a) parceiro(a) amoroso(a), considere apenas a parceria de maior tempo)

[campo para resposta curta]

5. Atualmente você está em que tipo de relacionamento?

(Obs: se você tiver mais de um(a) parceiro(a) amoroso(a), considere apenas a parceria de maior tempo)

- ☐ Ficando ☐ Namoro ☐ Relacionamento sério ☐ Noivado
☐ Casamento/em uma união estável ☐ Outros

6. Há quanto tempo você e seu parceiro ou parceira estão juntos? (ex: 4 anos e 3 meses)

(Obs: se você tiver mais de um(a) parceiro(a) amoroso(a), considere apenas a parceria de maior tempo).

[campo para resposta curta]

7. Você teve outros parceiros(as) sexuais antes do(a) atual?

- ☐ Sim ☐ Não

8. Se você marcou "sim" na questão anterior, quantos parceiros(as) sexuais você teve antes? (Ex: 3)

[campo para resposta curta]

ESCALA DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM O RELACIONAMENTO AMOROSO – REVISADA (ENSRA-R)

Abaixo você encontrará uma série de afirmações sobre relacionamentos amorosos. Por favor, leia cada uma delas e responda de acordo com a sua opinião. Pensando no(a) seu(sua) parceiro(a), indique, utilizando a escala abaixo, o quanto você concorda com cada uma das afirmações abaixo.

	Discordo completamente 1	Concordo levemente 2	Concordo moderadamente 3	Concordo completamente 4
1. Meu/minha parceiro(a) satisfaz minhas necessidades de intimidade (compartilhando seus pensamentos, seus segredos etc.).	1	2	3	4
2. Meu/minha parceiro(a) satisfaz minhas necessidades de companheirismo (fazendo coisas juntos, apreciando a companhia um do outro etc.).	1	2	3	4
3. Meu/minha parceiro(a) satisfaz minhas necessidades sexuais (fazendo carinhos, beijando um ao outro etc.).	1	2	3	4
4. Meu/minha parceiro(a) satisfaz minhas necessidades de segurança (sentindo confiança nele(a), sentindo confortável com a estabilidade do relacionamento etc.).	1	2	3	4
5. Meu/minha parceiro(a) satisfaz minhas necessidades de envolvimento emocional (sentido emocionalmente envolvido, sentindo-se bem quando o outro está bem, etc.).	1	2	3	4

Ainda referente ao seu relacionamento atual, indique, utilizando a escala abaixo, o quanto você concorda com cada uma das afirmações abaixo.

	Discordo completamente 0	1	2	3	Concordo em parte 4	5	6	7	Concordo completamente 8
6. Eu me sinto satisfeito(a) com o nosso relacionamento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7. Meu relacionamento está perto do ideal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Nosso relacionamento me faz feliz.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Nosso relacionamento é perfeito.	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Não mudaria nada em nosso relacionamento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8

ESCALA DO AMOR DO MARRIAGE AND RELATIONSHIP QUESTIONNAIRE –
MARQ BRASIL

Por favor, leia as perguntas abaixo e responda de acordo com a escala de intensidade ao lado. Observe que 1 significa “Nem um pouco” e 5 significa “Muito”. Considere seu relacionamento atual para responder.

1. Você gosta da companhia de sua (seu) parceira(o)?

☐ Nem um pouco ☐ Não muito ☐ Mais ou menos ☐ Bastante ☐ Muito

2. Você é feliz com o seu relacionamento?

☐ Nem um pouco ☐ Não muito ☐ Mais ou menos ☐ Bastante ☐ Muito

3. Você acha sua(seu) parceira(o) atraente?

☐ Nem um pouco ☐ Não muito ☐ Mais ou menos ☐ Bastante ☐ Muito

4. Vocês gostam de fazer coisas juntos?

☐ Nem um pouco ☐ Não muito ☐ Mais ou menos ☐ Bastante ☐ Muito

5. Você gosta de ficar abraçado(a) com sua(seu) parceira(o)?

☐ Nem um pouco ☐ Não muito ☐ Mais ou menos ☐ Bastante ☐ Muito

6. Você respeita sua(seu) parceira(o)?

☐ Nem um pouco ☐ Não muito ☐ Mais ou menos ☐ Bastante ☐ Muito

7. Você se orgulha de sua(seu) parceira(o)?

☐ Nem um pouco ☐ Não muito ☐ Mais ou menos ☐ Bastante ☐ Muito

8. Seu relacionamento tem um lado romântico?

☐ Nem um pouco ☐ Não muito ☐ Mais ou menos ☐ Bastante ☐ Muito

9. O quanto você ama sua(seu) parceira(o)?

☐ Nem um pouco ☐ Não muito ☐ Mais ou menos ☐ Bastante ☐ Muito

QUESTIONÁRIO DE PRÁTICAS SEXUAIS

Este questionário contém algumas perguntas simples sobre suas práticas durante o sexo. Por favor, responda todas elas, mesmo que você sinta que algumas delas são muito pessoais. Lembre-se que não há resposta correta, apenas escolha a resposta que mais se aproxima da sua realidade.

1. Com que frequência você tem praticado sexo vaginal (com uso dos dedos ou instrumentos)?

☐ Uma vez por dia ou mais ☐ Mais de uma vez por semana porém não todos os dias

☐ Mais de uma vez por mês porém não em todas as semanas ☐ Não tenho Praticado

2) Com que frequência você tem praticado sexo anal (com uso dos dedos ou brinquedos sexuais)?

☐ Uma vez por dia ou mais ☐ Mais de uma vez por semana porém não todos os dias

☐ Mais de uma vez por mês porém não em todas as semanas ☐ Não tenho Praticado

3. Com que frequência você tem realizado sexo oral no parceiro(a)?

☐ Uma vez por dia ou mais ☐ Mais de uma vez por semana porém não todos os dias

☐ Mais de uma vez por mês porém não em todas as semanas ☐ Não tenho Praticado

4. Com que frequência você tem recebido sexo oral do parceiro(a)?

☐ Uma vez por dia ou mais ☐ Mais de uma vez por semana porém não todos os dias

☐ Mais de uma vez por mês porém não em todas as semanas ☐ Não tenho Praticado

5. Com que frequência você tem masturbado seu/sua parceiro(a)?

☐ Uma vez por dia ou mais ☐ Mais de uma vez por semana porém não todos os dias

☐ Mais de uma vez por mês porém não em todas as semanas ☐ Não tenho Praticado

6. Com que frequência você tem sido masturbada pelo parceiro(a)?

☐ Uma vez por dia ou mais ☐ Mais de uma vez por semana porém não todos os dias

☐ Mais de uma vez por mês porém não em todas as semanas ☐ Não tenho Praticado

ÍNDICE DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (IFSFI)

Agora você responderá a um questionário chamado Índice de Função Sexual Feminina (IFSFI), no qual perguntaremos sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Escolha apenas uma alternativa por pergunta. Para responder às questões use as seguintes definições:

- Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual;
- Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos);
- Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo;
- Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal” –, ou contrações musculares).

1. Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ 5 = Quase sempre ou sempre
- ☐ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ 1 = Quase nunca ou nunca

2. Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual?

- ☐ 5 = Muito alto
- ☐ 4 = Alto
- ☐ 3 = Moderado
- ☐ 2 = Baixo
- ☐ 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

3. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual

- ☐ 5 = Quase sempre ou sempre
- ☐ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ 1 = Quase nunca ou nunca

4. Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 5 = Muito alto
- ☐ 4 = Alto
- ☐ 3 = Moderado
- ☐ 2 = Baixo
- ☐ 1 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

5. Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 5 = Segurança muito alta
- ☐ 4 = Segurança alta
- ☐ 3 = Segurança moderada
- ☐ 2 = Segurança baixa
- ☐ 1 = Segurança muito baixa ou Sem segurança

6. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ 0 = Sem atividade sexual
- ☐ 5 = Quase sempre ou sempre
- ☐ 4 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ 1 = Quase nunca ou nunca

7. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

☐ 0 = Sem atividade sexual

☐ 5 = Quase sempre ou sempre

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

☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

☐ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ 1 = Quase nunca ou nunca

8. Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

☐ 0 = Sem atividade sexual

☐ 1 = Extremamente difícil ou impossível

☐ 2 = Muito difícil

☐ 3 = Difícil

☐ 4 = Ligeiramente difícil

☐ 5 = Nada difícil

9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

☐ 0 = Sem atividade sexual

☐ 5 = Quase sempre ou sempre

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

☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

☐ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ 1 = Quase nunca ou nunca

10. Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

☐ 0 = Sem atividade sexual

☐ 1 = Extremamente difícil ou impossível

☐ 2 = Muito difícil

☐ 3 = Difícil

☐ 4 = Ligeiramente difícil

☐ 5 = Nada difícil

11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

☐ 0 = Sem atividade sexual

☐ 5 = Quase sempre ou sempre

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

☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

☐ 2 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ 1 = Quase nunca ou nunca

12. Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?

☐ 0 = Sem atividade sexual

☐ 1 = Extremamente difícil ou impossível

☐ 2 = Muito difícil

☐ 3 = Difícil

☐ 4 = Ligeiramente difícil

☐ 5 = Nada difícil

13. Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?

☐ 0 = Sem atividade sexual

☐ 5 = Muito satisfeita

☐ 4 = Moderadamente satisfeita

☐ 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita

☐ 2 = Moderadamente insatisfeita

☐ 1 = Muito insatisfeita

14. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

☐ 0 = Sem atividade sexual

☐ 5 = Muito satisfeita

- ☐ 4 = Moderadamente satisfeita
- ☐ 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ 2 = Moderadamente insatisfeita
- ☐ 1 = Muito insatisfeita

15. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita como relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

- ☐ 5 = Muito satisfeita
- ☐ 4 = Moderadamente satisfeita
- ☐ 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ 2 = Moderadamente insatisfeita
- ☐ 1 = Muito insatisfeita

16. Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?

- ☐ 5 = Muito satisfeita
- ☐ 4 = Moderadamente satisfeita
- ☐ 3 = Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ 2 = Moderadamente Insatisfeita
- ☐ 1 = Muito insatisfeita

17. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- ☐ 0 = Não tentei ter relação
- ☐ 1 = Quase sempre ou sempre
- ☐ 2 = A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ 5 = Quase nunca ou nunca

18. Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?

- ☐ 0 = Não tentei ter relação
- ☐ 1 = Quase sempre ou sempre

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

☐ 3 = Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

☐ 4 = Poucas vezes (menos da metade do tempo)

☐ 5 = Quase nunca ou nunca

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

☐ 0 = Não tentei ter relação

☐ 1 = Muito alto

☐ 2 = Alto

☐ 3 = Moderado

☐ 4 = Baixo

☐ 5 = Muito baixo ou absolutamente nenhum

NOVA ESCALA DE SATISFAÇÃO SEXUAL

No quadro abaixo, encontram-se algumas afirmações relacionadas com a sexualidade. Assinale o nível de satisfação que mais se adequa à sua realidade. (1998)
com base no Modelo de Investimento do Processo de Comprometimento.

Considere que:

1. Nada Satisfeito
2. Pouco satisfeita
3. Nem pouco nem muito satisfeita
4. Muito satisfeita
5. Totalmente Satisfeito.

	1	2	3	4	5
1. A intensidade da minha excitação sexual					
2. A qualidade dos meus orgasmos					
3. A capacidade de me "soltar" e me entregar ao prazer sexual durante as relações					
4. A minha capacidade de me concentrar na atividade sexual					
5. A forma como eu reajo sexualmente ao meu parceiro/ minha parceira					
6. O funcionamento sexual do meu corpo					
7. O meu "à-vontade" emocional durante o sexo.					
8. O meu humor depois da atividade sexual					
9. A frequência dos meus orgasmos					
10. O prazer que eu proporciono ao meu parceiro sexual/ minha parceira sexual					
11. O equilíbrio entre o que eu dou e o que eu recebo durante o sexo					
12. O "à-vontade" do meu parceiro/ minha parceira durante o sexo					
13. A capacidade do meu parceiro/ minha parceira de iniciar a atividade sexual					
14. A capacidade do meu parceiro/ minha parceira ter orgasmos					
15. A capacidade do meu parceiro/ minha parceira de se "soltar" e entregar ao prazer sexual					
16. A forma como meu parceiro/ minha parceira satisfaz as minhas necessidades sexuais					
17. A criatividade sexual do meu parceiro/ minha parceira					
18. A disponibilidade sexual do meu parceiro/ minha parceira					
19. A diversidade das minhas atividades sexuais					
20. A frequência da minha atividade sexual					