



## Universidades Lusíada

Rodrigues, Ana Luísa Preto

### **Relações entre qualidade de vida, funcionamento sexual e satisfação sexual em doentes com diabetes Mellitus e hipertensão**

<http://hdl.handle.net/11067/6065>

#### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2021
<b>Resumo</b>	<p>Resumo: A sexualidade deve ser considerada um aspeto natural da saúde com impacto determinante na qualidade de vida percecionada pelos indivíduos. A doença crónica tem impacto na sexualidade refletindo-se ao nível do funcionamento sexual, satisfação sexual e bem-estar percecionado pelos portadores destas doenças. O presente estudo teve como objetivo a promoção do conhecimento empírico acerca dos conceitos Qualidade de Vida, Funcionamento Sexual, Satisfação Sexual e Doença Crónica (Diabetes Mell...</p> <p>Abstract: Sexuality must be considered a natural aspect of health with a decisive impact on the quality of life perceived by individuals. Chronic illness has an impact on sexuality, reflecting on the level of sexual functioning, sexual satisfaction and well-being perceived by those who have a disease. This study aimed to promote empirical knowledge about the concepts of Quality of Life, Sexual Functioning, Sexual Satisfaction and Chronic Disease (Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension). Th...</p>
<b>Palavras Chave</b>	Psicologia clínica, Qualidade de vida, Sexualidade, Diabetes, Hipertensão
<b>Tipo</b>	masterThesis
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-12-25T20:56:01Z com informação proveniente do Repositório



Universidade Lusíada - Norte  
Porto

# Relações entre Qualidade de Vida, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual em Doentes com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial

---

Dissertação de Mestrado em **Psicologia Clínica**

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação  
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

PORTO, 2021

---

Ana Luisa Preto Rodrigues

---



instituto de psicologia  
e Ciências da Educação  
Universidade Lusíada - Norte (Porto)



Universidade Lusíada - Norte  
Porto

# Relações entre Qualidade de Vida, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual em Doentes com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial

---

**Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica**  
Instituto de Psicologia e Ciências da Educação  
**Universidade Lusíada - Norte (Porto)**

PORTO, 2021

---

**Ana Luisa Preto Rodrigues**

---

Trabalho efectuado sob a orientação do/a  
**Professora Doutora Maria Manuela Peixoto**



instituto de psicologia  
e Ciências da Educação  
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

**Relações entre Qualidade de Vida, Funcionamento Sexual e Satisfação Sexual em  
Doentes com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial**

Ana Luísa Preto Rodrigues, 21529119

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade Lusíada Norte, Porto

Mestrado em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Maria Manuela Peixoto

Porto, setembro 2021

### **Agradecimentos**

À minha mãe,

Por me ouvires quando não me consigo ouvir, por me incentivares a lutar pelos meus objetivos. Sem ti não sabia ler, não sabia correr, nem era o que sou hoje, o espelho da melhor mulher que existe – Enf. Paula Preto. Lutas-te por mim toda a vida e ainda não estou pronta para voar sozinha, portanto ainda te vou ligar as consagradas 12x por dia após a conclusão do curso “Mãe sofre”.

Ao meu pai,

Por me trazeres de volta à realidade e me ensinares que o mundo não é o cor-de-rosa que eu pinto. Por querereres para mim muito mais do que alguma vez tiveste.

Ao meu irmão,

Por me chateares todos os dias, mas me fazeres rir ao mesmo tempo. Sei que me amas mesmo quando te envergonho.

À minha família,

Pelo apoio e amor incondicional e pela preocupação e carinho que sempre me deram. Um obrigado especial ao “Tio” João Manuel e aos meus Padrinhos que fizeram sempre parte do meu percurso académico apoiando-me nos momentos difíceis e celebrando comigo as minhas conquistas.

À minha Orientadora Doutora Manuela Peixoto,

Pelo apoio incondicional, pela disponibilidade e cuidado que sempre me deu. Foi um privilégio tê-la como minha orientadora, admiro-a muito enquanto pessoa e profissional é sem dúvida um modelo para mim enquanto futura psicóloga.

A todos os meus amigos,

Que me acompanharam e me apoiaram ao longo deste percurso, que tornaram esta etapa mais feliz e a encheram de momentos inesquecíveis. Um obrigado especial à Soraia, não me consigo lembrar de mim sem te ter a ti ao meu lado, deus só nos fez amigas porque nenhuma mãe nos aguentaria ter como irmãs. Um obrigado à Filipa por todo o teu apoio, carinho, conforto e incentivo, não me lembro de não te conhecer e não me conheço se não te tiver comigo. À Nadine pelo apoio, companhia, disponibilidade e ajuda que sempre me deste. Aos meus colegas Vera, Fábio e Daniela que me ajudaram na conclusão desta etapa. Um obrigado muito grande e muito especial a todas as minhas meninas do LAF-GNR à minha família nestes 2 anos, pelo carinho, conforto, companheirismo, amizade... por fazerem parte da minha vida e do meu percurso, nunca me vou esquecer o quanto me ri com a Lúcia, as sopas da Luzia, as conversas noite dentro com a Ni ou as bebedeiras com a minha parceira do crime Melo e todas as outras meninas que não consegui nomear... desculpem...

**Índice**

Revisão da Literatura.....	10
Qualidade de Vida .....	10
Sexualidade e Saúde Sexual .....	13
Funcionamento Sexual.....	16
Satisfação sexual.....	19
Doença Crónica.....	21
Diabetes Mellitus.....	22
Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1).....	24
Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).....	26
Hipertensão Arterial .....	27
Doença Crónica e a relação com a qualidade de vida e sexualidade .....	30
Objetivos e hipóteses de investigação .....	32
Método.....	32
Caraterização da amostra .....	32
Instrumentos.....	36
Questionário Sociodemográfico .....	36
World Health Organization Quality Of Life – Brief (WHOQOL-Brief).....	36
Medida Global de Satisfação Sexual (GMSEX) .....	37
Índice Internacional de Função Erétil (IIFE).....	38
Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) .....	38
Procedimento .....	39
Recolha de dados.....	39
Análise de dados.....	40

Resultados.....	40
Discussão dos Resultados.....	43
Limitações da investigação.....	45
Conclusão .....	47
Referências Bibliográficas.....	49



**Índice de Tabelas**

Tabela 1. Diagnóstico clínico .....	33
Tabela 2. Estatística descritiva para a Idade.....	33
Tabela 3. Distribuição da amostra pelas variáveis sociodemográficas .....	34
Tabela 4. Estatística descritiva para o tempo de relação (meses).....	36
Tabela 5. Análise Univariada da qualidade de vida atendendo ao diagnóstico clínico..	41
Tabela 6. Comparação da satisfação sexual entre os indivíduos com DM1, DM2 e HTA .....	43

### Resumo

A sexualidade deve ser considerada um aspeto natural da saúde com impacto determinante na qualidade de vida percecionada pelos indivíduos. A doença crónica tem impacto na sexualidade refletindo-se ao nível do funcionamento sexual, satisfação sexual e bem-estar percecionado pelos portadores destas doenças. O presente estudo teve como objetivo a promoção do conhecimento empírico acerca dos conceitos Qualidade de Vida, Funcionamento Sexual, Satisfação Sexual e Doença Crónica (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial). Deste modo, foi avaliada a relação existente entre a qualidade de vida, funcionamento sexual, satisfação sexual em doentes com doença crónica, assim como as diferenças na qualidade de vida, funcionamento sexual, satisfação sexual em doentes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1, tipo 2 e Hipertensão Arterial. Participaram 160 indivíduos portadores de doença crónica. Foi administrado o Questionário Sociodemográfico, versão portuguesa do *World Health Organization Quality of Life*, da Medida Global de Satisfação Sexual, do Índice Internacional de Função Erétil e do Índice de Funcionamento Sexual Feminino. Os resultados sugeriram diferenças estatisticamente significativas entre qualidade de vida, funcionamento sexual e satisfação sexual relativamente à tipologia da doença crónica, indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 1 percecionam melhor qualidade de vida, e experieinciam melhor funcionamento sexual e satisfação sexual que indivíduos com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tipo 2. Este estudo contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento sobre a qualidade de vida e a sua relação com o funcionamento sexual e satisfação sexual na doença crónica, contribuindo assim para a promoção da ideia do fortalecimento do serviço de saúde numa perspetiva integral e inclusiva da sexualidade.

*Palavras-chave:* Doença crónica; funcionamento sexual; qualidade de vida; satisfação sexual;

**Abstract**

Sexuality must be considered a natural aspect of health with a decisive impact on the quality of life perceived by individuals. Chronic illness has an impact on sexuality, reflecting on the level of sexual functioning, sexual satisfaction and well-being perceived by those who have a disease. This study aimed to promote empirical knowledge about the concepts of Quality of Life, Sexual Functioning, Sexual Satisfaction and Chronic Disease (Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension). Thus, the relationship between quality of life, sexual functioning, sexual satisfaction in individuals with chronic disease was evaluated, as well as differences in quality of life, sexual functioning, sexual satisfaction in patients with Diabetes Mellitus type 1, Diabetes Mellitus type 2 and Hypertension. A total of 160 individuals with chronic disease participated. The Sociodemographic Questionnaire, Portuguese version of the World Health Organization Quality of Life, the Global Measure of Sexual Satisfaction, the International Index of Erectile Function, and the Female Sexual Function Index were administered. The results suggested statistically significant differences between quality of life, sexual functioning and sexual satisfaction regarding the type of chronic disease, with individuals with type 1 diabetes mellitus perceiving better quality of life and reporting better sexual functioning and sexual satisfaction than individuals with hypertension and type 2 diabetes mellitus. This study contributed to the development of knowledge about quality of life and its relationship with sexual functioning and sexual satisfaction in chronic illness, contributing to the promotion of the idea of strengthening of the health service in an integral and inclusive perspective of sexuality.

*Keywords:* Chronic disease; quality of life; sexual functioning; sexual satisfaction;

**Acrónimos e Abreviaturas**

**QV** – Qualidade de Vida;

**FS** – Funcionamento Sexual;

**DM** – Diabetes Mellitus;

**DM1** – Diabetes Mellitus tipo 1;

**DM2** – Diabetes Mellitus tipo 2;

**HTA** – Hipertensão Tensão Arterial;

**PA** – Pressão Arterial;

**DCV** – Doenças Cardiovasculares;

**DE** – Disfunção Erétil;

**DS** – Disfunção Sexual;

**SSR** – Saúde Sexual e Reprodutiva;

**WHOQOL-Bref** – *World Health Organization Quality of Life – Bref*;

**GMSEX** – Medida Global de Satisfação Sexual;

**IIEF** – Índice Internacional de Função Erétil;

**FSFI** – Índice de Funcionamento Sexual Feminino;

**et al.**, – e colaboradores;

**p** – Valor de significância;

**M** – Média;

**DP** – Desvio Padrão;

**F** – Valor de F estandardizado;

**$\eta^2$**  – eta square;

## Revisão da Literatura

### Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida (QV) começou a ser explorado após a Segunda Guerra Mundial e ainda hoje é difícil defini-lo de forma concreta e consensual (Santos, 2020). A literatura apresenta definições concetualmente diferentes, sendo que algumas destas se baseiam na sensação de bem-estar, na satisfação com diversas áreas da vida, nas diferenças entre o que o indivíduo deseja ou espera ter e o que tem, ou na funcionalidade (Pais-Ribeiro, 2009). No entanto, é aceite de modo geral que a qualidade de vida: (1) é multifatorial, pois o seu estudo deve considerar várias dimensões; (2) é uma variável que se baseia na perceção pessoal; (3) varia com o tempo; (4) é subjetiva, ou seja, considera aspetos imateriais (Pais-Ribeiro, 2009).

O conceito de QV não é unívoco e ainda não foi conseguida uma definição clara do mesmo, nem identificados os componentes essenciais que o constituem e determinam ou construídos instrumentos consensuais que o avaliem (Pais-Ribeiro, 2009).

Segundo o Modelo Compreensivo de Cummins (2005), a qualidade de vida pode ser concetualizada como uma construção que é multidimensional, influenciada por fatores pessoais, ambientais e pelas suas interações, sendo esta reforçada pela autodeterminação, recursos, propósito de vida e sentimento de pertença do indivíduo. Segundo o autor, o construto é composto por dois eixos, de domínios objetivos e subjetivos, que incluem o bem-estar material, a saúde, a produtividade, a intimidade, a segurança, o bem-estar emocional e social (Cummins, 2005).

No que diz respeito às dimensões objetivas, estas podem ser observadas e medidas dentro do domínio público através de propriedades físicas, quantidades e frequências. Estas podem ser avaliadas quer pelo indivíduo, quer por um observador externo como, por exemplo, através da avaliação das condições socioeconómicas do sujeito (Cummins, 2005). Quanto aos fatores objetivos, estes podem compreender a educação, forma física e salário (Simões, 2008).

Por sua vez, as dimensões do domínio subjetivo existem apenas dentro da consciência privada de cada indivíduo, sendo confirmadas apenas pelas respostas fornecidas pela pessoa (Cummins, 2005). Resulta, portanto, da perceção que a mesma tem das suas condições, incluindo fatores subjetivos, tais como satisfação, bem-estar e felicidade (Simões, 2008). Segundo Rapley (2003), o carácter mais subjetivo da perceção da qualidade de vida deve-se à correspondência entre a autoavaliação do indivíduo acerca das suas circunstâncias ambientais e o tipo de suporte social que este recebe, aparentando determinar a perceção de bem-estar emocional do indivíduo.

Schalock et al. (1993) desenvolveram um modelo de qualidade de vida composto por quatro domínios: (1) grau de satisfação de realização de uma necessidade ou desejo e sentimentos de contentamento que acompanham essa realização; (2) capacidade produtiva, ou seja, trabalho criativo produtivo ou trabalho que contribui para a família ou comunidade; (3) pertença social/inclusão da comunidade, participação em atividades comunitárias, uso de recursos comunitários e estabelecimento e desenvolvimento de conexões sociais entre as pessoas; (4) independência e capacitação, isto é, perceção do grau de capacidade de exercer controlo sobre o ambiente, disposição para procurar oportunidades de agir, de exercer controle pessoal e de aceitar decisões. Os autores perceberam um vínculo entre qualidade de vida e relações sociais, as quais, por sua vez, estão relacionadas às relações sexuais (Pearlman-Avnion et al., 2017).

A QV é um termo que constitui, assim, a forma como o indivíduo se auto analisa e se percebe a si próprio e a todo o contexto que o envolve, considerando a cultura, as expectativas, as exigências da sociedade e os seus objetivos (Torres et al., 2019).

Segundo a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde a qualidade de vida é um conceito amplo que engloba o estado de bem-estar físico, psicológico e social, contrariando a noção prévia de que a ausência de doença significava automaticamente que o indivíduo teria qualidade de vida (WHO, 2012).

Uma componente que não sendo definitiva, nunca poderá ser dissociada da QV é a saúde. A saúde, a nível psicológico e físico, detém um enorme poder na percepção que o sujeito tem da sua qualidade de vida (Santos, 2021). A QV é um conceito muito mais amplo do que o de saúde, no entanto afigura-se um dos indicadores utilizados para medir a QV (Ribeiro, 2009).

O aumento de pessoas com doença crónica e o desenvolvimento de novos tratamentos e tecnologias que permitem (con)viver com estas doenças por longos períodos de tempo ou mesmo a vida toda, originaram a necessidade de avaliar a qualidade de vida dos indivíduos que sofrem deste tipo de patologias (Silva, 2003). No entanto as investigações sugerem que a percepção de possuir uma boa saúde não é incompatível com ter uma doença crónica (Silva, 2003).

A incerteza implícita ao diagnóstico, prognóstico e progressão da doença crónica assim como toda a imprevisibilidade que a caracteriza, bem como aos seus tratamentos, resultam inevitavelmente em algum grau de perturbação emocional, assim como limitações físicas e funcionais persistentes que conduzem à alteração do funcionamento da vida do indivíduo, representando um risco para a qualidade de vida do mesmo (Canavarro, 2010).



Ribeiro (1994) salienta dois sentidos para o conceito QV, um geral que se refere à qualidade de vida como dependente das doenças que as pessoas têm, e da análise do impacto da doença e do seu tratamento na qualidade de vida dessas pessoas. Outro específico que se refere às limitações da doença ou ao modo com essa doença específica afeta a qualidade de vida.

### **Sexualidade e Saúde Sexual**

A sexualidade deve ser considerada um aspeto natural da saúde que potencia nos indivíduos o desenvolvimento de capacidades de *coping* e sobrevivência, nos momentos em que estes se encontram numa fase da sua vida mais conturbada (Graugaard et al., 2017). A saúde sexual abrange tanto a componente física do funcionamento sexual quanto a componente psicológica da experiência subjetiva de sexualidade de um indivíduo (Verschuren et al. 2010). Para a maioria dos homens e mulheres, a sexualidade é fundamental para as suas vidas, sendo um determinante significativo da qualidade de vida pessoal e relacional dos indivíduos, constituindo a intimidade sexual um importante meio de comunicação com os parceiros (Verschuren et al. 2010).

Importa referir que a disfunção sexual é altamente comórbida com muitas (tratamentos de) doenças crónicas, sendo, muitas das vezes, a disfunção sexual um efeito colateral das mesmas (Verschuren et al., 2010). Existindo um prejuízo da saúde sexual dos pacientes diagnosticados com doenças crónicas, conseqüentemente existe um importante impacto na determinante da QV geral destes indivíduos (Alavi et al., 2018).

A literatura identifica a importância das crenças dos pacientes sobre a sua doença (também conhecidas como modelos cognitivos) nas suas respostas subsequentes de *coping* e comportamentos face à mesma (Stamogiannou et al., 2005).

O modelo de autorregulação propõe que as pessoas desenvolvam um conjunto de crenças sobre uma doença ou doenças, de forma a atribuir-lhe significado/s e regular os seus comportamentos de saúde subsequentes (Stamogiannou et al., 2005). As crenças/representações relacionadas à doença, compreendem cinco componentes ou dimensões principais: (1) identidade (crenças sobre o diagnóstico e os sintomas experimentados); (2) crenças causais (causas prováveis da doença, que podem estar relacionadas às crenças da pessoa sobre o risco pessoal); (3) linha temporal (o curso temporal, incluindo a duração provável, da doença); (4) consequências (a gravidade percebida da doença e o impacto potencial no funcionamento físico, psicológico e social) e, (5) cura/controle (controlo da doença e/ou cura com sucesso) (Moss-Morris et al., 2002).

O exame das crenças/representações da doença foi recentemente expandido para incluir a (6) coerência, referente ao quanto os pacientes entendem ou compreendem sua doença e a emoção, as respostas afetivas ou emocionais à patologia (Moss-Morris et al., 2002). A inclusão da emoção é particularmente significativa, pois o modelo de autorregulação propõe que os indivíduos desenvolvam paralelos cognitivos e respostas emocionais a uma doença ou ameaça à saúde, e que estas orientem o desenvolvimento de estratégias de *coping* focadas no problema e na emoção (Stamogiannou et al., 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) enfatiza que a vida sexual saudável deve ser definida positivamente e em termos biopsicossociais. Assim, a saúde

sexual não é uma subdivisão da saúde genital ou reprodutiva, nem a eliminação de doenças ou outros eventos adversos a qualquer garantia de bem-estar sexual.

A saúde sexual - como a saúde em geral - é sempre contextual e multifatorial e, deve ser explorada proativamente, a par dos pontos fortes e competências de *coping* do indivíduo (Graugaard et al., 2017).

A OMS (2002) sugere, assim, uma abordagem holística da saúde sexual - a sexualidade humana surge no corpo, contudo como outros fenómenos humanos, desdobra-se simultaneamente em paisagens mentais, relações sociais e esferas culturais.

Segundo o Paradigma Biopsicossocial da OMS (2002), a sexualidade não deve ser confinada à ereção, lubrificação, relação sexual e orgasmo, sendo que os aspetos essenciais da vida sexual de uma pessoa podem não ser de natureza genital, mas sim um conjunto de emoções complexas, como proximidade, confiança e autoestima, ou a neutralização da raiva, frustração e ambivalência num ambiente seguro e legítimo. Consequentemente, a intimidade parece ser uma dimensão-chave da saúde sexual e, se aplicarmos uma compreensão funcional estrita do sexo, podemos estar a incorrer no erro de não perceber o que é relevante para a pessoa. Importa mencionar que, frequentemente, os indivíduos com doenças crónicas vivem com pouca ou nenhuma atividade sexual, perdendo criticamente a expressão e a receção de afeto, como uma fonte de resiliência e uma oportunidade para neutralizar o seu medo. A sexualidade saudável constitui, assim, um equilíbrio dinâmico, não sendo definida apenas pela ausência de aspetos negativos, mas também pela capacidade e vontade do indivíduo de envergar nos seus problemas, disfunções e crises (Graugaard et al., 2017).

Estudos revelam ainda que, mesmo tendo em consideração fatores como a idade e outras comorbidades, a manutenção de atividade sexual frequente - duas vezes ou

mais por semana – está correlacionado com menor incidência de doenças coronárias, que tem como fator de risco a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. Foi ainda comprovado que a testosterona - hormona importante para o sexo, em mulheres e homens, ajuda a redução do risco de ataque cardíaco e contribui para a redução de danos nos músculos coronários aquando da ocorrência do mesmo (Whipple et al., 2007).

A literatura revela assim correlações positivas entre sexualidade e saúde geral, sendo documentados efeitos positivos da atividade sexual nas funções fisiológicas e psicossociais dos indivíduos, assim como na promoção de expressões sexuais, biológica e psicossociais saudáveis (Graugaard et al., 2017).

### **Funcionamento Sexual**

A função sexual é parte integrante da experiência humana e está associada à avaliação da satisfação com os relacionamentos e ao bem-estar geral, em última análise, à qualidade de vida (Pereira, 2018). O funcionamento sexual (FS) é descrito como a operacionalização dos mecanismos sexuais que compõem a base da resposta sexual humana, nomeadamente: o desejo, a excitação, o orgasmo e a resolução (Lucena & Abdo, 2013; Pereira, 2018).

Alterações nas fases do ciclo de resposta sexual podem causar disfunções sexuais (DS). São diversos fatores que interferem negativamente na atividade sexual humana e podem estar relacionadas com o desenvolvimento de DS, entre estes fatores psicológicos, psiquiátricos e a condições clínicas gerais (Lucena & Abdo, 2013). De referir que as DS podem ocorrer em qualquer uma das quatro fases do ciclo de resposta sexual, sendo mais frequentes nas três primeiras fases (desejo, excitação e orgasmo) e

comummente um mesmo indivíduo apresenta DS em mais do que uma fase do ciclo de resposta sexual. (Lucena & Abdo, 2013).

A experiência de disfunção sexual pode ser influenciada quer por variáveis biomédicas, quer por variáveis psicoemocionais (Teixeira et al., 2019). No que concerne as variáveis biomédicas, existe uma prevalência da DS em pessoas portadoras de diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial. Estudos revelam ainda altas prevalências de DS no género feminino quando comparado com o género masculino, assim como a prevalência de DS na população mais velha comparativamente com a população mais jovem (Teixeira et al., 2019). Relativamente à prevalência de DS nas mulheres estudos afirmam que esta se deve às influências histórico-culturais do contexto que refletem o modo como as mulheres pensarem e agem relativamente ao seu funcionamento sexual. Quanto ao aumento das disfunções sexuais com o aumento da idade, alguns dos fatores que contribuem para as DS são a redução dos níveis hormonais (eg. testosterona) ao longo dos anos, o aumento de ocorrência doenças, a toma de medicação, a associação do preconceito e o estigma sexual em relação à idade (Teixeira et al., 2019)

No que diz respeito às variáveis psicoemocionais, os esquemas cognitivos, bem como pensamentos automáticos e estados afetivos durante a atividade sexual, são preditores do funcionamento sexual, ou seja, no desenvolvimento de DS, em homens e mulheres (Peixoto et al., 2020).

A disfunção sexual é um conceito frequentemente utilizado para referir problemas nos processos fisiológicos, no entanto estes podem ser influenciados por fatores psicológicos ou fatores que vão além do indivíduo. Sendo a função sexual dependente de atitudes sociais e médicas em relação à sexualidade, como o que é

considerado "aceitável" ou "normal" e o que não é (OMS, 2010). O conceito disfunção sexual refere-se a uma diversidade de condições clínicas, tais como o desejo sexual hipoativo, o transtorno de aversão sexual, o transtorno de excitação sexual, o transtorno do orgasmo e os transtornos dolorosos (Mendonça et al., 2012).

Segundo a literatura a disfunção sexual afeta de 20 a 30% dos homens (Quinta-Gomes & Nobre, 2014) e 26 a 49% das mulheres (Peixoto & Nobre, 2014). As principais dificuldades sentidas pelas mulheres referem-se a falta de desejo sexual, dificuldades em atingir o orgasmo e de obter excitação, por sua vez no que concerne as dificuldades sentidas pelo sexo masculino, os problemas costumam relacionar-se à ejaculação precoce, falta de desejo sexual, dificuldades de manter a ereção e dificuldades no alcance do orgasmo (Peixoto e Nobre, 2014). Para diferenciar o início da disfunção são utilizados alguns subtipos, o "ao longo da vida" referente a uma dificuldade sexual que esteve presente desde as primeiras atividades sexuais e o "adquirido" que diz respeito a transtornos sexuais que se desenvolveram após um período de funcionamento sexual dito normal (APA, 2014). As disfunções também são classificadas de acordo com os subtipos com foco no estímulo, "generalizado" que sugere que as dificuldades sexuais não se limitam a determinados tipos de estimulações, situações ou parceiros, assim como o "situacional" se refere as dificuldades que acontecem especificamente com determinados tipos de estimulações, situações ou parceiros (APA, 2014).

Outros fatores relevantes para o diagnóstico são os relativos ao parceiro, a relação (falta de comunicação, confiança, discrepância quanto ao desejo e preferências sexuais), a vulnerabilidade individual (baixa autoestima, histórias de abuso), as comorbidades psiquiátricas (depressão, ansiedade), o stress (luto, desemprego), a cultura ou religião (proibições, práticas vistas como tabu), fatores médicos relevantes

para o prognóstico, curso ou tratamento e a idade, visto que o envelhecimento costuma acarretar uma diminuição normativa da resposta sexual (APA, 2014).

As disfunções sexuais incluem a ejaculação retardada, a disfunção erétil, a perturbação do orgasmo feminino, a perturbação do interesse/excitação sexual feminino, a perturbação da dor gêrito-pélvica/penetração, a perturbação do desejo sexual masculino hipoativo, ejaculação prematura (precoce), disfunção sexual induzida por substância/medicamento, outro disfunção sexual especificada e disfunção sexual não especificada (APA, 2014).

### **Satisfação sexual**

A satisfação sexual é um conceito complexo (McClelland, 2010). É um constructo psicológico com múltiplas definições e várias operacionalizações, com importância crescente na forma como é avaliada a qualidade de vida do indivíduo, compreendendo a saúde genital, o estado psicológico, bem como a qualidade do relacionamento íntimo e a experiência sexual. Sendo considerada um indicador cada vez mais comum de saúde e bem-estar em ambientes de pesquisa clínica, médica e psicológica (McClelland, 2010).

Existem inúmeras definições do conceito satisfação sexual (Sánchez-Fuentes et al., 2014). Segundo a OMS (2010), a satisfação sexual é considerada um componente importante da saúde sexual, um direito sexual e um resultado do bem-estar sexual. Uma das definições de satisfação sexual mais aceite foi proposta por Lawrance e Byers (1995), que a definiram como a resposta afetiva da avaliação das dimensões associadas ao relacionamento sexual.

A satisfação sexual é um constructo complexo e relevante da sexualidade sendo considerada a última etapa do ciclo de resposta sexual, que contempla aspetos psicológicos, fisiológicos e afetivos e esta associada ao ambiente social e cultural no qual o individuo se insere (Sánchez-Fuentes et al., 2014). Esta envolve a autopercepção do individuo, a qualidade do relacionamento sexual nos processos individuais e diádicos e esta associada ao funcionamento sexual (Peixoto et al., 2018).

São vários os fatores indicados como preditores de satisfação sexual de acordo com a literatura, tais como a frequência sexual, a intimidade física não sexual, a iniciativa sexual do parceiro, a percepção de satisfação sexual do cônjuge e a autoestima (Gomes, 2020). Segundo Schmiedeberg & Schroder (2016) a comunicação aberta e efetiva entre o casal tem sido considerada um dos principais fatores com influência na percepção de satisfação sexual. Importa referir, no entanto, que são vagas e escassas as definições conceituais relativas a satisfação sexual, assim como poucos os modelos teóricos para a compreensão do conceito. Sendo os indicadores usados em diferentes medidas de satisfação sexual inconsistentes, tais como a frequência do orgasmo (Pascoal et al., 2014).

No entanto existem medidas que avaliam a satisfação sexual de forma sustentada e baseada na teoria e definições operacionais implícitas do conceito, tais como a *Global Measure of Sexual Satisfaction* (Lawrance & Byers, 1995). Podendo recorrer a indicadores tais como a ausência ou presença de critérios clínicos para o diagnóstico de disfunções sexuais, a qualidade da comunicação e gestão de conflitos, a proximidade do relacionamento e satisfação global com a sexualidade, a integração de correlatos individuais e de relacionamento da satisfação sexual, a respostas afetivas resultantes de uma avaliação subjetiva de várias dimensões sexuais de um relacionamento e especificidades de género (Pascoal et al., 2014).



## **Doença Crónica**

Segundo o *Health at a Glance* (2017), o aumento da esperança de vida em Portugal superou a média da União Europeia, tendo aumentado mais quatro anos entre 2000 e 2015 e atingindo os 81,3 anos (OECD, 2017). O resultado do envelhecimento populacional tem consequências como o convívio durante um maior período de tempo com doenças crónicas (Ferreira, 2019).

A definição de doença crónica apresentada pela OMS (2013) é a de doença não transmissível de longa duração e comumente de progressão lenta. Ao contrário das doenças agudas, que se caracterizam pela sua brevidade, as doenças crónicas definem-se como sendo de longa duração e com efeitos persistentes que podem ser leves ou intensos (Ferreira, 2019). As doenças crónicas têm origem multifatorial e, por isso, estão associadas a uma causalidade complexa, detendo um período de desenvolvimento longo no qual a pessoa poderá não ter quaisquer sintomas. Estas doenças estão fortemente associadas a uma incapacidade ou a um comprometimento funcional, assim como comorbilidade com outro tipo de condições (Ferreira, 2019).

A doença crónica não tem implicações unicamente físicas sendo necessária uma abordagem holística e global da doença na qual são considerados os aspetos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do doente, centrando a atenção no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo. Constituindo-se a doença uma situação de crise, que pode afigurar-se stressante para o indivíduo, devem ser considerados os contextos da vida familiar, escolar e laboral, que possam estar afetados (Saraiva, 2011)

Diversas abordagens de doença crónica consideram que esta é vivida naturalmente como sendo uma experiência de sofrimento, que implica mudanças profundas na vida quotidiana do indivíduo e das suas famílias (Silva, 2016). Em

Portugal, o Estado procurou regulamentar o conceito de doença crónica, declarando que esta é uma doença de longa duração, com aspetos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implicam gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação da condição pelo doente, sendo que a sua situação clínica teria de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente prejudicado (Silva, 2016).

### *Diabetes Mellitus*

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica, crónica e degenerativa. É uma das patologias mais prevalentes no século XXI, sendo descrita por vários autores de “epidemia não infecciosa” (Aguilar et al., 2019; Batista et al., 2020; Fan, 2017; Satler et al., 2020). A diabetes constitui um problema de saúde pública mundial, com tendência a crescimento exponencial nos próximos anos, implicando um consequente aumento da morbilidade e mortalidade e, por conseguinte, custos humanos, sociais e económicos gigantescos (Batista et al., 2020).

A DM caracteriza-se pela incapacidade de produção e/ou utilização de insulina e consequente hiperglicemia crónica e insulinopenia relativa (elevada concentração de glicose no sangue) (Fan, 2017). Consequentemente, geram-se problemas no metabolismo dos hidratos de carbono, proteínas e lípidos, resultante de irregularidades na secreção de insulina, da sua ação, ou ambos (Batista et al., 2020). O diagnóstico de DM, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2011), é feito com base na medição de glicemia do plasma venoso, na população em geral, sendo que este tem que cumprir parâmetros e valores definidos.

A etiologia desta patologia é muito heterogénea, tendo na sua origem causas diversas (Batista et al., 2020). Contribuindo para este exponencial crescimento da DM

estão fatores como o aumento e envelhecimento da população mundial, a globalização, o desenvolvimento, a longevidade, a obesidade e o sedentarismo (Valente, 2013). A diabetes pode surgir em qualquer faixa etária, caracterizando-se pela incapacidade precoce e elevada mortalidade, devido ao desenvolvimento de complicações associadas à patologia (Shishkova, et al., 2011). No entanto, sabe-se que o aumento da idade, aumenta a incidência da patologia, atingindo de igual forma ambos os sexos (OND, 2015). A DM está associada a doenças cardiovasculares, a complicações microvasculares, como retinopatia e neuropatia (insuficiência renal), pé diabético e, de relevante importância referir, ao desenvolvimento de disfunção erétil (ADA, 2017; Aguiar et al., 2019; Pereira, et al., 2014).

Foi demonstrado que a DM afeta três vezes mais a função sexual dos homens, assim como, a complexidade do ciclo sexual das mulheres, comparativamente a pessoas sem o diagnóstico de diabetes (Bak et al., 2018). De referir ainda que, no caso de homens com diabetes, a disfunção erétil ocorre até 10-15 anos antes, em comparação com pessoas saudáveis, sendo que, o mecanismo de etiologia da disfunção erétil em pacientes com diabetes é complexo, maioritariamente, resultado da junção de diversos fatores, fisiológicos, psicológicos e relacionais (Bak et al., 2018). Como consequência de todas as implicações/complicações da doença, os programas de intervenção e tratamento da diabetes são também direcionados para as comorbilidades da patologia. Tal incitou a que a abordagem terapêutica atual de gestão da doença única não seja aplicável (Katon, 2008; Pereira, et al., 2014).

Em Portugal, segundo o Observatório Nacional da Diabetes em 2015, a prevalência estimada da DM na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de indivíduos) foi de 13,3%, isto é mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes (OND, 2015).

Segundo a *American Diabetes Association* (ADA), a DM pode ser classificada nas seguintes categorias gerais: 1) Diabetes mellitus tipo 1 (DM1) (relacionada com a destruição autoimune das células  $\beta$ , geralmente levando à deficiência absoluta de insulina); 2) Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (referente a uma perda progressiva da secreção de insulina das células  $\beta$ , frequentemente, no contexto da resistência à insulina); 3) Diabetes mellitus gestacional (DMG) (diabetes diagnosticada, no segundo ou terceiro trimestre da gravidez, que não era claramente diabetes evidente antes da gestação); 4) Tipos específicos de diabetes devido a outras causas, por exemplo, síndromes de diabetes monogénica (como diabetes neonatal e diabetes de início na maturidade dos jovens [MODY]), doenças do pâncreas exócrino (como fibrose cística) e medicamentos ou diabetes induzido por produtos químicos (como com o uso de glicocorticoides, no tratamento de HIV/SIDA ou após o transplante de órgãos) (ADA, 2017).

### **Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)**

Em Portugal em 2015 a tipologia DM1 atingia 3 327 indivíduos com idades entre 0-19 anos, o que corresponde a 0,16% da população portuguesa neste escalão etário, número que se têm mantido estável nos últimos anos (OND, 2015).

Verifica-se ainda que a DM1 tem menos incidência na população portuguesa do que a Diabetes Mellitus tipo 2 (menos de 10% dos casos de Diabetes), mas a sua prevalência está a aumentar, e embora os motivos não sejam conhecidos, é hipotetizado que esteja relacionado com alterações nos fatores de risco ambiental. Tais como o aumento da altura e de peso, o aumento da idade materna no parto e, possivelmente, alguns aspetos da alimentação, bem como a exposição a certas infeções virais, podem desencadear fenómenos de autoimunidade ou acelerar uma destruição das células  $\beta$  já em progressão (OND, 2015).

A DM1 é denominada de diabetes insulínodépendente, pois os indivíduos portadores desta patologia dependem da toma diária de insulina de forma a controlar os níveis de glicose no sangue, assegurando desta forma a sua sobrevivência. Esta tipologia da doença é originada pela destruição das células  $\beta$  dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, sendo estas, células responsáveis pela produção de insulina, conduzindo à deficiência absoluta da mesma (Martins, 2015). Na maioria dos casos de DM1, esta lesão das células  $\beta$  está associada a um processo autoimune, ou seja, DM1 autoimune (Ferreira, 2013), tendo sido verificada uma maior incidência em indivíduos portadores de outras doenças autoimunes, tais como, doença de Addison, doença de Graves, doença de Hashimoto e Vitiligo (Silva, 2015). No entanto, uma minoria dos casos de DM1, a etiologia autoimune está ausente correspondendo à DM1 idiopática, em que a causa é desconhecida (Ferreira, 2013).

A DM1 é ainda considerada uma diabetes juvenil, pois os sintomas tendem a manifestar-se antes dos 20 anos (Martins, 2015). Este período de transição da adolescência para a idade adulta está associado às primeiras manifestações da DM1 e coincide com uma fase desenvolvimental de envolvimento com parceiros amorosos, representando estes um papel central na saúde e no bem-estar de adultos emergentes com DM1, podendo a gestão diária da doença ter implicações na Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) dos indivíduos (Santos et al., 2020). É relevante ainda referir que as investigações apontam para que a DM1 esteja associada a problemas sexuais que ocorrem em 35% das mulheres e 50% dos homens (Bak et al., 2018). Sendo que os problemas sexuais têm maior incidência em homens, pessoas com complicações de diabetes coexistentes e naqueles com uma concentração de hemoglobina glicada (HbA1c) superior a 6,5% (Bak et al., 2018).

No entanto, é preciso frisar que a DM1 pode ocorrer também em adultos podendo, contudo, não apresentar os sintomas clássicos observados nas crianças (ADA, 2017). Tal pode incitar a ocorrência de dificuldades na distinção da tipologia de diabetes, em todas as faixas etárias, numa fase inicial, no entanto, com o tempo torna-se claro o diagnóstico (ADA, 2017).

### **Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)**

A DM2 é denominada de diabetes não insulino dependente pois os pacientes não dependem da toma diária de insulina para o controlo da patologia. No entanto, se o doente não cumprir o tratamento de forma a controlar os níveis de glicémia corretamente, pode ser necessário a implementação de uma terapêutica insulínica (Martins, 2015). Esta tipologia é a mais prevalente da doença, correspondendo a cerca de 90 a 95% de todos os casos de diabetes (ADA, 2017). A DM2 caracteriza-se pela existência de resistência à insulina sem capacidade compensatória de secreção da mesma, tornando-se progressivamente a sua secreção insuficiente para normalizar os níveis de glucose plasmática (Silva, 2015).

As causas desta doença são multifatoriais e incluem fatores genéticos e ambientais que afetam a secreção de insulina pelas células  $\beta$  do pâncreas e simultaneamente a sensibilidade dos tecidos (ex. músculo, fígado, tecido adiposo, pâncreas) à ação da insulina (Silvia, 2015). A presença de antecedentes familiares de DM2 aumenta em 2,4 vezes o risco de ter esta doença crónica, sendo que entre 15-25% familiares diretos de diabéticos do tipo 2 têm uma menor tolerância à glucose ou desenvolvem a patologia (Valente, 2013).

O diagnóstico de DM2 ocorre geralmente após os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo, associada à obesidade (OND, 2015). O facto de que a diabetes tipo 2

se desenvolve em idades mais avançadas, é por si só é um fator de risco para o desenvolvimento de disfunção sexual (Rutte et al., 2015). A disfunção sexual é mais comum em homens com DM2 e, em menor extensão, homens com DM1, afetando também mulheres com DM1 e DM2 (Ventura et al., 2018). Importa, contudo, referir que, de um modo geral, as disfunções sexuais associadas a fatores emocionais tendem a relacionar mais diretamente com a sexualidade das mulheres do que dos homens (Ventura et al., 2018). Sendo que os estudos indicam que a associação à disfunção sexual em mulheres é independente da tipologia da diabetes (Ventura et al., 2018).

É relevante referir que o aumento da prevalência da DM2 é preocupante e que este está associado às rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população, à crescente urbanização, às alterações alimentares, à redução da atividade física e a estilos de vida não saudável, bem como a outros padrões comportamentais (OND, 2015).

### ***Hipertensão Arterial***

Segundo a Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH, 2020), a Hipertensão Arterial (HTA) é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, estando presente em cerca de 42% da população portuguesa (Amado et al., 2020). Esta patologia contribui para a elevada morbidade e mortalidade de doenças, tais como a doença cardíaca isquémica, insuficiência cardíaca congestiva, enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (Amado et al., 2020; Uva et al., 2014). Sendo a HTA responsável por pelo menos 45% da mortalidade por doença cardíaca e 51% por acidente vascular cerebral (Rodrigues et al., 2019). Em Portugal as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte, sendo, responsáveis por 32% do total de óbitos (DGS, 2013).

A prevalência desta patologia, em Portugal, relativamente ao género foi identificada como mais elevada em indivíduos do sexo masculino (39,6%), e no que concerne a idade foi considerada mais prevalente entre os 65 e 74 anos (71,3%) (Rodrigues et al., 2019). O acompanhamento da prevalência de hipertensão na população portuguesa é essencial para o planeamento de saúde pública, contribuindo para a definição de estratégias de prevenção primária de saúde, como a implementação de políticas de nutrição, gestão da hipertensão, alocação de recursos e avaliação de programas de saúde em vigor (Rodrigues et al., 2019). Segundo Uva et al. (2014), Portugal não é exemplo de bons resultados, sendo referido como possuindo das médias globais mais elevadas, no que diz respeito aos níveis de tensão arterial (TA).

O diagnóstico de HTA realiza-se, segundo a Direção Geral da saúde (DGS, 2013), através da avaliação clínica, em consultório, da Pressão Arterial (PA) sendo que esta, em várias medições e em diferentes ocasiões, se encontra persistente e consistentemente elevada (SPH, 2020).

Por norma, a HTA é uma doença controlada em ambulatório (domicílio), contudo é frequentemente observada a necessidade de tratamento em ambiente de internamento hospitalar (SPH, 2020). Existe atualmente uma evidência estimada de prevalência de HTA em internamento de 50,5 a 72%, baseada em medições de TA (Axon et al., 2015). O espectro de pacientes com HTA em internamento pode ser diverso, desde a emergência hipertensiva (elevação da TA com lesão de órgão alvo) até doentes assintomáticos com TA ligeiramente elevada. No entanto, é relevante ressaltar que a maioria dos casos de HTA no internamento é observada em doentes não emergentes ou ocorre após estabilização de uma urgência ou emergência hipertensiva (SPH, 2020).



A maioria dos indivíduos hipertensos não apresenta nenhum sintoma da HTA, o que torna esta uma doença tão perigosa sendo detetada apenas com a medição da PA (OMS, 2013).

Existem muitos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de HTA. Fatores determinantes e motivadores sociais, como globalização, urbanização, envelhecimento populacional, custo de vida, ou literacia/educação (OMS, 2013). Fatores de risco comportamentais influenciados pelas condições de trabalho e de vida dos indivíduos, tais como estilos alimentares não saudáveis, consumo excessivo de substâncias alcoólicas, tabagismo, sedentarismo, ou gestão deficitária de stress (OMS, 2013). Fatores metabólicos como diabetes mellitus, colesterol alto e excesso de peso ou obesidade, que aumentam o risco de desenvolvimento de doenças cardíacas, derrames, insuficiência renal e outras complicações tais como a hipertensão arterial (OMS, 2013). E outros fatores, tais como propensão genética ou o género, sendo que as mulheres revelam uma maior probabilidade de desenvolvimento de hipertensão mais tarde, na sua vida (OMS, 2013).

A hipertensão é um problema sério e um sinal de alerta da necessidade de mudanças significativas na vida dos indivíduos (OMS, 2013). A adoção de comportamentos saudáveis pode prevenir a aparecimento de HTA e nos indivíduos hipertensos podem contribuir para o decréscimo da PA e, conseqüentemente, a redução do número de fármacos anti hipertensores necessários para o seu controlo da doença (Polónia et al., 2006).

A abordagem farmacológica como tratamento da HTA é complexa pois o indivíduo hipertenso é propenso à presença de outros fatores de risco ou doenças com risco aterotrombótico, que podem condicionar a associação de terapêuticas

medicamentosas (Madeira, 2015). Sendo a HTA uma doença crónica que precisa de terapêutica e vigilância continuada, a interrupção da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode estar associada a um agravamento da situação clínica, embora, num grande número de casos, a HTA evolua de uma forma benigna e seja fácil de controlar (DGS, 2013).

A toma de medicação anti hipertensores é de enorme importância para o controlo da doença, contudo a sua toma está associada a efeitos secundários, entre estes, a Disfunção Erétil (Pinto et al., 2019). A Disfunção Erétil (DE) é considerada um fator de risco cardiovascular independente e um indicador de diagnóstico precoce para lesões assintomáticas ou clínicas do coração (Pinto et al., 2019). No que concerne à etiologia da DE orgânica, os anti hipertensores representam as principais causas para o desenvolvimento deste problema (Pinto et al., 2019). Cerca de 15 a 30% dos indivíduos tratados com beta bloqueantes e diuréticos, que frequentemente são fármacos utilizados em associação para o tratamento da HTA, sofrem de disfunção erétil (Pinto et al., 2019).

### **Doença Crónica e a relação com a qualidade de vida e sexualidade**

A sexualidade é uma parte integrante da vida humana e promove a intimidade, a ligação e o prazer, sendo responsável assim por um conjunto de necessidades pessoais, sociais e de autoavaliação da satisfação com o relacionamento, que tem impacto determinante no bem-estar (Pereira et al., 2016). As doenças crónicas comprometem a função sexual, consequência dos efeitos deletérios da inevitável progressão das mesmas (Fleury et al., 2012).

As disfunções sexuais podem ter repercussões emocionais devastadoras para o indivíduo, potenciando a experiência de sentimentos como angústia e tristeza (Coimbra et al., 2015). É importante tratar a sexualidade do indivíduo portador de doença crónica como um componente da vida que pode comprometer a saúde. Além de ter que enfrentar a doença, que é crónica e degenerativa, as consequências são marcantes na sua maneira de viver e com(viver) (Coimbra et al., 2015).

Estudos revelam a importância do funcionamento sexual na qualidade de vida do doente, estando esta relacionada com a satisfação marital e ajustamento conjugal do parceiro (Pereira et al., 2014). Sendo que segundo Stamogiannou et al., (2005), o funcionamento sexual parece prever de forma positiva a qualidade de vida. Ainda o reconhecimento da satisfação sexual como um importante indicador de saúde mais do que a ausência de problemas sexuais, sendo o resultado de uma vida sexual saudável dependente da interligação de dimensões associadas ao bem-estar individual e de dimensões relacionais (Pascoal, Narciso & Pereira, 2014).

A literatura descreve quadros conceptuais nos quais a doença crónica tem impacto na sexualidade dos indivíduos, estes descrevem os efeitos potenciais nos fatores psicológicos e relacionais inerentes à doença, espelhando a importância de uma abordagem biopsicossocial, que se reflete no funcionamento sexual e no bem-estar percebido pelos pacientes (Marques, 2017; Verschuren et al., 2010).

Embora a doença crónica possa afetar o funcionamento sexual e o bem-estar, pode fazê-lo de forma direta ou indireta (e.g., na relação parceiro e na qualidade do relacionamento), sugerindo assim a consideração da natureza inter-relacionada desses domínios para a avaliação da sexualidade no contexto de uma doença crónica (Verschuren et al., 2010).

### **Objetivos e hipóteses de investigação**

O presente estudo visa aprofundar o conhecimento acerca da sexualidade e qualidade de vida em mulheres e homens portadores de doença crónica (Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial). Sendo colocados os seguintes objetivos:

1. Determinar a relação existente entre o funcionamento sexual, satisfação sexual e qualidade de vida em doentes com doença crónica.
2. Avaliar diferenças no funcionamento sexual, satisfação sexual e qualidade de vida em doentes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial.

Com a realização da revisão de literatura e com os objetivos elencados, este estudo leva à seguinte questão de investigação: “Existem diferenças no funcionamento sexual, satisfação sexual e qualidade de vida em Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial?”.

### **Método**

#### **Caraterização da amostra**

A amostra deste estudo é constituída por 160 indivíduos de ambos os sexos, cujo diagnóstico clínico reportado foi: 50 (31.3%) Diabetes Mellitus tipo 1, 60 (37.5%) Diabetes Mellitus tipo 2 e 50 (31.3%) com Hipertensão Artéria. Quanto à toma de medicação, todos os diabéticos referem fazer medicação específica para essa patologia,

e, 57.5% (n=92) fazem medicação para a hipertensão. Estes resultados são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Diagnóstico clínico*

		N	%
Diagnóstico Clínico	Diabetes Mellitus tipo 1	50	31.3
	Diabetes Mellitus tipo 2	60	37.5
	Hipertensão Arterial	50	31.3
Medicação Diabetes Mellitus	Não	50	31.3
	Sim	110	68.8
Medicação Hipertensão Arterial	Não	68	42.5
	Sim	92	57.5

A idade dos inquiridos varia entre os 19 e os 84 anos, sendo a idade média 52.13 anos e o desvio padrão 17.48 anos (Tabela 2).

**Tabela 2**

*Estatística descritiva para a Idade*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	19	84	52.13	17.48

A distribuição dos inquiridos quanto ao sexo biológico, Tabela 3, foi de 35% (n = 56) masculino, 64.4% (n = 103) feminino e 0.6% intersexo (n = 1). Quanto à identidade de género, 36.3% (n=58) identificam-se como homens e 63.7% (n = 102) como mulheres. E, quanto à orientação sexual, 98.1% (n = 157) são heterossexuais.

A distribuição dos participantes neste estudo pelas faixas etárias, revelou que mais de metade dos inquiridos têm 55 ou mais anos, sendo as faixas etárias dos 19 aos 24 e dos 35 a 44 anos as menos representativas (6.9% e 9.4%, respetivamente).

Quanto ao estado civil 45% (n = 72) são casados ou vivem em união de facto e 31.9% (n=51) são solteiros. Os restantes são divorciados/separados ou viúvos (23.1%; n=37).

Relativamente às habilitações literárias, verificou-se uma predominância dos 13 ou mais anos de escolaridade (33.8%; n = 54), seguindo-se 10 a 12 anos de escolaridade (24.4%; n = 39) e 7 a 9 anos de escolaridade (17.5%; n = 28).

A maioria dos inquiridos revelou ainda estar empregada (52.5%; n = 84) seguindo-se os reformados (26.3%; n = 42). Os restantes estão desempregados (17.5%; n = 28) e (3.8%; n = 6) são estudantes.

A maioria dos inquiridos revelou estar atualmente numa relação (53.1%; n = 85).

Estes resultados são apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3**

*Distribuição da amostra pelas variáveis sociodemográficas*

	N	%	
	Masculino	56	35.0
Sexo biológico	Feminino	103	64.4
	Intersexo	1	0.6
Identidade de género	Homem	58	36.3
	Mulher	102	63.7
	Heterossexual	157	98.1

Orientação sexual	Homossexual	2	1.3
	Assexual	1	0.6
Idade	19 a 24 anos	11	6.9
	25 a 34 anos	26	16.3
	35 a 44 anos	15	9.4
	45 a 54 anos	26	16.3
	55 a 64 anos	36	22.5
	65 ou mais anos	46	28.7
Estado civil	Solteiro	51	31.9
	Casado/união de facto	72	45.0
	Divorciado/separado	21	13.1
	Viúvo	16	10.0
Habilitações literárias	0 a 4 anos	15	9.4
	5 a 6 anos	24	15.0
	7 a 9 anos	28	17.5
	10 a 12 anos	39	24.4
	13 ou mais anos	54	33.8
Situação profissional	Empregado	84	52.5
	Desempregado	28	17.5
	Reformado	42	26.3
	Estudante	6	3.8
Relação atual	Não	75	46.9
	Sim	85	53.1

Na Tabela 4 é apresentada a estatística descritiva para o tempo de relação. Dos 85 indivíduos que referiram estar numa relação três não apresentaram o tempo. O valor

mínimo é 12 meses, o máximo 612 meses, sendo o valor médio 196.7 meses com um desvio padrão de 156.2 meses.

#### **Tabela 4**

*Estatística descritiva para o tempo de relação (meses)*

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tempo de relação (n = 82)	12	612	196.7	156.2

#### **Instrumentos**

##### *Questionário Sociodemográfico*

Foi administrado um questionário sociodemográfico, composto por 13 questões com o objetivo de recolher informação relativa à caracterização da amostra (e.g., idade; nacionalidade; diagnóstico clínico realizado por profissional de medicina; toma de medicação; sexo biológico; expressão de género; orientação sexual; atualmente numa relação; habilitações literárias; situação profissional).

##### *World Health Organization Quality Of Life – Brief (WHOQOL-Brief)*

O questionário *World Health Organization Quality of Life* – versão breve (*WHOQOL-Brief*) (*Whoqol Group*, 1998), versão portuguesa (Vaz-Serra et al., 2006) é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que avalia a perceção de qualidade de vida. O WHOQOL – Bref é um questionário constituído por 26 questões, sendo duas questões gerais relacionadas à qualidade de vida global e a perceção do estado de saúde e as demais estão incluídas em quatro domínios, físico,



psicológico, de relações sociais e de meio ambiente (Vaz-Serra, et al., 2006). Cada questão oferece cinco opções de resposta, numa escala de Likert de 5 pontos e resultados mais elevados refletem uma perceção de melhor qualidade de vida. O instrumento apresenta boas características psicométricas nos estudos realizados na população portuguesa, oferecendo índices adequados de validade e confiabilidade e uma consistência interna, avaliada através do alfa de Cronbach que apresenta valores aceitáveis (Vaz-Serra, et al., 2006). No presente estudo o alfa de Cronbach foi de .97.

### ***Medida Global de Satisfação Sexual (GMSEX)***

A Medida Global de Satisfação Sexual (GMSEX) é um questionário desenvolvido por Lawrance e Byers (1995), validado para a população portuguesa (Pascoal et al., 2013) adequado para ambos os sexos, que avalia a satisfação sexual global no contexto de uma relação íntima mediante apreciação subjetiva que cada elemento do casal faz da sua relação sexual atual com o/a seu/sua companheiro/a (Pascoal et al., 2013). Este instrumento unifactorial é composto por 5 itens (e.g., “Na globalidade, como descreveria a sua relação sexual com o/a seu/sua companheiro(a)?”) cujas respostas se apresentam numa escala do tipo Likert de 7 pontos (Pascoal et al., 2013). As pontuações variaram de 5 a 35, sendo que as pontuações mais altas indicam maior satisfação sexual. De acordo com Lawrance e Byers (1995), o GMSEX mostrou boa confiabilidade de pontuação de escala (alfa de Cronbach = .90) e boa estabilidade temporal ( $r = .84$ ). A versão portuguesa também demonstrou boas propriedades psicométricas, com alfa de Cronbach a variar entre .83 e .94, e bons resultados para validade convergente (valor de  $r$  de .50 a .82) (Pascoal et al., 2013). O alfa de Cronbach para o presente estudo foi de .94 para o GMSEX.

### ***Índice Internacional de Função Erétil (IIFE)***

O Índice Internacional de Função Erétil (*IIFE*) é um questionário de 15 questões, que avalia diferentes áreas do funcionamento sexual masculino, foi desenvolvido por Rosen et al. (1997) e validado para a população portuguesa (Gomes et al., 2012). O instrumento tem cinco domínios: função erétil; função orgásmica; desejo sexual; satisfação com a relação sexual e satisfação em geral. O IIEF permite o cálculo de um índice total de função sexual, assim como de índices específicos para cada dimensão (total: 5 – 75; função erétil: 1 – 30; função orgásmica: 0 – 10; desejo sexual: 2 – 10; satisfação com a relação sexual: 0 – 15; Satisfação geral: 2 – 10) (Gomes et al., 2012). Valores mais altos em índices específicos e totais correspondem a melhores níveis de funcionamento sexual (Gomes et al., 2012). Estudos psicométricos apoiaram a validade e confiabilidade da escala (Rosen et al., 1997). Por sua vez, a versão portuguesa apresenta também boas propriedades psicométricas, com valores alfa de Cronbach eram entre .72 e .86 (Gomes et al., 2012). O alfa de Cronbach para o presente estudo foi de .98.

### ***Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)***

O Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) é um questionário de 19 questões desenvolvido por Rosen et al. (2000) e validado para a população portuguesa (Pechorro et al., 2009), que avalia aspetos da função sexual das mulheres, através de seis domínios: desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação (inclui satisfação sexual global e satisfação com a relação) e dor (Pechorro et al., 2009). Cada domínio é pontuado de 0 a 5, sendo que os valores mais altos são indicativos de melhor função sexual e uma pontuação de 0 indica ausência de atividade sexual no último mês (Pechorro et al., 2009). O FSFI permite o cálculo de índices específicos para cada

dimensão, bem como de um índice total de função sexual (a soma dos índices dimensionais específicos) (total: 2 – 36; desejo: 1.2 – 6; excitação: 0 – 6; lubrificação: 0 – 6; orgasmo: 0 – 6; satisfação global: 0.8 – 6; dor: 0 – 6) (Pechorro et al., 2009).

Estudos psicométricos apoiaram a validade e confiabilidade da escala (Rosen et al. (2000), a versão portuguesa apresenta também boas propriedades psicométricas, com valores alfa de Cronbach eram entre .88 e .93 (Pechorro et al., 2009). O alfa de Cronbach para o presente estudo foi de .94.

## **Procedimento**

### ***Recolha de dados***

Numa fase inicial foi elaborado um pedido de autorização ao Comité de Ética do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade Lusíada Norte - Porto para a realização do projeto de investigação.

O presente estudo foi revisto e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Lusíada do Norte – Porto. Os participantes foram recrutados através da divulgação dos questionários em plataformas online. De forma a viabilizar a administração dos questionários foi disponibilizado um *link* Google Forms que direcionava os participantes para o preenchimento dos mesmos. Primeiramente os participantes teriam de preencher um termo de consentimento informado no qual eram explicitados os objetivos do estudo, os instrumentos, assim como, os critérios de inclusão necessários para o preenchimento dos questionários. Neste documento era acautelado a preservação da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, assim como enfatizado que a informação recolhida seria usada, apenas e unicamente, para fins de investigação científica e académica. Era ainda acautelada a voluntariedade da

participação no estudo e a possibilidade de interrupção do preenchimento a qualquer momento. Posteriormente, havendo concordância e declarando o participante consentir com os termos mencionados era proposto o preenchimento dos questionários.

A recolha de dados realizou-se entre a segunda semana de março e a primeira quinzena de junho de 2021. Os questionários foram preenchidos online, através da plataforma Google Forms. O preenchimento dos questionários administrados requereu, sensivelmente, entre cinco a dez minutos.

### ***Análise de dados***

A análise de dados obtidos no estudo foi efetuada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences 26.0* (SPSS 26.0).

Primeiramente recorreu-se a uma análise descritiva dos dados para a caracterização da amostra do presente estudo. Foi testada a homogeneidade da variância para as diferentes dimensões utilizando o teste de Levene.

De seguida procedeu-se à estatística inferencial. Recorreu-se à análise multivariada de comparação de médias, para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o funcionamento sexual, satisfação sexual e qualidade de vida em função da doença crónica Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial.

## **Resultados**

### **Diferenças ao nível da Qualidade de Vida em doentes com doença crónica Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial**

Relativamente à qualidade de vida, o teste multivariado mostrou-se estatisticamente significativo (lambda de *Wilks* = .417,  $F [10, 308] = 8.775$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .223$ ), o que indica a presença de diferenças ao nível da qualidade de vida entre os vários diagnósticos. Na Tabela 5 apresentamos o resultado da análise univariada de variância da qualidade de vida atendendo ao diagnóstico clínico. Como todos os valores de significância dos testes foram inferiores a .001, existem diferenças estatisticamente significativas em todas as vertentes da qualidade de vida e também da qualidade de vida global.

**Tabela 5**

*Análise Univariada da qualidade de vida atendendo ao diagnóstico clínico*

	Diagnóstico						<i>F</i> (2,159)	<i>p</i>	$\eta^2$
	DM1 ( <i>n</i> = 50)		DM2 ( <i>n</i> =60)		HTA ( <i>n</i> =50)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Físico	68.7	16.5	43.6	16.6	53.8	18.0	29.672*	< .001	.274
Psicológico	68.0	15.4	47.3	15.0	60.2	15.8	25.644*	< .001	.246
Social	66.3	21.2	45.3	15.6	55.3	20.3	16.840*	< .001	.177
Ambiental	67.4	16.0	39.6	15.9	53.9	16.4	40.929*	< .001	.343
Whoqol total	67.3	14.4	43.3	13.7	55.3	15.8	36.796*	< .001	.319

\*  $p < .001$

No domínio físico, os indivíduos com DM1 apresentam melhor qualidade do que os indivíduos com DM2 ( $p < .001$ ) e com HTA ( $p < .01$ ). e ainda que os indivíduos com HTA apresentam melhor qualidade de vida do que os portadores de DM2 ( $p < .05$ ). No domínio psicológico os indivíduos com DM1 apresentam melhor qualidade do que os

indivíduos com DM2 ( $p < .001$ ) e com HTA ( $p < .05$ ), e ainda que os indivíduos com HTA apresentam melhor qualidade de vida do que os portadores de DM2 ( $p < .001$ ). No domínio ambiental, os indivíduos com DM1 apresentam melhor qualidade do que os indivíduos com DM2 ( $p < .001$ ) e com HTA ( $p < .001$ ), e ainda que os indivíduos com HTA apresentam melhor qualidade de vida do que os portadores de DM2 ( $p < .001$ ). Globalmente, os indivíduos com DM1 apresentam melhor qualidade do que os indivíduos com DM2 ( $p < .001$ ) e com HTA ( $p < .001$ ), e ainda que os indivíduos com HTA apresentam melhor qualidade de vida do que os portadores de DM2 ( $p < .001$ ).

### **Diferenças ao nível da Satisfação Sexual e Funcionamento Sexual em doentes com doença crónica Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial**

No que concerne à satisfação e funcionamento sexual entre indivíduos com DM1, DM2 e HTA, apresenta-se na Tabela 6 os valores médios e respetivos desvios padrão. Os valores de significância dos testes foram inferiores a .01, pelo que existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, quanto à satisfação e quanto ao funcionamento sexual.

Quanto à satisfação sexual, os indivíduos com DM1 estão mais satisfeitos que os indivíduos com DM2 ( $p < .001$ ) e HTA ( $p < .01$ ) e os indivíduos com HTA estão mais satisfeitos do que os indivíduos com DM2 ( $p < .001$ ).

No que concerne ao funcionamento sexual os indivíduos com DM1 estão mais satisfeitos do que os indivíduos com DM2 ( $p < .05$ ) e os indivíduos com HTA estão mais satisfeitos do que os indivíduos com DM2 ( $p < .05$ ).

**Tabela 6**

*Comparação da satisfação sexual e funcionamento sexual entre os indivíduos com DM1, DM2 e HTA*

	DM1		DM2		HTA		F (2,157)	p	$\eta^2$
	(n = 50)		(n =60)		(n=50)				
	M	DP	M	DP	M	DP			
GMSEX	26.4	6.1	20.5	4.5	22.4	5.4	16.122	<.001	.179
FS	0.2	0.9	-0.3	1.0	0.2	0.2	5.626	.004	.067

### Discussão dos Resultados

O objetivo deste estudo foi analisar as diferenças entre funcionamento sexual, satisfação sexual e qualidade de vida em doentes com doença crónica Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial. Dos resultados obtidos foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre funcionamento sexual, satisfação sexual e qualidade de vida em função da tipologia da doença crónica.

Os indivíduos com DM1, no estudo, revelaram melhor qualidade de vida que os indivíduos com DM2. Os resultados do estudo não são corroborados pela literatura, que revela que doentes com DM1 relatam pior qualidade de vida que doentes com DM2 sendo identificadas mais limitações devido à saúde física, menos limitações devido a problemas emocionais e mais perceções negativas relativamente à sua saúde geral (Pereira et al., 2014; Stewart et al., 1994).

Os indivíduos com HTA apresentaram, no estudo, melhor qualidade de vida que os DM2 e pior qualidade de vida que os DM1. Segundo Brito e colaboradores (2008),

os portadores de HTA apresentam valores de comprometimento de qualidade de vida considerados baixos tendo em ponderação a cronicidade da doença. Tal é justificado por estes autores pela perceção dos portadores desta patologia como uma situação controlável, sem atribuírem o valor de doença incurável a mesma, descreditando assim a condição clínica (Brito et al., 2008).

Os indivíduos com DM1, no estudo, revelaram melhor funcionamento sexual e satisfação sexual que os indivíduos com DM2. Estes resultados corroboram os resultados do estudo de Pereira e colaboradores (2014), no qual indivíduos com DM1 apresentam melhor funcionamento sexual em geral, comparativamente a indivíduos com DM2, sendo justificado pelos autores como possível explicação a aparição silenciosa e assintomática da DM2, que aquando do diagnóstico já tem alguns anos de evolução podendo coexistir com complicações associadas tais como problemas no funcionamento sexual (Pereira et al., 2014). Os resultados estão igualmente de acordo com o estudo Piątkiewicz et al. (2017), no qual indivíduos com DM1 apresentam melhor satisfação sexual que indivíduos com DM2, sendo referido pelos autores que tal pode ser devido não à tipologia da diabetes mas sim à tipologia do tratamento, necessidade ou não de toma de insulina injetável, como um fator de impacto na perceção da imagem corporal a par de uma consciencialização acerca da problemática imposta pelo tratamento, comprometendo assim a satisfação sexual dos indivíduos (Piątkiewicz et al., 2017).

Os indivíduos com HTA apresentaram, no estudo, melhor funcionamento sexual e satisfação sexual que os DM2 e pior que os DM1. Segundo Pinto et al. (2019), as disfunções sexuais são consideradas um fator de risco cardiovascular independente e um indicador de diagnóstico precoce para lesões de órgão alvo assintomáticas ou clínicas, como acontece em indivíduos com hipertensão arterial. No entanto, problemas de disfunção sexual por HTA estão associadas à etiologia medicamentosa sendo os anti



hipertensores uma das principais causas destes problemas, provocando disfunção erétil em cerca de 15 a 30% dos indivíduos tratados para a patologia. Contudo Kizilay et al, (2016), verificou que a DM1 e DM2 são uma das complicações associadas à progressão da doença e à deterioração do funcionamento sexual.

Aquando da interpretação dos resultados obtidos deve ser considerada a média da idade das pessoas de cada tipologia de doença crónica que participaram no estudo, HTA apresentava uma idade média 57.0 anos (desvio padrão 13.2 anos), DM1 idade média 35.8 anos (desvio padrão 13.1 anos) e DM2 idade média 61.7 anos (desvio padrão 14.1 anos), revelando uma diferença substancial ao nível da média de idades comparativas de cada grupo.

A literatura mostra que o envelhecimento está associado a riscos de vulnerabilidade do estado de saúde, isolamento social, dependência física, mental e económica o que se relaciona diretamente com a perceção de qualidade de vida dos indivíduos (Fleury et al., 2012; Mendes, 2020), estando ainda incluída a propensão para o desenvolvimento de problemas sexuais (Lindau et al., 2010). Sendo assim, a idade é um importante indicador de qualidade de vida e saúde sexual que deve ser tida em consideração aquando da interpretação dos resultados obtidos no estudo.

### **Limitações da investigação**

Uma das limitações identificada nesta investigação foi a recolha dos dados em plataformas online tendo como implicações por exemplo a acessibilidade ao estudo por parte dos participantes.

A dimensão reduzida da amostra foi outra limitação do estudo, a par do facto de a média da idade dos participantes tendo em consideração a tipologia de doença crónica não ser similar, havendo uma disparidade relativa aos grupos (HTA - idade média 57.0 anos e o desvio padrão 13.2 anos, DM1 - idade média 35.8 anos e o desvio padrão 13.1 anos e DM2 - idade média 61.7 anos e o desvio padrão 14.1 anos).

Outra limitação do estudo foi em termos de distribuição de género a amostra da investigação ter mais mulheres (64,4%) que homens (35,6%), assim como pouca diversidade no que concerne à orientação sexual dos participantes tendo a maioria da amostra do estudo identificado heterossexualidade (98,1%).

O autodiagnóstico e não o diagnóstico facultado por um processo médico é considerando ainda uma das limitações da investigação. Tal é justificado, neste estudo, devido à possível consideração de informações relacionadas com a saúde das pessoas como dados sensíveis. Sendo que, de forma a salvaguardar o anonimato e a privacidade relativamente a estas informações não se realizou a consulta de processo clínico da pessoa doente.

Foi ainda identificada como limitação do estudo a toma medicamentosa de hipertensos por parte de indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2. Segundo Costa (2013), indivíduos com DM2 apresentam frequentemente hipertensão arterial, ou seja, valores elevados de pressão arterial. Esta relação é justificada devido ao aumento da contratilidade do músculo vascular liso e da resistência vascular periférica resultantes da hiperinsulinemia, que na DM2 resulta do processo de resistência à ação da insulina e/ou a incapacidade de secreção compensatória de insulina pelas células  $\beta$  do pâncreas.

### Conclusão

A disfunção sexual é a complicação mais frequentemente e negligenciada no tratamento de doenças crónicas. Esta negligência em abordar os problemas sexuais na prática clínica afeta adversamente a qualidade de vida destes indivíduos (Verschuren et al., 2010; Rutte et al., 2015).

Para futuras investigações sugere-se a elaboração de mais estudos com enfoque no funcionamento sexual e satisfação sexual enquanto preditores da qualidade de vida em indivíduos com doença crónica (Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial).

Vários estudos destacam a natureza complexa da sexualidade e a importância da sua abordagem nos serviços de saúde (Costa, 2019; Cunha, 2017; Pereira et al., 2014; Piątkiewicz et al., 2017; Verschuren et al., 2010), contribuindo esta investigação para alertar aos profissionais de saúde, da importância e necessidade de inclusão da saúde sexual e da sexualidade nos atendimentos às pessoas com DM e HTA visto o impacto na qualidade de vida destes indivíduos.

Segundo um estudo da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra é notória a falta de abordagem da saúde sexual ao longo da formação académica dos profissionais de saúde em Portugal, sendo os elementos da saúde sexual opcionais o que não faculto o acesso a esta informação a todos os estudantes, condicionando assim a preparação de futuros profissionais de saúde competentes para o desenvolvimento de uma visão holística do doente, na qual deve estar incluída a saúde sexual (Quitério, 2017).

É ambicionado com esta investigação a sensibilização da comunidade pedagógica da importância da abordagem da sexualidade na formação dos profissionais de saúde, principalmente no que diz respeito à doença crónica, permitindo o fortalecimento da saúde numa perspetiva integral e inclusiva, que potencia a criação de sociedades de indivíduos sexualmente saudáveis e informados.

**Referências Bibliográficas**

- Aguiar, C., Duarte R. & Carvalho, D. (2019). Nova abordagem para o tratamento da diabetes: da glicemia à doença cardiovascular. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 38(1), 53 – 63. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.03.013>
- Alavi, A., Farzanfar, D., Rogalska, T., Lowes, M., & Chavoshi, S. (2018). Quality of life and sexual health in patients with hidradenitis suppurativa. *International Journal of Women's Dermatology*, 4(2), 74-79. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.10.007>
- Amado, C., Leal, M., Valente, T., Aveiro, M., Ribeiro, F. & Cruz, M. (2020). A hipertensão arterial num dia de internamento - Caracterização de um dia de internamento. *Sociedade Portuguesa de Hipertensão*, 79, 5 – 9.
- American Diabetes Association (ADA) (2017). Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*, 40(1), 11-24. <https://doi.org/10.2337/dc17-S005>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Porto Alegre: ArtMed
- Axon, R., Turner, M., & Buckley, R. (2015). An update on inpatient hypertension management. *Current cardiology reports*, 17(11), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11886-015-0648-y>
- Bak, E., Marcisz, C., Krzeminska, S., Dobrzyn-Matusiak, D., Foltyn, A. & Drosdzol-Cop, A. (2018). Does Type 1 Diabetes Modify Sexuality and Mood of Women

and Men?. *International Journal of Environmental Research and Public Heal*, 15, 958. <https://doi.org/10.3390/ijerph15050958>

Batista, I., Cunha, M., Dias, A., Simões, A. & Teixeira, C. (2020). A educação para a saúde na diabetes mellitus: determinante fundamental na gestão e controlo dinâmico das implicações da doença. *Millenium*, 2(5), 247-259. <https://doi.org/10.29352/mill0205e.27.00278>

Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., Paredes, T. (2010). Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 243-268.

Coimbra, L., & Teixeira, E. (2015). Percepção de homens com Diabetes Mellitus sobre sexualidade/Sexuality perception on men with Diabates Mellitus. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(1), 970-977.

Costa, F. (2013). A importância da Farmacogenómica na Terapêutica da Diabetes Mellitus tipo 2 e de comorbilidades associadas (hipertensão e dislipidemia). Universidade do Algarve, Portugal.

Costa, N. (2019). Representações sobre sexualidade de pessoas com diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistémica. Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

Cruz, M. (2019). A perspetiva do cuidador do doente crónico face as intervenções dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários no alto Minho. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.

Cummins, R. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual disability research*, 49(10), 699-706. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00738.x>

Cunha, A. (2017). Qualidade de Vida e Funcionamento Sexual em indivíduos com Dor Crónica. Universidade Fernando Pessoa, Portugal.

Direção Geral da saúde (DGS) (2013). Hipertensão arterial: definição e classificação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202011-de-28092011-atualizada-a-19032013-jpg.aspx>

Direção Geral da saúde (DGS) (2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes/norma-da-direccao-geral-da-saude-n-0022011-de-14012011-pdf.aspx>

Dunn, K., Croft, P., & Hackett, G. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53(3), 144-148. <https://doi.org/10.1136/jech.53.3.144>.

Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5ª Ed.). SAGE

Fan, W. (2017). Epidemiology in diabetes mellitus and cardiovascular disease. *Cardiovascular Endocrinology*, 6, 8 - 16. <https://doi.org/10.1097/XCE.000000000000116>

- Ferreira, I. (2019). Aspetos cognitivos e emocionais em pessoas com diagnóstico de insuficiência renal crónica. Instituto Superior Miguel Torga, Portugal.
- Ferreira, M. (2013). Estudo da associação entre a Diabetes mellitus e o hipotiroidismo. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Fleury, H. & Abdo, C. (2012). Envelhecimento, doenças crónicas e função sexual. *Sexual Dysfunction*, 17(4), 201 – 205.
- Glasier, A., Gülmezoglu, A., Schmid, G., Moreno, C., & Van Look, P. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368(9547), 1595–1607. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69478-6
- Gomes, T. (2020). Satisfação Conjugal, Satisfação Sexual e Imagem Corporal em casais – estudo exploratório. Universidade do Porto. Portugal.
- Gomes, A. & Nobre, P. (2012). The International Index of Erectile Function (IIEF-15): psychometric properties of the Portuguese version. *Journal of Sexual Medicine*, 9(1), 180-187. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02467.x>
- Graugaard, C. (2017). Sexuality as a health-promoting factor - theoretical and clinical considerations. *Nature Reviews Urology*, 14(10), 577-578. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2017.117>



- Katon, W. (2008). The comorbidity of diabetes mellitus and depression. *The American journal of medicine*, 121(11), 8-15. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0165-z>
- Kizilay, F., Gali, H. & Serefoglu, E. (2016). Diabetes e sexualidade. *Sexual medicine reviews*, 5 (1), 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.07.002>
- Labbate, L. & Lare, S. (2001). Sexual dysfunction in male psychiatric outpatients: Validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. *Psychother Psychosom*, 70(4)221-225. <https://doi.org/10.1159/000056257>
- Lawrence, K. & Byers, E. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267-285. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>
- Lindau, S., Tang, H., Gomero, A., Vable, A., Huang, E., Drum, M. & Chin, M. (2010). Sexuality among middle-aged and older adults with diagnosed and undiagnosed diabetes: a national, population-based study. *Diabetes care*, 33(10), 2202-2210. <https://doi.org/10.2337/dc10-0524>
- Lucena, B. & Abdo, C. (2013). O papel da ansiedade na dis(função) sexual. *Revista Diagn Tratamento*, 18(2), 94-8.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponível em:

[https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en)

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013). A global brief on hypertension. Geneva:

World Health Organization, <http://apps.who.int/iris/handle/10665/79059>

Observatório Nacional da Diabetes (OND). (2015). Diabetes: Factos e números 2015.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/OND-2017\\_Anexo2.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/OND-2017_Anexo2.pdf)

MacFarland, W. & Yates, M. (2016). Introduction to nonparametric statistics for the biological sciences using R. Springer

Madeira, T. (2015). Conhecimento dos Portugueses sobre a Hipertensão Arterial.

Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Marques, M. (2017). Disfunção sexual feminina na diabetes mellitus tipo 2.

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Martins, P. (2015). Diabetes Mellitus – Novas Abordagens Terapêuticas. Instituto

Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Lisboa.

McClelland, S. (2010). Intimate justice: A critical analysis of sexual satisfaction. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(9), 663-680.

<https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00293.x>

Mendes, J. (2020). Envelhecimento (s), qualidade de vida e bem-estar. *A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação*, 132–144.

Mendonça, C., Silva, T., Arrudai, J., Garcia-Zapata, M. & Amaral, W. (2012). Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina*, 40(4), 195 – 202.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>

Pascoal, P., Narciso, I., Pereira, N. & Ferreira, A. (2013). Validation process of the Global Measure of Sexual Satisfaction in three samples of the Portuguese population. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4) 691-700.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400009>

Pascoal, P., Narciso, I., & Pereira, N. (2014). O que é satisfação sexual? Análise temática de definições de leigos. *Journal of sex research* , 51 (1), 22-30.  
<https://doi.org/10.1080/00224499.2013.815149>

Pearlman-Avnion, S., Cohen, N., & Eldan, A. (2017). Sexual well-being and quality of life among high-functioning adults with autism. *Sexuality and Disability*, 35(3), 279-293. <https://doi.org/10.1007 / s11195-017-9490-z>

- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S. & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 33-44.
- Peixoto, M., & Nobre, P. (2020). Cognitive-Emotional Predictors of Sexual Functioning in Lesbians, Gays, and Heterosexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 1823-1838. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01732-9>
- Peixoto, M., Amarelo-Pires, I., Biscaia, M. & Machado, P. (2018). Sexual selfesteem, sexual functioning and sexual satisfaction in portuguese heterosexual university students. *Psychology & Sexuality*, 9(4), 305-316. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1491413>
- Peixoto, M. & Nobre, P. (2014). Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population-based study with women aged 18 to 79 years. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41 (2), 169-80. [https://doi.org/10.1080 / 0092623X.2013.842195](https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.842195)
- Pereira H, Monteiro, S., Esgalhado, G., Afonso, R. & Loureiro, M. (2016) Determinantes psicossociais do funcionamento sexual e bem-estar sexual subjetivo em homens adultos portugueses. *Revista Internacional de Andrología*, 15(3), 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.011>
- Pereira, H. (2018). Validação psicométrica da versão portuguesa do Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. *Revista internacional de Andrologia*, 16(3), 102-106. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2019.01.004>

Pereira, M., Rodrigues, Â., Santos, J., Pedras, S., Costa, V., Marques, O., & Lobarinhas, G. (2014). Funcionamento sexual, control metabólico e qualidade de vida em pacientes com Diabetes Tipo 1 e Tipo 2. *Revista da SBPH*, 17(1), 70-87.

Piątkiewicz, P., Krasuski, T., Maksymiuk-Kłós, A., & Owczarek, K. (2017). Sexual dysfunction in diabetic patients - an important and overlooked complication. *Clinical Diabetology*, 6(4), 119-125.

<https://doi.org/10.5603/DK.2017.0020>

Pinto, A., Freitas, H., Carretas, P. & Marques, R. (2019). Hipertensão,  $\beta$ -Bloqueantes e Disfunção Erétil. *Sociedade Portuguesa de Hipertensão*, 69, 18 – 22.

Polónia, J., Ramalhinho, V., Martins, L., Saavedra, J. (2006). Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25 (6), 649-660. Disponível em: [https://www.sphta.org.pt/files/sphta\\_64\\_2018\\_0304.pdf](https://www.sphta.org.pt/files/sphta_64_2018_0304.pdf)

Quinta-Gomes, A. & Nobre, P. (2014). Prevalence of Sexual Problems in Portugal: Results of a Population-Based Study Using a Stratified Sample of Men Aged 18 to 70 Years. *Journal of sex research*, 51(1), 13 – 21.

<https://doi.org/10.1080/00224499.2012.744953>.

Quitério, A. (2017). Saúde Sexual: Conhecimentos e atitudes do Estudante de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Universidade de Coimbra, Portugal.

Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research*. London: SAGE.

Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. Bem-estar e qualidade de vida: contributos da psicologia da saúde. Alcochete: Textiverso

Ribeiro, J. 1994. A importância da qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, XII(2-3): 179-191.

Rodrigues, A., Gaio, V., Kislaya, I., Graff-Iversen, S., Cordeiro, E., Silva, A., Namorado, S., Barreto, M., Gil, A., Antunes, L., Santos, A., Miguel, J., Nunes, B. & Dias, C. (2019). Sociodemographic disparities in hypertension prevalence: Results from the first Portuguese National Health Examination Survey. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 38(8), 547 – 555. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.10.012>

Rutte, A., van Splunter, M., van der Heijden, A., Welschen, L., Elders, P., Dekker, J., Snoek, F., Enzlin, P. & Nijpels, G. (2015). Prevalence and correlates of sexual dysfunction in men and women with type 2 diabetes. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 680-690. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.966399>

Sairaiwa, D. (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Universidade Coimbra, Portugal.

Sánchez-Fuentes, M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International journal of clinical and health psychology*, 14(1), 67-75. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9)

Santos, A. (2021). Qualidade de vida no contexto hospitalar: variáveis sociodemográficas. Universidade Lusíada, Lisboa, Portugal.

Santos, A., Pascoal, P. & Barros, L. (2019). Sexuality in Emerging Adults with Type 1 Diabetes Mellitus: An Exploratory Study Using Thematic Analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(3), 234-245.  
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1682730>

Santos, A. (2017). “Sexual and Reproductive Health in Type 1 Diabetes Mellitus”: An Exploratory Approach to Emerging Adults’ Perceptions. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal. Sairaiva, D. (2011). O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador. Universidade Coimbra, Portugal.

Satler, L., de Souza, J., de Oliveira, G., Nunes, J., Fagundes, D., & Mendes, R. (2021). Fatores associados à prevalência de diabetes mellitus tipo 2: uma revisão de literatura. *Anuais do Seminário Científico do UNIFACIG*, 6, 1-10.

Schmiedeberg, C., & Schröder, J. (2016). Does sexual satisfaction change with relationship duration?. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 99-107.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-015-0587-0>.

- Shishkova, Yo., Surkova, E., Motovilin, O. & Mayorov, A. (2011). [Quality of life diabetes mellitus: definitions, modern research approaches, tool for evaluation](#). *Diabetes mellitus*, 14(3), 70 -75. <https://doi.org/10.14341/2072-0351-6227>
- Silva, A. (2016). Viagem ao ritmo da doença crónica. Universidade Nova, Portugal.
- Silvia, L. (2015). Importância da informação no controlo da Diabetes Mellitus - Estudo caso numa farmácia comunitária. Universidade do Algarve, Algarve.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardos, H. & Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 2(XXI), 185-194.
- Simões, J. (2008). Qualidade de Vida: estudo de validação para a população portuguesa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra, Porto.
- Stamogiannou, I., Grunfeld, E., Denison, K. & Muir, G. (2005). Beliefs about illness and quality of life among men with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 17, 142–147. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901571>
- Stewart, A., Hays, R., Wells, K., Rogers, W., Spritzer, K. & Greenfield, S. (1994). Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the medical Outcomes Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47, 719-730. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(94\)90169-4](https://doi.org/10.1016/0895-4356(94)90169-4)



- Teixeira, P., Pereira, H., Monteiro, S., Esgalhado, G., Afonso, R., Loureiro, M. & Garcia, N. (2019). A importância dos indicadores biomédicos no funcionamento sexual em adultos portugueses saudáveis. *Revista Internacional de Andrología*, 17(1), 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2017.12.005>
- Torres, J., Barbosa, H., Pereira, S., Cunha, F., Torres, S., Brito, M. & Silva, C. (2019). Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(3), 670-681. <https://doi.org/10.15309/19psd200310>
- Uva, M., Victorino, P., Roquette, R., Machado, A. & Dias, C. (2014). Investigação epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa - uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33(7 - 8), 451 – 463. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2014.02.012>
- Valente, A. (2013). Hábitos alimentares, hiperhomocisteinémia e doença cardiovascular na diabetes do tipo 2. Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Ventura, A., Browne, J., Pouwer, F., Speight, J., & Byrne, M. (2018). Emotional well-being factors associated with sexual dysfunction in adults with type 1 or type 2

diabetes: Results from diabetes MILES - Australia. *International Journal of Sexual Health*, 30(3), 237–249. <https://doi.org/10.1080/19317611.2018.1470591>

Verschuren, J., Enzlin, P. Dijkstra, P., Geertzen, J. & Dekker, R. (2010) Chronic Disease and Sexuality: A Generic Conceptual Framework. *The Journal of Sex Research*, 47 (2-3), 153-170. <https://doi.org/10.1080/00224491003658227>

Whipple, B., Knowles, J. & Davis, J (2007). The health benefits of sexual expression in *Sexual Health: Psychological Foundations*, Praeger. Vol. 1 (eds Tepper, M. & Owens, A.), 17–28.

World Health Organization (WHO) (2015). Brief sexuality-related communication: Recommendations for a public health approach. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004\\_eng.pdf;jsessionid=9D3A791D3BDA3DB2ACE68EA999D71D1B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf;jsessionid=9D3A791D3BDA3DB2ACE68EA999D71D1B?sequence=1)

World Health Organization. (2012). World health organization quality of life user manual. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2010). Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70434/who\\_rhr\\_10.12\\_eng.pdf;jsessionid=937D34EA0C4E4239EB1ECAA936C4B5EE?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70434/who_rhr_10.12_eng.pdf;jsessionid=937D34EA0C4E4239EB1ECAA936C4B5EE?sequence=1)

World Health Organization (2002). Defining Sexual Health. Disponível em:

[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf?ua=1](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf?ua=1)