

# **A satisfação sexual do doente com diabetes mellitus tipo 2**

Beatriz Pereira Fialho

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(2º ciclo de estudos ou mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Augusto Rodrigues Simões  
Coorientador: Prof. Doutor Pedro Augusto Gomes Rodrigues Marques Simões

janeiro de 2021

**Folha em branco**

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus orientadores, o Prof. Doutor José Rodrigues Simões e o Prof. Doutor Pedro Simões, pela ideia, iniciativa e perseverança em contribuir para mais investigação nesta área e por me aceitarem neste estudo. Agradeço todo o apoio estatístico, a disponibilidade e a entrega permanentes ao longo deste projeto - o vosso apoio foi fundamental para que este trabalho seguisse na direção adequada e fosse concretizado.

A todos os profissionais do Aces Cova da Beira e do Centro de Saúde da Covilhã por aceitarem este projeto numa época delicada; sem a vossa ajuda, gentileza e cuidado a recolha de dados não teria sido possível. Um agradecimento especial para todos os utentes que disponibilizaram um pouco do seu tempo para participarem neste projeto, o meu sincero obrigada pela vossa atenção.

À Universidade da Beira Interior pela oportunidade de realizar um sonho e à cidade da Covilhã pela amabilidade com que me acolheu durante estes seis anos.

Aos meus pais, pela presença, motivação e amor constantes. Obrigada por serem os meus melhores amigos e acreditarem em mim.

**Folha em branco**

## Resumo

**Introdução e Objetivos:** A diabetes mellitus tipo 2 é altamente prevalente e acarreta variadas complicações clínicas, entre elas a disfunção sexual. Esta tem repercussões negativas na satisfação sexual, um importante indicador de qualidade de vida e bem-estar, de modo que se torna relevante avaliar este parâmetro nos doentes diabéticos, visto que é um assunto comumente negligenciado na prática clínica. O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de insatisfação sexual e fatores que a influenciam, bem como estabelecer estratégias de promoção da satisfação sexual que possam ser aplicadas nos doentes diabéticos, em contexto de cuidados de saúde primários.

**Materiais e Métodos:** A recolha de dados decorreu em cinco centros de saúde nas cidades de Coimbra e Covilhã, entre 2018 e 2020. A escala Medida Global de Satisfação Sexual (GMSEX) e um questionário de saúde foram aplicados a mulheres e homens diabéticos com idades compreendidas entre os 34 e os 90 anos (média de idades de  $67 \pm 11$  anos). As análises descritiva e inferencial foram realizadas recorrendo ao SPSS® 25.0; foi considerado um nível de significância de 0,05 para o efeito.

**Resultados:** No total, 110 diabéticos (55,5% homens) foram inquiridos. A prevalência de insatisfação sexual foi de 31,8%. A insatisfação sexual foi associada de forma significativa à idade avançada e ao sexo feminino. Ter uma baixa escolaridade, um mau controlo da diabetes, uma baixa aderência à metformina e tomar outro fármaco associaram-se a menor satisfação sexual. A presença de doença prostática, neoplásica e outra patologia, a perceção subjetiva de disfunções sexuais e o menor número de parceiros sexuais também aumentaram significativamente a probabilidade de ser sexualmente insatisfeito. As disfunções sexuais mais reportadas pelos homens foram a disfunção erétil (49,2%) e o desejo sexual hipoativo (14,8%); as mulheres reportaram mais frequentemente o desejo sexual hipoativo (55,1%) e a dispareunia (18,4%) – no geral, a prevalência da perceção de disfunções sexuais foi de 55,5%.

**Conclusões:** A satisfação sexual é uma boa medida de avaliação da saúde geral dos doentes diabéticos e os profissionais de saúde devem discuti-la na consulta. São necessários mais estudos futuros para melhor compreender as correlações verificadas.

## **Palavras-chave**

Diabetes mellitus tipo 2; Satisfação sexual; Disfunção sexual; GMSEX; Cuidados de saúde primários

## Abstract

**Aims/Background:** Type 2 diabetes mellitus is highly prevalent and causes several clinical complications, including sexual dysfunction. This one has negative repercussions on sexual satisfaction, an important indicator of quality of life and well-being, so it becomes relevant to evaluate this parameter in diabetic patients, since it is a subject that is commonly neglected in clinical practice. The aim of this study was to determine the prevalence of sexual dissatisfaction and factors that influence it, as well as to establish strategies to promote sexual satisfaction which can be applied on diabetic patients, in the context of primary health care.

**Materials and Methods:** Data collection took place in five health care centers in the cities of Coimbra and Covilhã, between 2018 and 2020. The Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX) scale and a health questionnaire were applied to diabetic women and men with ages between 34 and 90 years (mean age  $67 \pm 11$  years). Descriptive and inferential analyzes were performed using SPSS® 25.0; a significance level of 0.05 was considered.

**Results:** A total of 110 diabetics (55.5% men) were screened. The prevalence of sexual dissatisfaction was 31.8%. Sexual dissatisfaction was significantly associated with old age and female gender. Low schooling, poor diabetes control, low adherence to metformin and taking another drug were associated with less sexual satisfaction. The presence of prostatic disease, neoplastic and other pathology, the subjective perception of sexual dysfunction and a smaller number of sexual partners also significantly increased the likelihood of being sexually dissatisfied. The sexual dysfunctions most reported by men were erectile dysfunction (49.2%) and hypoactive sexual desire (14.8%); women more frequently reported hypoactive sexual desire (55.1%) and dyspareunia (18.4%) - in general, the prevalence of self-perceived sexual dysfunction was 55.5%.

**Conclusions:** Sexual satisfaction is a good measure for assessing the general health of diabetic patients and health professionals should discuss it at the consultation. Further studies are needed to better understand the correlations found.

## **Keywords**

Type 2 diabetes mellitus; Sexual satisfaction; Sexual dysfunction; GMSEX; Primary health care

# Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Índice	ix
Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Acrónimos	xv
1. Introdução	1
2. Materiais e Métodos	3
2.1 Desenho do estudo	3
2.2 Amostra/Participantes	3
2.3 Procedimentos	3
2.4 Métodos estatísticos	4
2.4.1 Análise descritiva	4
2.4.2 Análise inferencial	4
2.5 Ética	4
3. Resultados	5
3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra	5
3.2 Caracterização clínica da amostra	6
3.3 Correlação entre as variáveis e a GMSEX	8
4. Discussão	11
5. Conclusão	15
Referências	17
Apêndices	
Apêndice 1 - Consentimento Livre e Informado	21
Apêndice 2 - Declaração de autorização do Centro de Saúde Covilhã	23
Anexos	
Anexo 1 - Questionário	25
Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro	29
Anexo 3 - Declaração de autorização do ACES Cova Beira	30
Anexo 4 - Autorização da autora para utilização da versão portuguesa da GMSEX	31

**Folha em branco**

## **Lista de Figuras**

Figura 1 – Frequência da percepção subjetiva de disfunções sexuais	8
--	---

**Folha em branco**

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes	5
Tabela 2 - Caracterização clínica dos participantes	7
Tabela 3 - Relação entre a pontuação da GMSEX e as diferentes variáveis	9

**Folha em branco**

## **Lista de Acrónimos**

ACES	Agrupamento Centros de Saúde
ARS	Administração Regional Saúde
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
FCS	Faculdade Ciências Saúde
IMC	Índice Massa Corporal
SS	Satisfação Sexual
UBI	Universidade Beira Interior
UCSP	Unidade Cuidados Saúde Personalizados
UMA	Unidade Maço Ano
USF	Unidade Saúde Familiar

**Folha em branco**

## 1. Introdução

A diabetes é uma das doenças crónicas mais comuns no mundo, com uma prevalência estimada de 463 milhões de doentes (1); cerca de 90% dos casos correspondem à diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e o seu notável crescimento nas últimas décadas confere um importante problema de saúde pública. Em 2018, 13,6% dos portugueses com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos eram diabéticos, dos quais 44% ainda não tinham sido diagnosticados (2).

O modelo de resposta sexual humana considera haver quatro fases do ciclo sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) (3) e todas estas podem estar afetadas na DM2 (4)- a disfunção sexual é, portanto, uma consequência da diabetes que afeta ambos os sexos e tem em si variadas etiologias multifatoriais, como muitas outras doenças e seus tratamentos, fatores psicogénicos e influências socioculturais (5,6). Os problemas de funcionamento sexual têm sido associados a maiores níveis de insatisfação sexual, ansiedade, *distress* emocional, baixa autoestima e depressão, condições habitualmente encontradas em doentes diabéticos (4,6–9).

A satisfação sexual (SS) é um indicador de saúde sexual e a importância do tema tem sido reconhecida por órgãos internacionais (10). A sexualidade associa-se positivamente à qualidade e satisfação com a vida e ao bem-estar geral das pessoas (4,11). Num estudo norte-americano, 62,2% dos homens e 42,8% das mulheres consideraram a saúde sexual como importante para a sua qualidade de vida, mesmo entre participantes com comorbilidades e fraca saúde geral (12).

Mais estudos têm investigado a disfunção do que a insatisfação sexual (4,12). Embora interrelacionados, estes conceitos não são sinónimos. A SS é moldada por múltiplos fatores individuais, relacionais, sociais e culturais que seguem um modelo ecológico (13) e, como tal, não se resume apenas à ausência de disfunção ou conflito sexual (14). Desta forma, nem todos os doentes com problemas do funcionamento sexual são sexualmente insatisfeitos ou querem ajuda médica para o seu problema (15).

Apesar da extrema relevância do tema, este assunto continua negligenciado nos cuidados de saúde. Quando se perguntou se alguma vez foram questionados acerca da saúde sexual, apenas um terço das pessoas respondeu afirmativamente (7). Tanto os clínicos como os doentes mostram-se relutantes em abordar assuntos da esfera sexual e existem algumas barreiras que contribuem para isso (16). A falta de conhecimento acerca do funcionamento sexual aliada ao medo da reprovação dos médicos pela sensação de ser

uma temática inapropriada e menos importante que outras leva a que os doentes não reconheçam esses sintomas e minimizem a sua gravidade, descartando-os como algo trivial e expectável da idade e não passível de tratamento. Alguns doentes desconhecem como aceder a serviços apropriados e pensam que apenas um sexólogo os pode ajudar. Outra barreira encontrada pelos doentes prende-se com a noção de que muitas das suas queixas habituais não são valorizadas pelo médico, reduzindo assim quaisquer expectativas de assistência que possam ter.

O tema é ainda mais ignorado quando se remete para a população idosa, na qual pressupostos e estereótipos idadistas ainda são a regra (11,17). De facto, a SS partilha uma relação sistemática com o envelhecimento bem-sucedido (11,18), tendo parte ativa no bem-estar psicológico, longevidade e estabilidade das relações (17). Num mundo cada vez mais envelhecido, é crucial mudar o paradigma e reconhecer os direitos sexuais das pessoas mais velhas.

Como há poucos estudos realizados em Portugal sobre esta temática em doentes diabéticos, este trabalho propõe as seguintes hipóteses: verificar correlações entre a satisfação sexual e fatores sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, meio habitacional, entre outros), clínicos (duração, controlo e complicações da DM2, terapêuticas, comorbilidades e perceção de disfunção sexual) e toxicológicos (hábitos etílicos, tabágicos e toxicómanos). Os objetivos deste estudo são: averiguar a prevalência de insatisfação sexual numa amostra de doentes com DM2, descrever a amostra quanto a variáveis sociodemográficas, clínicas e toxicológicas e identificar os fatores promotores da SS nestes doentes.

## **2. Materiais e Métodos**

### **2.1 Desenho do estudo**

Estudo observacional, transversal, descritivo e analítico que procurou analisar a prevalência de insatisfação sexual e seus fatores contribuintes numa amostra de doentes diabéticos tipo 2. Este estudo foi uma continuação do trabalho realizado por Rebelo et al (19) em quatro estabelecimentos de saúde na cidade de Coimbra, no ano de 2018.

### **2.2 Amostra/Participantes**

O presente estudo foi conduzido entre julho e agosto de 2020 numa amostra de conveniência formada por doentes com diabetes mellitus tipo 2 seguidos em centro de saúde e que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: 1) Ter mais de 18 anos de idade; 2) Ser heterossexual; 3) Ter uma relação monogâmica independentemente do estado civil.

### **2.3 Procedimentos**

Os doentes diabéticos que se dirigiram ao centro de saúde nos dias em que decorreu o estudo foram interpelados pela aluna a participarem no projeto. Após identificação da aluna, foi-lhes apresentado o propósito do estudo bem como explicado o procedimento e asseguradas as condições de confidencialidade, anonimato e privacidade, tendo sido entregue o consentimento informado para lerem (Apêndice 1); aos doentes que aceitaram participar foi distribuído o questionário de autorresposta que se encontra em Anexo 1. O questionário aplicado é composto por uma primeira parte que avalia as características sociais, demográficas, clínicas e hábitos toxicológicos do doente; numa segunda parte, é apresentada a escala “Medida Global de Satisfação Sexual” (GMSEX), inicialmente concebida por Lawrence & Byers e mais tarde traduzida e validada para português por Pascoal & Narciso (20). A GMSEX avalia de forma subjetiva a perceção da satisfação sexual para ambos os sexos e está dividida em cinco questões com uma escala de Likert de 7 pontos em cada (sendo 1 - valor mais baixo; 7 - valor mais alto). Assim, uma soma elevada corresponde a maior satisfação sexual (mínimo – 5 pontos; máximo - 35 pontos). Considerou-se o *cut-off* de 20 pontos como a separação entre sexualmente satisfeito (> 20 pontos) e insatisfeito (< 20 pontos). É um instrumento com adequada fiabilidade, validade e consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach de 0,9).

## **2.4 Métodos estatísticos**

### **2.4.1 Análise descritiva**

As análises estatísticas foram conduzidas através da utilização do SPSS® 25.0.

Para uma dimensão da amostra de 110 pessoas e pressupondo um grau de confiança de 95%, consideramos um erro de estimativa aproximadamente inferior a 10% (<https://www.calculator.net/sample-size-calculator>).

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva dos dados – em relação às variáveis quantitativas é apresentado o valor médio, o desvio-padrão, o valor mínimo e máximo; em relação às variáveis qualitativas é apresentada a frequência absoluta e relativa (em percentagem) em tabelas de frequências e em gráfico de barras.

### **2.4.2 Análise inferencial**

Para comparar duas amostras independentes foi utilizado o teste T student, sempre que a normalidade se verificou. Quando se comparou mais do que dois grupos foi utilizado o teste ANOVA (sempre que os seus pressupostos se verificaram: normalidade e igualdade das variâncias). Foram vistos os pressupostos de normalidade com o teste Kolmogorov–Smirnov quando  $n > 30$ . Para verificar a igualdade das variâncias utilizou-se o teste de Levene. Para a análise das associações entre variáveis categóricas recorreu-se ao teste qui-quadrado, sempre que o teste T não evidenciou diferença estatística.

O *p-value*  $< 0,05$  foi considerado como estatisticamente significativo.

## **2.5 Ética**

Este trabalho envolveu o parecer favorável da ARS Centro (Anexo 2), do ACES Cova da Beira (Anexo 3) e do Centro de Saúde da Covilhã (Apêndice 2). A autorização para uso da escala GMSEX pelas autoras encontra-se em Anexo 4.

## 3. Resultados

### 3.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 110 participantes, dos quais 61 (55,5%) foram do sexo masculino e 49 (44,5%) do sexo feminino. A média de idades foi de  $67,03 \pm 11,25$  anos (mínimo: 34, máximo: 90). Cinquenta e sete participantes pertenceram às USF e UCSP colaborantes de Coimbra (19) e cinquenta e três participantes provieram do Centro de Saúde da Covilhã.

A maioria dos participantes tinha idade igual ou superior a 65 anos (70,6%), era casado(a) ou vivia em união de facto (69,1%), tinha o nível mais baixo de escolaridade (64,5%) e mais de metade habitava em meio urbano (55,5%). Quatro em cada dez participantes eram obesos (média de IMC de  $28,85 \pm 4,31$  kg/m<sup>2</sup>; mínimo: 20,30, máximo: 45,90) e apenas dois tinham nacionalidade estrangeira.

As restantes características sociodemográficas dos participantes são mostradas na tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
<b>Local</b>		
Coimbra	57	51,8
Covilhã	53	48,2
<b>Sexo</b>		
Masculino	61	55,5
Feminino	49	44,5
<b>Idade</b>		
<65 anos	32	29,4
≥65 anos	77	70,6
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	6	5,5
Casada(o)/União de facto	76	69,1
Divorciada(o)	11	10,0
Viúva(o)	17	15,5
<b>Duração do relacionamento atual</b>		
<5 anos	12	10,9
5-20 anos	20	18,2
>20 anos	78	70,9
<b>Número de parceiros sexuais</b>		
1	69	62,7
2-3	22	20,0
>3	19	17,3

<b>IMC</b>		
Não obesos (<30 kg/m <sup>2</sup> )	66	60
Obesos (≥30 kg/m <sup>2</sup> )	44	40
<b>Meio habitacional</b>		
Urbano	61	55,5
Rural	49	44,5
<b>Nível de escolaridade</b>		
Ensino básico	71	64,5
Ensino secundário	30	27,3
Ensino superior	8	7,3
<b>Profissão</b>		
Reformada(o)	72	65,5
Ativa(o)	34	30,9
Doméstica	4	3,6
Desempregada(o)	-	-

### 3.2 Caracterização clínica da amostra

Na tabela 2 encontram-se descritos os dados relativos à caracterização clínica dos participantes.

Os doentes foram inquiridos acerca da duração da diabetes, do seu controlo glicémico e da terapêutica antidiabética habitual. Metade dos doentes recebeu o diagnóstico da diabetes no período prévio de cinco a vinte anos e cerca de três quartos mantinham um bom controlo da glicémia (74,5%). Oito em cada dez participantes tomava apenas antidiabéticos orais. Quanto ao número de antidiabéticos orais usados, a média foi de  $1,74 \pm 0,82$  (mínimo: 1, máximo: 4), sendo que 45,5% dos doentes realizavam terapêutica apenas com um fármaco. Referente a estes últimos, 67,3 % dos participantes realizavam metformina, 13,6% realizavam gliclasida, 3,6 % realizavam glimepirida e mais de metade realizava terapêutica com outro antidiabético (50,9%).

Para além da diabetes, 71,8 % dos participantes tinham hipertensão, 60,9% tinham hipercolesterolemia, 33,6% tinham patologia cardíaca, 20% tinham patologia prostática, 15,5% tinham hipertrigliceridémia, 14,5% tinham depressão, 13,6% tinham patologia respiratória, 10% tinham patologia neoplásica, 5,5% tinham patologia renal, 3,6% tinham outras patologias psiquiátricas e 10,9% apenas tinham diabetes. Cerca de 28,2% dos participantes sofriam de outra patologia não especificada. Desta maneira, os participantes foram divididos em dois grupos:  $\leq 2$  comorbilidades (n = 52) e  $> 2$  comorbilidades (n = 58).

Relativamente à terapêutica realizada, 66,4% faziam anti hipertensores, 63,6% faziam estatinas, 25,5% faziam diuréticos, 23,6% faziam beta-bloqueantes, 13,6% faziam

antidepressivos e 8,2% faziam alfa-bloqueantes. Cinquenta doentes (45,5%) realizavam terapêutica com outro fármaco.

No que toca à existência de complicações da diabetes, a vasta maioria dos doentes não apresentava qualquer complicação (73,6%); dos que apresentavam complicações, as mais frequentes foram a neuropatia (15,5%) e a retinopatia (11,8%).

No que diz respeito à frequência de hábitos toxicológicos, 44,5% da amostra apresentava hábitos etílicos, sendo o vinho a bebida mais frequente (44,5%), seguida pela cerveja (9,1%) e pelo whisky/brandy/conhaque/outras bebidas destiladas (2,7%). A média de unidades de álcool por semana foi de  $8,08 \pm 4,97$  (mínimo: 3; máximo: 31,50). Oito participantes confirmaram ser fumadores, com uma carga tabágica média de  $39,22 \pm 29,87$  UMA (mínimo: 12; máximo: 102,5) e nenhum doente afirmou ter hábitos toxicómanos.

Tabela 2: Caracterização clínica dos participantes

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
<b>Nº de anos desde o diagnóstico de DM</b>		
<5 anos	35	31,8
5-20 anos	55	50,0
>20 anos	20	18,2
<b>Mantém bom controlo da glicémia</b>		
Sim	82	74,5
Não	27	24,5
<b>Terapêutica antidiabética realizada</b>		
ADOs	88	80,0
Insulina	4	3,6
Ambos	18	16,4
<b>Nº de agentes antidiabéticos utilizados</b>		
1	50	45,5
2	44	40,0
3	11	10,0
4	5	4,5
<b>Nº de comorbilidades</b>		
≤ 2 comorbilidades	52	47,3
> 2 comorbilidades	58	52,7
<b>Complicações da DM</b>		
Nefropatia	7	6,4
Neuropatia periférica	17	15,5
Retinopatia	13	11,8
Outra complicação (AVC, EAM)	1	0,9
Nenhuma complicação	81	73,6
<b>Hábitos etílicos</b>		
Sim	49	44,5
Não	61	55,5
<b>Hábitos tabágicos</b>		
Sim	8	7,3
Não	102	92,7

Os doentes foram também questionados acerca da perceção de disfunções sexuais (figura 1), as quais totalizaram uma percentagem de 55,5 % (n = 61 participantes). As mulheres apresentaram as seguintes disfunções sexuais: desejo sexual hipoativo (55,1%), dispareunia (18,4%), anorgasmia (12,2%) e disfunção sexual geral (6,1%). Os homens também apresentaram disfunções sexuais, como a disfunção erétil (49,2%), o desejo sexual hipoativo (14,8%), a ejaculação prematura (4,9%) e a ejaculação retrógrada (3,3%). Quarenta e nove participantes (44,5% da amostra) negaram qualquer disfunção sexual.

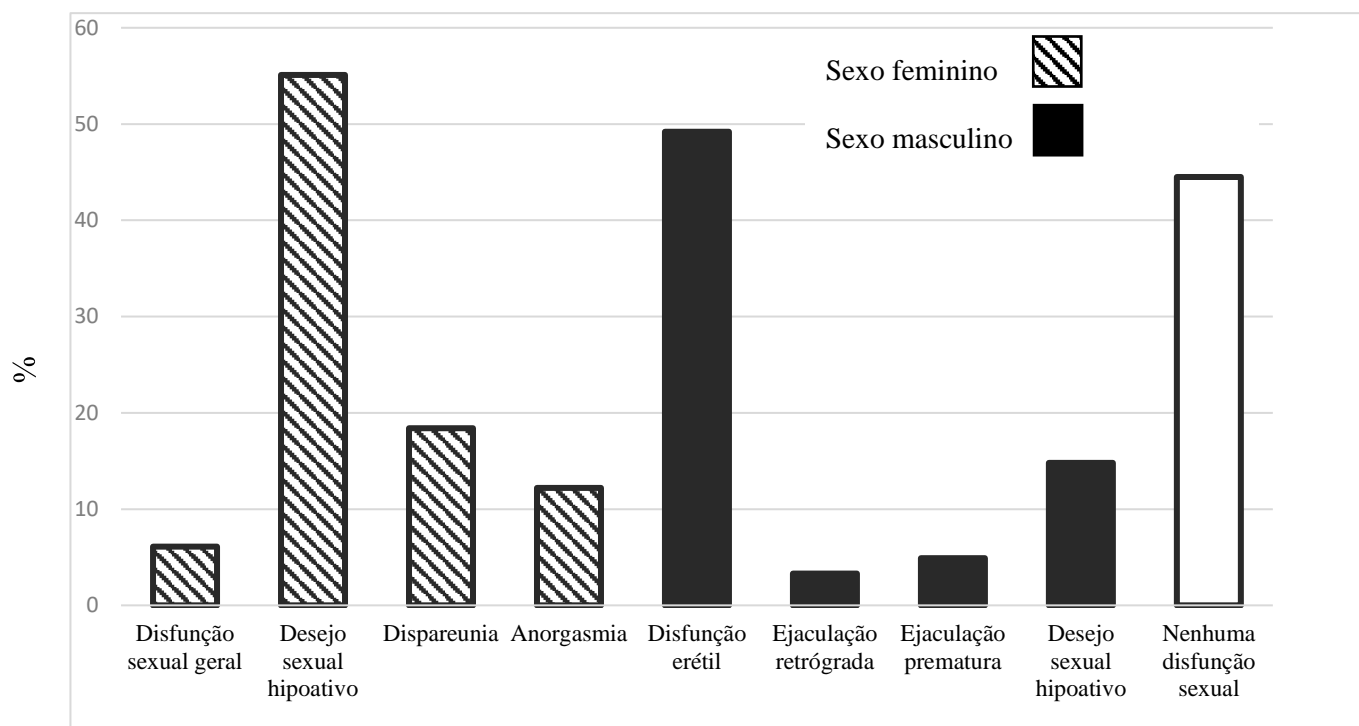


Figura 1: Frequência da perceção subjetiva de disfunções sexuais

### 3.3 Correlação entre as variáveis e a GMSEX

A escala GMSEX aplicada teve uma pontuação média de  $22,27 \pm 8,19$  (mínimo: 5, máximo: 35) entre os participantes. Considerando o *cut-off* > 20 pontos indicativo de satisfação sexual, pode concluir-se que a prevalência de insatisfação sexual na amostra foi de 31,8% (n = 35).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a SS e a idade ( $p < 0,001$ ), sexo ( $p = 0,023$ ), escolaridade ( $p = 0,006$ ), profissão ( $p = 0,016$ ) e controlo da doença ( $p = 0,009$ ).

A terapêutica com metformina correlacionou-se positivamente com a SS (média:  $23,68 \pm 7,89$ ;  $p=0,009$ ).

A patologia prostática (média:  $20,82 \pm 8,97$ ;  $p=0,018$ ) e neoplásica (média:  $17,36 \pm 9,52$ ;  $p=0,036$ ) correlacionaram-se negativamente com a SS. Quase houve diferença estatisticamente significativa entre a depressão e a SS (média:  $18,88 \pm 8,56$ ;  $p=0,073$ ) e a existência de uma outra patologia associou-se significativamente a menores níveis de satisfação sexual (média:  $17,90 \pm 8,23$ ;  $p<0,001$ ). Da mesma forma, a toma de outro fármaco correlacionou-se de forma negativa com a SS (média:  $19,26 \pm 8,60$ ;  $p<0,001$ ).

A presença de dislipidemia (média:  $21,22 \pm 8,11$ ) e patologia cardíaca (média:  $20,81 \pm 8,42$ ) acompanhou menores níveis de SS, mas a diferença não foi estatisticamente significativa ( $p=0,094$  e  $p=0,184$ , respetivamente).

No que concerne a perceção de disfunções sexuais femininas, houve associação negativa entre o desejo sexual hipoativo e a SS (média:  $15,85 \pm 7,77$ ;  $p<0,001$ ), bem como entre a disfunção sexual geral e a SS (média:  $8,67 \pm 3,22$ ;  $p=0,013$ ). Relativamente aos homens, também foi encontrada associação estatística entre a SS e as variáveis disfunção erétil (média:  $20,43 \pm 7,72$ ;  $p<0,001$ ), desejo sexual hipoativo (média:  $18,78 \pm 7,69$ ;  $p=0,029$ ), ejaculação prematura (média:  $26,67 \pm 0,58$ ;  $p=0,008$ ) e ejaculação retrógrada (média:  $12,50 \pm 10,61$ ;  $p=0,031$ ). Não ter disfunção sexual foi um preditor positivo para a satisfação sexual (média:  $26,59 \pm 6,08$ ;  $p<0,001$ ).

A tabela 3 demonstra as correlações entre a pontuação da GMSEX e as respetivas variáveis.

Tabela 3: Relação entre a pontuação da GMSEX e as diferentes variáveis

Variáveis	Pontuação da GMSEX			
	Média (mediana)	Desvio padrão	IC 95%	$\rho$
<b>Local</b>				
Coimbra	24,65	7,00	(22,79-26,51)	<b>0,001<sup>a</sup></b>
Covilhã	19,72	8,66	(17,33-22,10)	
<b>Sexo</b>				
Masculino	23,85	7,60	(21,90-25,80)	<b>0,023<sup>a</sup></b>
Feminino	20,31	8,55	(17,85-22,76)	
<b>Idade</b>				
<65 anos	25,56	6,45	(23,24-27,89)	<b>0,001<sup>a</sup></b>
≥65 anos	20,87	8,53	(18,93-22,81)	

A satisfação sexual do doente com diabetes mellitus tipo 2

<b>Estado Civil</b>				
Solteira(o)	22,50	9,52	(12,51-32,49)	
Casada(o)/União de Facto	22,11	7,74	(20,34-23,87)	0,990 <sup>a</sup>
Divorciada(o)	22,45	8,71	(16,60-28,31)	
Viúva(o)	22,82	10,02	(17,67-27,98)	
<b>Duração do relacionamento atual</b>				
<5 anos	25,67	8,46	(20,29-31,04)	
5-20 anos	22,35	8,91	(18,18-26,52)	0,304 <sup>a</sup>
>20 anos	21,73	7,95	(19,94-23,52)	
<b>Número de parceiros sexuais</b>				
1	21,07	8,33	(19,07-23,07)	<b>0,044<sup>b</sup></b>
≥ 2	24,29	7,64	(21,88-26,70)	
<b>IMC</b>				
Não obesos (<30 kg/m <sup>2</sup> )	22,09	8,36	(20,04-24,15)	0,777 <sup>a</sup>
Obesos (≥30 kg/m <sup>2</sup> )	22,55	8,03	(20,10-24,99)	
<b>Meio habitacional</b>				
Urbano	21,48	7,96	(19,44-23,51)	0,257 <sup>a</sup>
Rural	23,27	8,45	(20,84-25,69)	
<b>Nível de escolaridade</b>				
Ensino básico	20,58	8,85	(18,48-22,67)	<b>0,006<sup>a</sup></b>
Ensino secundário ou superior	25,36	5,76	(23,49-27,23)	
<b>Nº de anos desde o diagnóstico de DM</b>				
<5 anos	23,49	8,83	(20,45-26,52)	0,374 <sup>a</sup>
≥5-20 anos	21,71	7,88	(19,89-23,52)	
<b>Controlo da glicémia</b>				
Sim	23,33	7,36	(21,71-24,95)	<b>0,009<sup>a</sup></b>
Não	18,67	9,56	(14,88-22,45)	
<b>Agentes antidiabéticos utilizados</b>				
ADOs	22,86	8,18	(21,13-24,60)	0,374 <sup>a</sup>
Insulina	19,25	6,45	(8,99-29,51)	
Ambos	20,06	8,45	(15,85-24,26)	
<b>Nº de agentes antidiabéticos utilizados</b>				
1	22,86	7,75	(20,66-25,06)	0,495 <sup>a</sup>
≥ 2	21,78	8,58	(19,57-24,00)	
<b>Nº de comorbilidades</b>				
≤ 2 comorbilidades	23,54	8,18	(21,26-25,81)	0,126 <sup>a</sup>
> 2 comorbilidades	21,14	8,11	(19,00-23,27)	
<b>Complicações da DM</b>				
Sim	20,45	7,99	-	0,163 <sup>a</sup>
Não	22,93	8,22	-	
<b>Perceção da existência de disfunções sexuais</b>				
Sim	18,80	8,06	(16,74-20,87)	<b>0,001<sup>a</sup></b>
Não	26,59	6,08	(24,84-28,34)	
<b>Hábitos etílicos</b>				
Sim	22,37	8,54	(19,91-24,82)	0,914 <sup>a</sup>
Não	22,20	7,98	(20,15-24,24)	
<b>Hábitos tabágicos</b>				
Sim	23,75	6,11	-	0,599 <sup>a</sup>
Não	22,16	8,35	-	

<sup>a</sup> - teste T-student

<sup>b</sup> - teste qui-quadrado

## 4. Discussão

O presente estudo evidenciou uma insatisfação sexual de 31,8 %, valor semelhante aos 36,6% mencionados no trabalho desenvolvido por Bijlsma-Rutte e colaboradores, numa amostra de doentes diabéticos tipo 2 (15). Têm sido reportados vários valores de insatisfação sexual, que vão de 27 a 54% em homens diabéticos e 18 a 49 % em mulheres diabéticas (15).

A idade correlacionou-se negativamente com a SS, embora dados de trabalhos anteriores sejam controversos relativamente a este tópico. Por um lado, a literatura demonstra que a frequência de fantasias e atividade sexual diminuem com a idade, a par de uma maior tendência para disfunções sexuais, doenças crónicas, pior estado de saúde geral e insatisfação sexual (7,9,13,15,21–23). No entanto, vários estudos têm demonstrado que muitos indivíduos permanecem sexualmente ativos até mais tarde na vida (11,17,18,22) e que os comportamentos sexuais são adaptados e ajustados de modo a superarem os efeitos negativos da idade (11,13,18). Assim, a comunicação, intimidade emocional e aceitação da sua condição clínica podem contribuir para que muitos indivíduos mais velhos classifiquem a sua vida sexual como satisfatória (3,9,13,15).

Concluiu-se que o sexo masculino esteve positivamente correlacionado à SS, achado suportado por alguns estudos (13,24). Todavia, a literatura não tem sido concordante acerca da influência do sexo na satisfação sexual. Existem estudos que reforçam uma maior satisfação sexual nas mulheres (11,13,15,22), outros não encontraram diferenças entre os sexos (13,17,18). Acredita-se que os fatores físicos individuais de saúde sejam preponderantes no modo como os homens avaliam a sua vida sexual; pelo contrário, os fatores relacionados com a satisfação do relacionamento com o parceiro parecem ser mais importantes para a visão feminina (15). Assim, a maneira como a SS é percecionada terá implicações nos resultados reportados pelos sexos.

No que diz respeito à presença de comorbilidades e terapêuticas efetuadas, apenas a doença prostática, neoplásica, “outra patologia” e “toma de outro fármaco” tiveram impacto negativo sobre a SS. O efeito das doenças crónicas e medicação na sexualidade já tem sido reportado em diversos estudos (6,7,22) e sabe-se que a SS é inferior em doentes com depressão, ansiedade, hipertensão e fraca saúde geral (12,21). No entanto, vale a pena enfatizar que alguns indivíduos, embora tendo várias doenças crónicas, reportaram níveis relativamente altos de SS porque adotaram uma conceitualização diferente do tema (12)– sendo assim, a SS não reflete apenas os problemas fisiológicos ou anatómicos, mas também as expectativas e crenças que os doentes têm das relações

íntimas. Não se verificaram diferenças estatísticas entre o uso de álcool, tabaco e drogas e a SS, apesar de vários artigos indicarem diminuição da função sexual perante os mesmos (7); este facto pode dever-se à amostra pequena de participantes com hábitos toxicológicos.

Foram verificadas relações consistentes entre a escolaridade, o controlo da diabetes e a toma de metformina e a satisfação sexual, mas não em relação ao estado civil, meio habitacional, IMC, duração da diabetes e complicações da mesma. Sabe-se que um nível educacional mais baixo se associa a menor SS (6,9,24), explicado em parte pela baixa literacia em saúde, dificuldades financeiras, más escolhas nutricionais e inatividade física que, eventualmente, poderão contribuir para obesidade, fraca aderência terapêutica e um mau controlo da doença, levando ao aparecimento de disfunções sexuais e outras complicações, tanto mais frequentes quanto maior a duração da DM2. De apoio a este argumento, ser divorciado/viúvo depreende uma limitação no suporte social e nos mecanismos de  *coping*  necessários para a gestão da diabetes (6,7,18,24), assim como viver em meio urbano (25). Por fim, supõe-se que este ciclo amplifique o  *distress*  associado à doença e diminua os níveis de SS. Mais estudos devem ser desenvolvidos de modo a averiguar as relações entre estas variáveis.

No que concerne as disfunções sexuais, a perceção subjetiva das mesmas mostrou impacto negativo nos níveis de satisfação sexual, tanto para o sexo feminino como para o masculino, consistente com os achados de Asefa et al (6). Muitos estudos evidenciaram uma maior frequência de disfunção sexual em mulheres diabéticas comparativamente a quem não tinha a doença (7,9,23). De facto, apesar da diabetes mellitus ser um fator de risco estabelecido para as disfunções sexuais, o seu efeito na função sexual feminina é ainda pouco conhecido, em parte pelas investigações recaírem maioritariamente em homens e existirem conceções sociais negativas acerca do papel da sexualidade da mulher (3,23). Contudo, assume-se que a hiperglicemia, as alterações vasculares locais e a neuropatia autonómica contribuam para a desidratação da mucosa genital, menor lubrificação vaginal e inibição do ingurgitamento clitoriano, que culminam em dispareunia, anorgasmia e distúrbio do desejo e excitação (23); as alterações induzidas pela DM2 supracitadas também contribuem para a menor perfusão dos tecidos eréteis nos homens, sendo a disfunção endotelial e a redução dos níveis de testosterona alguns dos intermediários neste processo (26). Segundo achados de um estudo prévio, o desejo sexual hipoativo e os problemas de lubrificação foram as alterações de funcionamento sexual mais comumente reportadas por mulheres com DM2; nos homens diabéticos, a disfunção erétil e o desejo sexual hipoativo prevaleceram (15), tal como no presente estudo. Ainda nesta vertente, os problemas sexuais conferem um desafio para o casal de

tal forma que a SS é influenciada não só pelo funcionamento sexual individual, mas também pelo do parceiro (27,28) e há evidência de que parceiros de indivíduos com disfunções sexuais tenham maior tendência para sofrer destas mesmas (27). No contexto de uma doença exigente como a DM2, na qual os doentes frequentemente percebem uma qualidade de vida e imagem corporal negativas e evitam um contacto sexual, a satisfação com o relacionamento torna-se um mediador importante na relação entre a SS e a qualidade de vida (4). A satisfação sexual e a satisfação com o relacionamento mantêm assim uma forte associação positiva (4,27,29) e uma dinâmica ímpar, complexa e bidirecional, em constante mudança ao longo do tempo (30). Ainda que a SS seja um barómetro da qualidade de vida marital (14), há casais que reportam altos níveis de satisfação marital apesar da inatividade sexual (11), elucidando para a envolvimento de outras dimensões interpessoais.

O número de parceiros sexuais foi um preditor positivo da SS. Esta afirmação não é corroborada pela literatura (13,28), uma vez que a uma maior experiência sexual (isto é, um maior número de parceiros) se associam altas expectativas sexuais, maior receção a novos estímulos e menor tolerância à condição monogâmica imposta por uma relação de compromisso a longo prazo, o que é traduzido por menores níveis de SS. Estudos futuros deverão avaliar melhor a associação entre estas variáveis.

A duração do relacionamento não foi um preditor significativo da SS, se bem que foi observada uma tendência para menores níveis de satisfação sexual quanto maior a duração do relacionamento atual, algo consistente com a literatura (13,28,30). Com a passagem do tempo há um declínio das hormonas envolvidas na satisfação e, simultaneamente, da paixão, do interesse e da frequência de atividade sexual; pelo contrário, há lugar para o fortalecimento de outros aspetos relacionais, nomeadamente a confiança, compreensão, respeito mútuo e compromisso, muito importantes para quem recebe o diagnóstico de uma doença crónica. No entanto, os efeitos a longo prazo de uma relação na SS podem ser diferentes nos homens e nas mulheres (17,28), sendo necessários mais estudos longitudinais para averiguar as influências entre as duas variáveis e ainda outros fatores que possam estar envolvidos nessa interação.

Algumas das medidas que melhoram a SS passam pela promoção de um estilo de vida saudável, com a prática de exercício físico e um bom controlo glicémico, mas também pela avaliação psicossocial, já que a farmacoterapia em exclusivo não tem êxito na maioria dos casos. Na verdade, as crenças disfuncionais atuam como fatores de risco para dificuldades sexuais (24) através da falta de conhecimento e esclarecimento acerca da sexualidade humana. Com este propósito, é de salientar a pertinência da educação sexual

na desmistificação e desconstrução de ideias erróneas que afetam a qualidade de vida e das relações. Considerando a permanente influência diádica, reciprocidade e interdependência que as relações denotam na SS, é perentório que a abordagem terapêutica seja dirigida não só ao doente diabético como também ao seu parceiro.

Os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de várias limitações. Em primeiro lugar, devido às restrições impostas pela pandemia atual de COVID-19, a amostra não foi heterogénea já que, no momento da recolha de dados, a maioria dos participantes foi envelhecida e não foi auscultada a posição de indivíduos com outras orientações sexuais e etnias. Em segundo lugar, embora alguns participantes tenham completado o questionário sozinhos, outros preferiram o auxílio da aluna no preenchimento, de tal forma que o viés de interpretação não deve ser ignorado; além do mais, por ser um assunto sensível e embaraçoso para alguns doentes, as classificações da GMSEX, já subjetivas por natureza, podem ter sido sobrestimadas por esse viés de desajustabilidade social. Em terceiro lugar, algumas variáveis estudadas tiveram baixas frequências absolutas, limitando as conclusões retiradas. Em quarto lugar, este estudo não avaliou as influências que os contextos marital, social e psicológico têm na autoavaliação da satisfação sexual. Sabendo que os doentes com DM2 estão cada vez mais em fases avançadas da vida que usualmente predizem menos contactos íntimos e mais problemas do foro sexual, a maneira como definem ou vivem a sexualidade é diversa e não deve ser limitada a típicos constructos culturais. Dada a alta prevalência de inatividade sexual em diabéticos (8), a opinião destes doentes também deve ser auscultada.

Estudos futuros deverão debruçar-se sobre a dicotomia entre a sexualidade e o envelhecimento e mais medidas de saúde pública devem ser elaboradas para os indivíduos desta faixa etária que tenham interesse em manter uma vida sexual ativa satisfatória.

## **5. Conclusão**

A sexualidade é expressa e experienciada de diferentes maneiras, sendo influenciada de forma constante por diversos fatores.

Apesar da disfunção sexual se associar à DM2 e a muitas outras doenças, a sua discussão é incomum na prática clínica, em parte por não ser assumida como uma prioridade na gestão e seguimento dos doentes diabéticos.

Contudo, a elevada prevalência de insatisfação sexual (31,8%) e de perceção subjetiva de disfunção sexual (55,5%) na amostra é merecedora de atenção por parte dos médicos na avaliação rotineira dos seus doentes, em qualquer etapa da vida.

Neste trabalho foram encontradas diferenças estatísticas entre a satisfação sexual e a idade, o sexo, a escolaridade, profissão, controlo da diabetes, toma de metformina e de outro fármaco, coexistência de doença prostática, neoplásica e outra, perceção subjetiva de disfunções sexuais e número de parceiros sexuais.

Assim, discutir sexualidade na consulta, desenvolvendo intervenções com vista a melhorar a formação dos profissionais de saúde na abordagem deste tema; encorajar um papel proativo na comunicação aberta com os doentes, mostrando disponibilidade e aconselhamento na escuta das suas queixas e preocupações e fomentar uma intervenção transparente dirigida a ambos os parceiros é fundamental para otimizar a saúde sexual e bem-estar geral dos doentes diabéticos.



## Referências

1. IDF Diabetes Atlas 9th edition, 2019, p. 35-36. [citado em 15 de dezembro de 2020; disponível em: <https://www.diabetesatlas.org/>]
2. Raposo JF. Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018. *Rev Port Diabetes*. 2020;15(1):p. 19–20.
3. Faubion, S. Parish S. Sexual dysfunction in women: Can we talk about it? *Cleve Clin J Med*. 2017;84(5):367–76. doi: 10.3949/ccjm.84a.16021
4. Kalka D. Sexual Satisfaction, Relationship Satisfaction, and Quality of Life in Individuals with Type 2 Diabetes: Evidence from Poland. *Sex Disabil*. 2018;36(1):69–86. doi: 10.1007/s11195-017-9516-6
5. Kasper, Dennis; Fauci, Anthony; Hauser, Stephen; Longo, Dan; Jameson, J. Larry; Loscalzo J, editor. *Harrison's principles of internal medicine*. 19th ed. New York:Mc Graw Hill Education; 2018; Capítulo 390, Sexual Dysfunction; p. 2816-23.
6. Asefa A, Nigussie T, Henok A, Mamo Y. Prevalence of sexual dysfunction and related factors among diabetes mellitus patients in Southwest Ethiopia. *BMC Endocr Disord* [Internet]. 18 de Dezembro de 2019 [citado 21 de Janeiro de 2020];19(1):141. Disponível em: <https://bmcendocrdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12902-019-0473-1>
7. Ayuk A, Omoronyia O, Asibong U, Enang O, Legogie A, Nwafor K. Impact of Diabetes Mellitus on Sexuality in a Developing Country Setting: A Case-Control Study in Calabar, Nigeria. *Niger J Clin Pract* [Internet]. 2020 [citado 16 de Setembro de 2020];23(6):870–8. Disponível em: [www.njceponline.com](http://www.njceponline.com)
8. Bjerggaard M, Charles M, Kristensen E, Lauritzen T, Sandbæk A, Giraldi A. Prevalence of Sexual Concerns and Sexual Dysfunction among Sexually Active and Inactive Men and Women with Screen-Detected Type 2 Diabetes. *Sex Med*. 1 de Dezembro de 2015;3(4):302–10. doi:10.1002/sm2.91
9. Bąk E, Marcisz C, Krzemińska S, Dobrzym-Matusiak D, Foltyn A, Droszol-Cop A. Relationships of sexual dysfunction with depression and acceptance of illness in women and men with type 2 diabetes mellitus. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(9):1–14. doi:10.3390/ijerph14091073
10. World Health Organization. (2010). *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators*. 22 p. [citado a 12 dezembro 2020; disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who\\_rhr\\_10.12\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf)]
11. Štulhofer A, Hinchliff S, Jurin T, Carvalheira A, Træen B. Successful aging, change

- in sexual interest and sexual satisfaction in couples from four European Countries. *Eur J Ageing*. 2019;16(2):155–65 doi: 10.1007/s10433-018-0492-1
12. Flynn KE, Lin L, Watkins Bruner D, Cyranowski JM, Hahn EA, Jeffery DD, et al. Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of US Adults. *J Sex Med*. 2016;13(11):1642–50 doi: 10.1016/j.jsxm.2016.08.011
  13. Sánchez-Fuentes M del M, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *Int J Clin Heal Psychol [Internet]*. 2014;14(1):67–75. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70038-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70038-9)
  14. Pascoal PM, Narciso IDSB, Pereira NM. What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people’s definitions. *J Sex Res*. 2014;51(1):22–30 doi: 10.1080/00224499.2013.815149
  15. Bijlsma-Rutte A, Braamse AMJ, van Oppen P, Snoek FJ, Enzlin P, Leusink P, et al. Screening for sexual dissatisfaction among people with type 2 diabetes in primary care. *J Diabetes Complications*. 1 de Novembro de 2017;31(11):1614–9 doi: 10.1016/j.jdiacomp.2017.07.020
  16. Gore-Gorszewska G. «“Why not ask the doctor?”» Barriers in help-seeking for sexual problems among older adults in Poland. *Int J Public Health [Internet]*. 2020 [citado 24 de Novembro de 2020];65:1507–15. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01472-6>
  17. Heywood W, Lyons A, Fileborn B, Hinchliff S, Minichiello V, Malta S, et al. Sexual Satisfaction Among Older Australian Heterosexual Men and Women: Findings from the Sex, Age & Me Study. *J Sex Marital Ther*. 2018;44(3):295–307 doi: 10.1080/0092623X.2017.1366959
  18. Skalačka K, Gerymski R. Sexual activity and life satisfaction in older adults. *Psychogeriatrics*. 2019;19(3):195–201 doi: 10.1111/psyg.12381
  19. Rebelo J, O impacto de fatores sociodemográficos, clínicos e hábitos toxicológicos sobre a satisfação sexual do doente com diabetes mellitus tipo 2 [dissertação de mestrado] Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2018 [citado 13 Setembro 2020] Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/82640>
  20. Pascoal PM, Narciso I de SB, Pereira NM, Ferreira AS. Processo de validação da global measure of sexual satisfaction em três amostras da população portuguesa. *Psicol Reflex e Crit*. 2013;26(4):691–700 doi: 10.1590/S0102-79722013000400009
  21. García-Gómez B, García-Cruz E, Bozzini G, Justo-Quintas J, García-Rojo E, Alonso-Isa M, et al. Sexual Satisfaction: An Opportunity to Explore Overall Health in Men. *Urology [Internet]*. 1 de Setembro de 2017 [citado 6 de Setembro de

- 2020];107:149–54. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2017.06.031>
22. Lee DM, Nazroo J, O'Connor DB, Blake M, Pendleton N. Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Arch Sex Behav.* 2016;45(1):133–44. doi: 10.1007/s10508-014-0465-1
  23. Yenice MG, Danacıoğlu YO, Mert M, Karakaya P, Seker KG, Akkaş F, et al. Evaluation of factors affecting sexual dysfunction in female patients with diabetes mellitus. *Arch Endocrinol Metab [Internet].* 1 de Maio de 2020 [citado 4 de Setembro de 2020];64(3):319–25. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-0903-320X>
  24. Pereira M, Marques O, Rodrigues Â, Santos J, Pedras S. Sexual Satisfaction in Patients with Diabetes Type 2 and Their Partners. *Int J Psychol Behav Anal.* 2016;2(2):1–6. doi: 10.15344/2455-3867/2016/117
  25. Monette M. Rural life hardly healthier. *C Can Med Assoc J.* 2012;184(17):889–91.
  26. Chung E. Sexuality in Ageing Male: Review of Pathophysiology and Treatment Strategies for Various Male Sexual Dysfunctions. *Med Sci [Internet].* 20 de Setembro de 2019 [citado 22 de Janeiro de 2020];7(10):1–7. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-3271/7/10/98>
  27. Pascoal PM, Byers ES, Alvarez M-J, Santos-Iglesias P, Nobre PJ, Pereira CR, et al. A Dyadic Approach to Understanding the Link Between Sexual Functioning and Sexual Satisfaction in Heterosexual Couples. *J Sex Res [Internet].* 22 de Novembro de 2018 [citado 6 de Setembro de 2020];55(9):1155–66. Disponível em:  
<https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=d9848c4b-5146-475a-bbaa-08b0f2d63067%40sessionmgr4007>
  28. Velten J, Margraf J. Satisfaction guaranteed? How individual, partner, and relationship factors impact sexual satisfaction within partnerships. Foster AM, editor. *PLoS One [Internet].* 23 de Fevereiro de 2017 [citado 23 de Novembro de 2020];12(2):1–17. Disponível em:  
<https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=22db9670-bec4-44b2-8b45-e7f47e1357b5%40pdc-v-sessmgr06>
  29. Byers ES, The S, May N, Byers ES. Relationship Satisfaction and Sexual Satisfaction : A Longitudinal Study of Individuals in Long-Term Relationships. *J Sex Res.* 2005;42(2):113–8.
  30. Quinn-Nilas C. Relationship and sexual satisfaction: A developmental perspective on bidirectionality. *J Soc Pers Relat [Internet].* 19 de Fevereiro de

2020;37(2):624-46.

Disponível

em:

<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0265407519876018>

# Apêndices

## Apêndice 1 – Consentimento Livre e Informado

Beatriz Pereira Fialho, aluna do Mestrado Integrado em Medicina, da FCS - UBI, a realizar um trabalho de investigação no âmbito da Tese de Mestrado subordinado ao tema “A satisfação sexual do doente com Diabetes Mellitus tipo II”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo Centro de Saúde da Covilhã; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

### Objetivo do trabalho de investigação:

- Avaliar a satisfação sexual e fatores que a influenciam em doentes com Diabetes Mellitus tipo II.
- Estabelecer estratégias de promoção da satisfação sexual que possam ser aplicadas na consulta do doente diabético, de forma a contribuir para o seu bem-estar físico, mental e social.

### Crítérios de inclusão:

- Ter mais de 18 anos de idade;
- Ser heterossexual;
- Ter uma relação amorosa / afetuosa com apenas um indivíduo, independentemente do estado civil.

Procedimentos necessários: Irá ser pedida a colaboração de doentes para o preenchimento de um questionário de autorresposta, nas salas de espera do Centro de Saúde da Covilhã, no âmbito da Consulta de Diabetes. Este questionário consiste em perguntas sobre a influência da Diabetes na sexualidade humana; é um questionário anónimo e confidencial, não sendo usado o nome do doente ou quaisquer dados identificativos do mesmo. Quaisquer dúvidas no preenchimento do questionário pelo doente serão esclarecidas pela aluna no momento.

Risco / Benefício da sua participação: Não existem riscos nem benefícios associados à participação neste estudo.

Tempo estimado de preenchimento do questionário: 5 minutos

Nº aproximado de participantes: 50.

Contacto para esclarecimento de dúvidas: [a35415@fcsaude.ubi.pt](mailto:a35415@fcsaude.ubi.pt) // 969428680

Muito grata pela sua colaboração.

### **Consentimento Informado – Aluno / Investigador**

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* Entregou esta informação;
- \* Explicou o propósito deste trabalho;
- \* Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Aluno / Investigador

Data

### **Consentimento Informado – Participante**

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- \* Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- \* Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- \* O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Participante

Data

## Apêndice 2 - Declaração de autorização do Centro de Saúde Covilhã



Universidade da Beira Interior  
Faculdade de Ciências da Saúde

### Informação e Consentimento

Exmo(a) Coordenador(a) da Unidade de Saúde Covilhã,

Venho por este meio solicitar a Vossa Excelência que me conceda autorização para a distribuição de questionários nas instalações da Unidade de Saúde da Covilhã no âmbito do estudo que estou a desenvolver para a Tese de Mestrado. O estudo em causa designa-se por "A satisfação sexual do doente com Diabetes Mellitus tipo II", sendo conduzido por mim, estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Prof. Doutor José Augusto Rodrigues Simões e a coorientação do Dr. Pedro Augusto Simões.

Os questionários, de caráter voluntário, anónimo e confidencial, são dirigidos a doentes com Diabetes Mellitus tipo II e pretende-se a sua distribuição no âmbito da consulta de Diabetes. Este estudo tem por objetivos avaliar a satisfação sexual e fatores que a influenciam em doentes com Diabetes Mellitus tipo II, bem como estabelecer estratégias de promoção da satisfação sexual que possam ser aplicadas na consulta do doente diabético, de forma a contribuir para o seu bem-estar físico, mental e social.

Em anexo envio o protocolo do estudo, a aprovação do mesmo pelo Comité de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro e pelo ACeS Cova da Beira, o modelo do questionário e o consentimento informado a entregar aos participantes. Este estudo já foi iniciado em Coimbra por um estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e eu vou alargar a casuística do estudo e reproduzi-lo no contexto do interior do país.

Desde já grata pela atenção disponibilizada.

Os melhores cumprimentos,  
Beatriz Pereira Fialho

Em caso de alguma dúvida sobre o estudo: a35415@fcsaude.ubi.pt // 969428680

Eu, Francisco Henrique Beito,  
Coordenador(a) do Centro de Saúde da Covilhã, autorizo a distribuição dos questionários referentes ao estudo "A satisfação sexual do Doente com Diabetes Mellitus tipo II" e asseguro que serão criadas as condições locais necessárias ao seu desenvolvimento material e ético.

Assinatura

Data: 12/03/2020



## Anexos

### Anexo 1 - Questionário

#### IDENTIFICAÇÃO

1. Qual é o seu sexo?

Feminino  Masculino

2. Que idade tem?

3. Qual é o seu estado civil?

Solteira(o)  Casada(o)/União de facto

Divorciada(o)  Viúva (o)

4. Qual a duração do seu relacionamento atual?

< 5 anos  5-20 anos  >20anos

5. Quantos parceiros sexuais já teve?

1  2-3  >3

6. Qual é a sua nacionalidade?

Portuguesa  Brasileira  Cabo-verdiana   
Ucraniana  Angola  Romena   
Outra

7. Qual é a sua altura?

8. Qual é o seu peso?

#### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

9. Em que meio habita?

Urbano  Rural

10. Qual é o seu grau de escolaridade?

Ensino básico  Ensino secundário  Ensino superior

11. Qual é a sua profissão?

#### QUESTIONÁRIO CLÍNICO

12. Há quantos anos foi realizado o diagnóstico de Diabetes *mellitus*?

< 5 anos  5-20 anos  >20anos

13. Costuma manter um bom controlo da glicémia?

Sim  Não

14. Qual a terapêutica antidiabética que realiza? (sinalize ambas as opções caso se aplique)

Insulina  Antidiabéticos orais

**15. Caso tenha sinalizado “antidiabéticos orais” na pergunta anterior, indique com qual/ quais dos seguintes agentes realiza terapêutica?**

- |                          |                          |                             |                          |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Metformina (“Risidon”)   | <input type="checkbox"/> | Gliclasida (“Diamicron”)    | <input type="checkbox"/> |
| Glibenclamida (“Daonil”) | <input type="checkbox"/> | Clorpropamida (“Diabinese”) | <input type="checkbox"/> |
| Glimepirida (“Amaryl”)   | <input type="checkbox"/> |                             |                          |

**16. Quantos medicamentos realiza para obter controlo da glicémia?**

- 1                       2                       3                       4

**17. Que outras patologias apresenta?**

- |                                 |                          |                        |                          |
|---------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Hipertensão arterial            | <input type="checkbox"/> | Hipercolesterolemia    | <input type="checkbox"/> |
| Hipertrigliceridemia            | <input type="checkbox"/> | Infeção HIV            | <input type="checkbox"/> |
| Patologia cardíaca              | <input type="checkbox"/> | Patologia renal        | <input type="checkbox"/> |
| Patologia prostática            | <input type="checkbox"/> | Patologia respiratória | <input type="checkbox"/> |
| Patologia neoplásica            | <input type="checkbox"/> | Depressão              | <input type="checkbox"/> |
| Outras patologias psiquiátricas | <input type="checkbox"/> | Outras                 | <input type="checkbox"/> |

**18. Para além da terapêutica antidiabética, realiza terapêutica com algum destes agentes?**

- Contraceptivos orais** (ex: Diane 35, Gynera, Minesse, Miranova)
- B-bloqueantes** (ex: Atenolol, Bisoprolol, Inderal, Artex, ...)
- α-bloqueantes** (ex: Alfuzosina, Doxazosina, Tansulosina,.)
- Diuréticos** (ex: Lasix, Fludex, Hygroton, Aldactone, ...)
- Anti-hipertensores** (ex: Lasix, Captopril, Lisinopril, Candesartan, Valsartan,...)
- Estatinas** (ex: Sinvastatina, Crestor, Atorvastatina, ...)
- Anti-depressivos** (ex: MSRM, Nortepol, Fluoxetina, Sertralina,...)
- Anti-psicóticos** (ex: Haldol, Largactil, Risperidona, Anatensol, Decanoato, ...)
- Corticosteróides** (ex: Lepicortinolo, Decadron, Hidrocortisona, Celestone, ...)
- Anti-histamínicos** (ex: Atarax, Viternum, Fenistil, Fenegan, Xyzal, ...)

**19. Apresenta alguma das seguintes complicações da Diabetes *mellitus*?**

- Nefropatia (“doença dos rins”)
- Neuropatia (“formigueiro ou perda de sensibilidade nas pernas e/ou pés”)
- Retinopatia (“doença dos olhos”)
- Outra

**20. Indique se apresenta o diagnóstico de alguma(s) das seguintes disfunções sexuais, de acordo com o seu sexo:**

**Sexo feminino:**

- Disfunção sexual geral
- Desejo sexual hipoativo
- Dispareunia
- Anorgasmia

**Sexo masculino:**

- Disfunção erétil
- Ejaculação retrógrada
- Ejaculação prematura
- Desejo sexual hipoativo

**21. Apresenta hábitos etílicos?**

- Sim  Não

**22. Se respondeu “sim” à pergunta anterior, indique que bebidas alcoólicas costuma consumir?**

- Cerveja  Vinho  Licor / outras bebidas infusivas
- Cocktails  Whisky/ Brandy/Conhaque/outras bebidas destiladas
- Outras

**23. Indique quantas vezes por semana consome álcool?**

**24. Apresenta hábitos tabágicos?**

- Sim  Não

**25. Se respondeu “sim” à pergunta anterior, indique a idade em que começou a fumar e quantos cigarros fuma por dia:**

- Idade em que começou a fumar
- Quantos cigarros fuma por dia

**26. Apresenta hábitos toxicómanos?**

- Sim  Não

**27. Se respondeu “sim” à pergunta anterior, indique qual/quais?**

Cannabis	<input type="checkbox"/>	Cocaína	<input type="checkbox"/>	Heroína	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	Alucinogénios	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	Opioides	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>

**MEDIDA GLOBAL DE SATISFAÇÃO SEXUAL<sup>1</sup>**

(Versão portuguesa de Pascoal & Narciso, 2006)

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

Muito boa						Muito má
7	6	5	4	3	2	1
Muito agradável						Muito desagradável
7	6	5	4	3	2	1
Muito positiva						Muito negativa
7	6	5	4	3	2	1
Muito satisfatória						Muito insatisfatória
7	6	5	4	3	2	1
Muito importante						Muito irrelevante
7	6	5	4	3	2	1

<sup>1</sup> **Versão portuguesa** da GMSEX, de Lawrance & Byers (1998).

Obrigada pela sua  
colaboração!

## Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro<sup>1</sup>



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> <b>PARECER DESFAVORÁVEL</b> <b>PARECER FAVORÁVEL APÓS RESSUBMISSÃO, COM RESERVAS</b>	<b>DESPACHO:</b> <i>Handwritten signature</i> <i>7-12-2017</i>  Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.  <i>Handwritten signature</i> Dr. José Manuel Azemite Torres Presidente
--	--

**ASSUNTO:**

Estudo 45/2017

Satisfação sexual do doente com diabetes mellitus tipo II

Dr. Luís Manuel Filipe Alexandre Coimbra  
Vogel

Dr. António Rui  
Vogel

Trata-se de um estudo transversal por inquérito aos jovens, no âmbito da elaboração da tese em MIM da FMUC.

Não é enviado o inquérito a utilizar

Embora seja referida a confidencialidade e o anonimato, não são fornecidos elementos que permitam a sua análise

Será necessário que o proponente refira explicitamente:

- A metodologia de seleção dos respondentes e a justificação do quantitativo amostral
- Os procedimentos para assegurar a confidencialidade e o anonimato

**Após ressubmissão:**

**O proponente responde às questões anteriormente colocadas (parecer favorável), embora permaneçam questões sobre a utilidade, a validade e a fiabilidade do estudo**

Coimbra, 29 de novembro de 2017

*Handwritten signature*  
O Relator

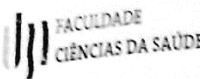
(Prof. Dr. Vitor Rodrigues)

O Presidente da CES

*Handwritten signature*  
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

<sup>1</sup> in Rebelo et al (19)

## Anexo 3 – Declaração de autorização do ACES Cova Beira

 FACULDADE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Beatriz Pereira Fialho <a35415@fcsaude.ubi.pt>

---

**Questionário " A satisfação sexual do paciente com diabetes mellits tipo 2"**

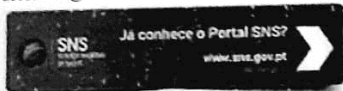
Secretaria ACeS Cova da Beira <acescbeira@arscentro.min-saude.pt> 13 de fevereiro de 2020 às 15:41  
Para: "a35415@fcsaude.ubi.pt" <a35415@fcsaude.ubi.pt>  
Cc: Manuel Tomas Geraldès <MTGeraldès@arscentro.min-saude.pt>, Coordenador CS Covilha <coord.covilha@arscentro.min-saude.pt>, José Manuel Monteiro Alves <JMAlves@arscentro.min-saude.pt>, Carlos Manuel Ramos Martins <CMMartins2@arscentro.min-saude.pt>

**Exma. Senhora Dr.ª Beatriz Pereira Fialho**

Na sequência do pedido feito em 04/02/2020, cumre-me informar V/Ex.ª que por despacho do Senhor Diretor Executivo do ACeS Cova da Beira, *Dr. Manuel Tomas Geraldès*, foi autorizado o seu pedido para aplicação de questionários no Centro de Saúde da Covilhã.


Com os melhores cumprimentos,  
Natália Rolo


**Unidade de Apoio à Gestão**  
Av. 25 de Abril, 6200-034 Covilhã  
Telf. 275330360 – Fax. 275330369  
acescbeira@arscentro.min-saude.pt



**SNS +** Os primeiros passos  
PROXIMIDADE do SNS do futuro  
www.sns.gov.pt

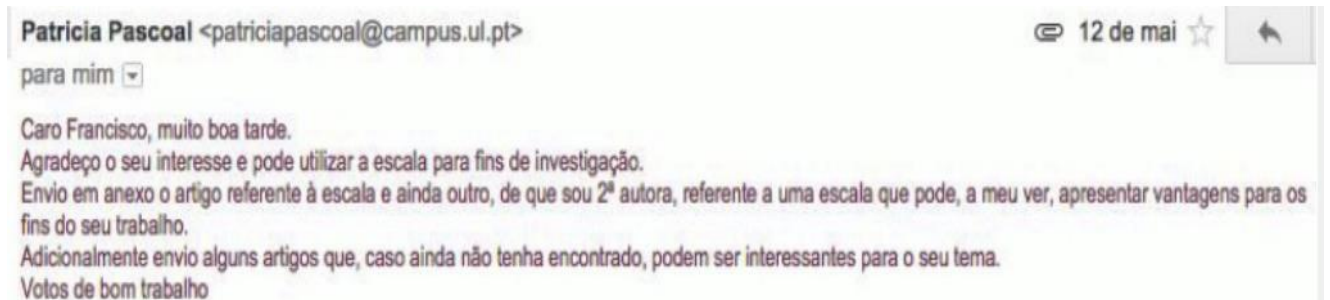
**JUNTOS PELA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

 **JUNTOS PELA ATIVIDADE FÍSICA**



Pense no ambiente antes de imprimir esta mensagem.

## **Anexo 4 – Autorização da autora para utilização da versão portuguesa da GMSEX <sup>2</sup>**



<sup>2</sup> in Rebelo et al (19)