

Ajustamento conjugal, qualidade de vida, crenças sexuais e funcionamento sexual em pacientes diabéticos(as) e parceiros(as)

Dyadic adjustment, quality of life, sexual beliefs and sexual functioning in diabetic patients and partners

Vera Pires¹
M. Graça Pereira¹

Escola de Psicologia da Universidade do Minho

RESUMO

O presente estudo teve como objectivo avaliar o ajustamento conjugal, qualidade de vida, crenças sobre a sexualidade e funcionamento sexual em pacientes diabéticos e seus parceiros. A amostra foi constituída por 116 diabéticos e 90 parceiros (as). Os instrumentos utilizados foram: Revised Dyad Adjustment Scale(R-DAS) (Spanier, 1976); Feminine Sexual Functioning Index (FSFI) (Rosen et al., 2000); International Index of Erectile Functioning (IIEF) (Rosen et al., 1997); Sexual Beliefs and Information Questionnaire (SBIQ) (Adams et al., 1996) e o Diabetes Quality of Life (DQOL) (Jacobson, 1994). Os resultados do estudo demonstraram diferenças na qualidade de vida (superior no tipo 2) e no funcionamento sexual feminino (superiores no tipo 1). Verificou-se uma relação positiva entre as variáveis ajustamento conjugal, crenças sexuais e funcionamento sexual nos doentes e as mesmas variáveis nos parceiros. Nas mulheres diabéticas, verificou-se uma relação entre funcionamento sexual e ajustamento conjugal e entre esta variável e a qualidade de vida além duma relação entre crenças sexuais e funcionamento sexual. Nos homens apenas se verificou uma relação significativa entre funcionamento sexual e ajustamento conjugal. Verificaram-se diferenças significativas na qualidade de vida em função da idade e no ajustamento conjugal em função do género. Finalmente, são apresentadas implicações ao nível da intervenção clínica na diabetes.

Palavras-chave: Diabetes, Ajustamento conjugal, Qualidade de vida, Crenças, sexualidade.

¹ Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal. Campus de Gualtar, 4710-057, Braga, Portugal. **Email:** vervpires@hotmail.com; gracep@psi.uminho.pt

ABSTRACT

The present study focuses on the evaluation of marital adjustment, quality of life, sexual beliefs and sexual functioning in diabetic patients and their partners. The sample is composed by 116 diabetic patients and 90 partners. The instruments used were: Revised Dyadic Adjustment Scale (R-DAS) (Spanier, 1976); Feminine Sexual Functioning Index (FSFI) (Rosen et al., 2000); International Index of Erectile Functioning (IIEF) (Rosen et al., 1997); Sexual Beliefs and Information Questionnaire (SBIQ) (Adams et al., 1996) and the Diabetes Quality of Life (DQOL) (Jacobson, 1994). The results showed differences on quality of life (higher on type 2) and female sexual functioning (higher on type 1). A positive relationship between dyadic adjustment, sexual beliefs and sexual functioning in patients and partners was also found. In diabetic women, a relationship between sexual functioning and marital adjustment and between the later and quality of life was found as well as between sexual functioning and sexual beliefs. In diabetic males, only a significant relationship between sexual functioning and marital adjustment was found. Differences on quality of life in terms of age and on marital adjustment regarding terms of gender were found. Finally, implications regarding intervention are addressed.

Keywords: Diabetes, Marital adjustment, Quality of life, Beliefs, Sexuality.

Introdução

A diabetes mellitus é uma doença crónica que afecta cada vez mais pessoas. Na Europa existem cerca de 30 milhões de diabéticos. A diabetes encontra-se entre as 7 principais causas de morte em grande parte dos países ocidentais (Caldeira et al., 1997; APDP, 2004). A diabetes mellitus (DM) é uma doença crónica com acrescidos custos humanos, sociais e económicos em rápida evolução por todo o mundo. Em Portugal, a prevalência da diabetes tem vindo a sofrer um grande aumento. Em 2010, a prevalência era de 12,4 % na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que corresponde a um total de aproximadamente 991 mil indivíduos. Mais de um quarto da população portuguesa no escalão etário dos 60-79 anos tem diabetes (Boavida et al., 2011).

A diabetes tipo 1 (DM1) é uma das doenças auto-imunes mais bem caracterizadas. Na DM 1 existe uma auto-destruição das células beta do pâncreas (Morrán, Omenn & Pietropaolo, 2008). Este tipo de diabetes acontece devido a deficiência total ou quase total para produzir insulina no pâncreas (Windman & Ladner, 2002). Pelo contrário, a diabetes tipo 2 (DM 2) é mais

comum do que a diabetes tipo 1 e abarca cerca de 90% dos pacientes diabéticos (Gross & Silveiro, 2002). Diabetes tipo 2 (DM 2) é uma desordem progressiva causada por uma combinação de resistência à insulina e disfunção de células beta estando associada a um aumento prematuro e risco de doenças cardiovasculares, bem como a complicações microvasculares específicas, como a retinopatia, nefropatia e neuropatia (Srinivasan, Jarvis, Khunti & Davies, 2008). A causa da DM 2 não é conhecida, sabendo-se que esta doença conjuntamente com a intolerância à glicose levam a um agregado de características clínicas e bioquímicas, incluindo, a obesidade, a hipertensão arterial, a aterosclerose e baixas concentrações séricas de alta densidade LIPO-proteína colesterol (HDL) (Pickup & Crook, 1998).

A diabetes tem repercussões em diversas áreas da vida do paciente, exercendo um impacto negativo na sua qualidade de vida. Rubin e Peyrot (1999), num estudo com pacientes diabéticos tipo 2, verificaram que a idade, ser do sexo feminino, a insulinoterapia, a presença de complicações, e a obesidade estavam associados a uma menor qualidade de vida relatada pelos pacientes. Por outro lado Redekop et al. (2002) que pretendia medir a qualidade de vida associada à satisfação do tratamento, encontrou uma baixa relação entre a satisfação com o tratamento e a saúde associada à qualidade de vida, sugerindo que estas duas variáveis são fenómenos diferentes.

Rubin e Peyrot (1999) demonstram que a qualidade de vida em pessoas diabéticas pode estar relacionada com variáveis demográficas. Os homens parecem relatar melhor qualidade de vida do que as mulheres, a idade está associada a decrementos em alguns domínios de funcionamento e bem-estar, e as pessoas com mais educação e mais rendimentos relatam normalmente uma melhor qualidade de vida do que aqueles que não tem esses aspectos.

O impacto da diabetes na qualidade de vida nem sempre é negativo, dado alguns doentes referirem certos aspectos positivos, como hábitos de vida saudáveis que contribuem para uma vida mais longa, diminuindo deste modo as suas preocupações em relação ao futuro (Bradley, Todd, Gorton, Symonds, Martin & Plowright, 1999). Doentes diabéticos com complicações crónicas tem pior qualidade de vida do que aqueles que não apresentam complicações de

doença. Pacientes com complicações tardias e pior controle glicêmico apresentam pior qualidade de vida (Wikblad, Leksell, & Wibell, 1996).

Em relação ao ajustamento conjugal, Pienning (2002) enfatizam a noção de que a satisfação no relacionamento com o parceiro é um recurso fundamental para ambos os pacientes e parceiros na gestão da diabetes. O controle da diabetes é melhor nos homens casados do que nos solteiros embora nas mulheres não pareça existir diferenças significativas (Cox, Gonder-Frederick & Saunders 1991). Várias investigações têm sugerido que uma perspectiva díadica que inclui paciente e parceiro, na análise, fornece melhores dados sobre como os casais lidam com a doença crônica (Pienning, 2002). Um estudo de Trief e colaboradores (2001) demonstra que um melhor ajustamento conjugal está relacionado com maiores níveis de satisfação e menor impacto da diabetes, bem como menos angústia e melhor qualidade de vida geral. Maiores níveis de intimidade conjugal em indivíduos diabéticos foram relacionados com uma melhor qualidade de vida (Trief et al., 2001).

Ao nível da sexualidade, são também conhecidos os efeitos da diabetes sobre a sexualidade, particularmente no funcionamento sexual masculino. Alguns estudos sugerem que as disfunções neurológicas se encontram ligadas à insuficiência erétil masculina, mas não acontece em todos os casos (Thomas & LoPiccolo, 1994). Assim, sabe-se que cerca de 50% dos diabéticos apresentam disfunção sexual, sendo esta percentagem referente a homens antes dos 60 anos de idade. Existem vários factores que influenciam a disfunção sexual na diabetes, nomeadamente a doença vascular, as anormalidades endócrinas, os problemas psicológicos e o deficit neurológico. Os medicamentos que são administrados para o tratamento da diabetes também podem ter influência na disfunção sexual masculina (Rutherford & Collier, 2005). Além disso, a disfunção sexual masculina entre os pacientes diabéticos enquadra desordens da libido, problemas de ejaculação e disfunção erétil .

Ao nível do funcionamento sexual feminino, Enzlin et al. (2003) revelou que a prevalência das disfunções sexuais nas mulheres com diabetes I foi de cerca de 27% sugerindo que a disfunção sexual nas mulheres aparecia ligada

predominantemente a variáveis psicológicas (depressão e pobre ajustamento cognitivo à diabetes). Mais mulheres do que homens no estudo em questão relataram sintomatologia depressiva. A depressão, nas mulheres, estava associada não só à diminuição do desejo, mas também à disfunção na excitação (Enzlin et al, 2003). A disfunção sexual feminina é um problema multicausal e multidimensional, combinando factores biológicos, psicológicos e interpessoais. A disfunção sexual feminina tem um grande impacto na qualidade de vida e relações interpessoais e para muitas mulheres foi caracterizada como desconcertante fisicamente, emocionalmente perturbador e com efeitos sociais negativos (Basson et al.,2000).

As crenças sexuais assumem um papel relevante para a compreensão e percepção da diabetes. Num estudo realizado por Stamogiannou et al. (2005), sobre as crenças sobre a sexualidade, em diabéticos, que teve como objectivo analisar as representações da doença, mais especificamente a relação entre as crenças sobre a disfunção erétil e a qualidade de vida verificou que as emoções e as crenças se encontravam associadas à qualidade de vida, sendo um melhor funcionamento sexual preditor de maior qualidade de vida.

Estudos de Zilbergeld (1992; 1999) mostraram que diabéticos com problemas no funcionamento sexual apresentam mitos e crenças desajustadas sobre a sexualidade. Estas crenças eram favoráveis ao desenvolvimento e na manutenção de dificuldades sexuais (Nobre, 2003). Heiman e LoPiccolo (1988) estudaram crenças sexuais femininas em mulheres com disfunção sexual e verificaram que se encontrava relacionadas com o conservadorismo sexual feminino. As crenças femininas apresentavam também uma relação com as dificuldades sexuais, reflectindo um impacto negativo sobre o desempenho sexual (Nobre, 2003).

O presente estudo pretende avaliar diferenças ao nível da qualidade de vida, ajustamento conjugal e funcionamento sexual nos pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2; avaliar a relação destas mesmas variáveis para homens diabéticos e mulheres diabéticas; conhecer a relação entre as variáveis ajustamento conjugal, crenças sexuais, e funcionamento sexual nos

doentes comparando-a com os parceiros e, finalmente estudar o impacto da idade, género, habilitações e duração da doença ao nível das referidas variáveis.

Metodologia

Amostra

A amostra é constituída por 116 diabéticos e 90 parceiros (as). A recolha de dados foi realizada num posto de saúde e hospital do Norte de Portugal. A amostra é constituída por pacientes diabéticos adultos com diagnóstico de diabetes tipo I ou tipo II e respetivos parceiros. 43,1% dos diabéticos são do sexo masculino. No grupo de parceiros, 57,8% são do sexo masculino. 75% dos diabéticos são tipo 2 e 25% do tipo 1. 37% dos diabéticos tem a doença à, 17 anos, 20% entre 11 e 20 anos e 11% superior a 20 anos. Nos pacientes diabéticos, a distribuição etária, varia entre os 25 anos e 82 anos sendo a média de 55 anos. No grupo dos parceiros, as idades variam entre 26 anos e 88 anos, sendo a média de 55 anos. Relativamente às habilitações literárias, a maioria possui o ensino primário (49% dos pacientes diabéticos e 33% dos parceiros seguindo-se o ensino secundário (18,1% dos pacientes diabéticos e 14% dos parceiros). Apenas 9% dos diabéticos e 4% dos parceiros possui o ensino superior.

Procedimento

A recolha de dados foi realizada no Hospital de Braga, no serviço de endocrinologia e no Posto de Saúde de Ponte da Barca, em Portugal. Todos os participantes foram voluntários. Os critérios de inclusão da amostra foram: pacientes diabéticos e parceiros terem idade igual ou superior a 18 anos, pacientes possuírem diagnóstico de diabetes tipo I ou tipo II, doentes frequentarem as consultas de rotina para o controlo da diabetes, ter um parceiro sexual.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados neste estudo foram todos os adaptados à população Portuguesa e foram os seguintes:

- *Revised Dyadic Adjustment Scale (R-DAS)* (Spanier, 1976), Versão Portuguesa de Pereira, (2004): O questionário R-DAS é uma revisão do Dyadic Adjustment Scale (DAS, Spanier, 1976), que foi desenvolvido para avaliar o ajustamento no relacionamento. O R-DAS é constituído por 14 itens apresentando 3 subescalas: consenso diádico, satisfação diádica e coesão diádica. Valores elevados indicam melhor relacionamento conjugal. No que diz respeito às características psicométricas, na versão original, Busby e colaboradores (1995) revelam que o *alfa* total foi de .90; para as subescalas: Dyadic Consensus .81; Dyadic Satisfaction .85; Dyadic Cohesion .80. No presente estudo, a fidelidade da escala global foi de .76 (para amostra de diabéticos tipo I e II) e .74 (para a amostra de parceiros). Foram também calculadas os alfas para as subescalas. Assim, para a subescala Consenso, obteve-se um alfa de .75 (diabéticos) e .67 (parceiros). Para a subescala Satisfação, o alfa foi de .83 (diabéticos) e .60 (parceiros) e para a subescala de Coesão, o alfa obtido foi de .73 (diabéticos) e .69 (parceiros). É de salientar, que na amostra de parceiros, os alfas embora próximos estão abaixo de .70. Assim, no presente estudo, nos testes de hipóteses, apenas foi considerada a escala total.

- *Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)* (Rosen et al., 2000), Versão Portuguesa – (Nobre, 2003). O questionário avalia diferentes factores da função sexual feminina i.e. interesse sexual/desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual (Rosen, et al., 2000). O FSFI é composto por 20 itens permitindo calcular índices específicos tendo em conta cada factor avaliado e um índice total de funcionamento sexual (que resulta do somatório das dimensões específicas), indicando resultados mais elevados, melhores índices de funcionamento sexual. Na versão original, o alfa de Cronbach foi de .82 para o instrumento global. No presente estudo, o alfa nos pacientes diabéticos bem como nos parceiros foi de .98.

- *Índice Internacional do Funcionamento Erétil (IIEF)* (Rosen et al., 1997), Versão Portuguesa de Nobre, (2003): O IIEF é um instrumento composto por 15 itens para a avaliação de diversas dimensões do funcionamento sexual masculino em 5 dimensões: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral. Este instrumento possibilita o cálculo de índices específicos para cada dimensão avaliada, assim como o índice total de funcionamento sexual (que resulta do somatório das diversas dimensões avaliadas), indicando os resultados mais elevados melhores índices de funcionamento sexual. Foram ainda acrescentados mais 3 itens a este instrumento para avaliar a frequência da ejaculação prematura. Destes 3 itens foi calculado um índice de ejaculação prematura (de que resulta o somatório dos itens). Pontuações mais altas nesta dimensão indica menores índices de ejaculação prematura (Nobre, 2003). Na versão original, Rosen e colaboradores (1997) encontraram um alfa de .73. No presente estudo, o alfa obtido foi de .97 nos pacientes diabéticos tipo I e II e .95 nos parceiros.

- *Sexual Beliefs and Information Questionnaire (SBIQ)* (Adams et al., 1996); Versão Portuguesa (Nobre, 2003). Este instrumento é composto por 25 itens que pretendem avaliar mitos sexuais e informação incorrecta sobre o funcionamento sexual e efeitos da idade. Apresenta cinco subescalas: tempo/paciência, stress/pressão, envelhecimento, satisfação sexual e conhecimentos genéricos. Os valores elevados indicam informação sexual ajustada e uma baixa crença nos mitos sexuais. Na versão original, o alfa encontrado foi de .82 (Adams et al., 1996). No presente estudo, o alfa encontrado foi de .70 (na amostra de diabéticos tipo I e II) e de .65 (na amostra de parceiros). Dado que o valor de .65 se encontra próximo de .70 (Nunally, 1978) e devido à importância clínica desta variável e à necessidade de comparar diabéticos e parceiros decidiu-se pela sua utilização.

- *Diabetes Quality of Life (DQOL)* (Jacobson, 1994); Versão Portuguesa (Pereira & Afonso, 2005). O DQOL avalia os cuidados da experiência pessoal do paciente com o tratamento da diabetes. Este questionário é composto por 46 itens, tendo 4 subescalas: satisfação com o tratamento, impacto do tratamento, preocupação com a diabetes, e preocupação com questões

sociais/profissionais. Existe ainda um item que faz uma auto-avaliação da saúde e da qualidade de vida. Resultados mais elevados indicam menor qualidade de vida (Jacobson, 1994a, 1994b). Na versão original, no instrumento global, foram encontrados alfas de Cronbach superiores a .82 quer em diabéticos tipo 1 e tipo 2 de. Nas subescalas, os alfas variavam entre .77 e .83. . No presente estudo o alfa para a escala total foi de .89 e de .84 na subescala Satisfação, .80 na subescala Impacto e de .83 na subescala Preocupações.

Análise de Dados

Nas hipóteses sobre associação entre variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson e nos testes de diferenças o *t* teste dado às variáveis dependentes não se encontrarem moderadamente relacionadas.

Resultados

Diferenças entre os diabéticos Tipo I e Tipo II ao nível da Qualidade de Vida, Ajustamento Conjugal, Funcionamento Sexual e Crenças Sexuais

De acordo com os resultados descritos no quadro 1 existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida ($t= 2.179$; $p=.033$) e no funcionamento sexual feminino ($t= 2.949$; $p=.,004$) em função do tipo de diabetes. Ao nível do ajustamento conjugal, crenças sexuais e funcionamento sexual masculino não se verificaram diferenças significativas. A qualidade de vida é superior na diabetes tipo 2 (resultado elevado na qualidade de vida significa pior qualidade de vida) e o funcionamento sexual nas mulheres é superior na diabetes tipo I (quadro 2).

Quadro 1. Diferenças entre diabéticos Tipo I e II nas variáveis ajustamento conjugal, crenças sexuais, qualidade de vida e funcionamento sexual feminino e masculino.

Variáveis	Tipo de diabetes			
	Tipo I	Tipo II	<i>t</i>	<i>p</i>
Ajustamento Conjugal (RDAS)	51,66	49,68	0,850	0,398
Crenças Sexuais (SBIQ)	14,28	13,26	1,123	0,266
Qualidade de Vida (QOL)	102,19	89,63	2,179	0,033*
Func. sexual Masculino (IIEF)	66,67	41,78	1,541	0,147
Func. Sexual Feminino (FSIF)	72,48	51,03	2,949	0,004**

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Relação entre Ajustamento Conjugal, Crenças Sexuais e Funcionamento Sexual no Paciente Diabético versus Parceiro(a)

Os resultados mostram que em todas as variáveis, as correlações são positivas e estatisticamente significativas. Em primeiro lugar, a associação entre o ajustamento conjugal dos diabéticos e parceiros é positiva e moderada ($r=.446$, $p=.000$). As crenças sexuais dos diabéticos estão positivamente relacionadas com as dos parceiros, de forma moderada e estatisticamente significativa ($r=.411$; $p=.000$). O funcionamento sexual masculino dos diabéticos está associado ao funcionamento sexual feminino dos parceiros ($r=.616$; $p=.000$) e, finalmente, o funcionamento sexual feminino das diabéticos está associado com o funcionamento sexual dos parceiros masculinos ($r=.705$; $p=.000$).

Relação entre Qualidade de Vida na Diabetes, Ajustamento Conjugal, Crenças Sexuais e Funcionamento Sexual em Homens e em Mulheres Diabéticas

Os resultados revelaram nas pacientes diabéticas correlações positivas entre a qualidade de vida e o ajustamento conjugal, entre as crenças sexuais e o funcionamento sexual, entre o funcionamento sexual e o ajustamento

conjugal. Realizamos o mesmo procedimento para os homens diabéticos. Os resultados revelaram que só o ajustamento conjugal se correlaciona com o funcionamento sexual (quadros 2 e 3).

Quadro 2. Resultados da Correlação entre as variáveis qualidade de vida, crenças, ajustamento conjugal e funcionamento sexual em mulheres diabéticas

	Ajustamento Conjugal	Crenças Sexuais	Func.Sexual Feminino
Crenças Sexuais	.273	---	---
F.Sexual Feminino	.302*	.303*	----
Qualidade Vida	-.490**	.190	.062

** $p \leq .001$, * $p \leq .050$.

Quadro 3. Resultados da Correlação entre as variáveis qualidade de vida, crenças, ajustamento conjugal e funcionamento sexual em homens diabéticos.

	Ajustamento Conjugal	Crenças Sexuais	Func.Sexual
Crenças Sexuais	1.31	----	----
Func.Sexual	.864*	1.66	----
Qualidade Vida	.029	-.278	-.124

* $p \leq .050$.

Diferenças na Qualidade de vida, Ajustamento Conjugal, Funcionamento Sexual e Crenças Sexuais em função da Idade, Género, Habilitações e Duração da Diabetes

Nas mulheres diabéticas, as que possuem mais de 50 anos apresenta pior qualidade de vida e o grupo mais jovem melhor qualidade de vida. Não verificamos diferenças significativas em função da idade nos homens diabéticos nem nos parceiros femininos e masculinos.

Ao nível do género, verificaram-se diferenças significativas no ajustamento conjugal ($t=2.300; p \leq .023$) apresentando os homens melhor ajustamento conjugal ($M=54,08$) quando comparados com as mulheres ($M=50,25$). Porém, na amostra de parceiros não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Não se verificaram diferenças entre homens e mulheres com diabetes ao nível no ajustamento conjugal, crenças sexuais, funcionamento sexual e qualidade de vida em função das habilitações literárias e da duração da doença.

Discussão

Relativamente à existência de diferenças significativas entre os diabéticos Tipo I e II, verificamos que o tipo de diabetes influencia os níveis de qualidade de vida e o funcionamento sexual nas pacientes femininas sendo superior no Tipo I. Os resultados vão de encontro à literatura no que concerne ao funcionamento sexual feminino. As pacientes tipo II parecem ter mais problemas ao nível do funcionamento sexual i.e. menos desejo sexual, menos lubrificação e uma menor capacidade para atingir o orgasmo que tipo I (Schreiner-Engel, Schiavi, Vietorisz, & Smith, 1987). Estes autores sugerem que a diferença de idade de início nos dois tipos de diabetes podem contribuir para este resultado. As mulheres que são diagnosticadas com diabetes tipo 2 numa idade mais avançada têm mais dificuldade na aceitação das mudanças nas diversas áreas das suas vidas, sobretudo na vida sexual (Schreiner-Engel, 1983). Segundo Rubin e Peyrot (1999), o tipo de diabetes parece estar associado à qualidade de vida quando se presta atenção a diferentes domínios do funcionamento e bem-estar, porém estas diferenças são resultado de factores associados com o regime terapêutico ou a idade, e não uma função directa do tipo da diabetes por si só. O regime do tratamento e qualidade de vida apresentam diferenças ao nível do tipo de diabetes. Para as pessoas com diabetes tipo 2, o tratamento com agentes de insulina oral está associada a decrementos na qualidade de vida. Para as pessoas com diabetes tipo 1, o caso apresenta-se mais complexo, não existindo tanta congruência acerca do tema. De facto, o tratamento com a insulina surge ligado a um baixo nível de funcionamento físico (Camacho, Anderson, Bell, Goff, Duren-Winfield, Doss, & Balkrishnan, 2002). Deste modo, os diabéticos tipo 1 relatam pior qualidade de vida comparados com os diabéticos tipo 2 que não tomam insulina (Stewart, Hays, Wells, Rogers, Spritzer, & Greenfield, 1994; Jacobsen, de Groot, &

Samson, 1994b). Os diabéticos tipo 2 que não tomam insulina referem ter uma melhor qualidade de vida do que os pacientes com diabetes tipo 2 que tomam insulina, porém estes últimos demonstram melhor qualidade de vida do que os pacientes com diabetes tipo 1 (Jacobson, de Groot, & Samson, 1994). Os pacientes com diabetes tipo 1 relatavam ainda mais limitações ao nível da saúde física, percepções de saúde menos favoráveis, menos limitações devido a problemas emocionais, mais energia e menos ansiedade (Stewart et al., 1994). Assim, os resultados obtidos vão de encontro à literatura já que na nossa amostra, os diabéticos tipo 2 apresentam melhor qualidade de vida.

Foi encontrada uma relação positiva entre as variáveis ajustamento conjugal, crenças sexuais e funcionamento sexual nos doentes e seus parceiros. A doença crónica num membro da família pode afectar drasticamente o funcionamento e relação entre todos os membros da família (Peyrot, McMurry & Hedges, 1988). A satisfação numa relação entre parceiros é um recurso fundamental para ambos os parceiros para lidar melhor com a diabetes (Piening, 2002). Outro estudo demonstrou que uma melhor satisfação conjugal estava relacionada com maiores níveis de satisfação e menor impacto da diabetes, assim como menor angústia e melhor qualidade de vida relacionada à diabetes (Trief et al., 2001). Estas evidências presentes na literatura vão de encontro aos resultados deste estudo, que relata uma relação positiva entre o ajustamento conjugal do doente e o do seu parceiro. Assim, perante os estudos efectuados acerca do tema sabemos que quanto melhor for o ajustamento conjugal entre o parceiro e o doente, melhores serão os resultados de adaptação à diabetes.

Em relação às crenças sexuais verificou-se uma associação entre crenças sobre a disfunção eréctil e a qualidade de vida, pelo que um melhor funcionamento sexual parece prever maior qualidade de vida (Stamogiannou et al., 2005). No que diz respeito às mulheres, as crenças sexuais estavam relacionadas com mais dificuldades sexuais (Nobre, 2003). Os diabéticos muitas vezes possuem crenças disfuncionais acerca da sua doença e as crenças podem também ser partilhadas pelas pessoas significativas na vida doente (Silva, 2003) como sendo o caso do seu parceiro. Assim, considera-se que as crenças partilhadas pelos pacientes e parceiros se

interligam e tem impacto nos comportamentos, no seio da relação. Num estudo de Jesen (1985), os diabéticos e cônjuges saudáveis apresentaram respostas semelhantes em termos de iniciativa sexual, e as mesmas discrepâncias entre o desejo e níveis de actividade sexual. O funcionamento sexual de um cônjuge tem influência no funcionamento sexual do parceiro. A actividade sexual é uma forma de comunicação com o parceiro e uma forma de partilha (Andrade, 1996). Porém, na mulher e homem o desejo sexual é diferente. No homem, o desejo sexual manifesta-se em níveis mais altos a partir da puberdade, tendo uma duração mais longa durante a vida. Por outro lado, na mulher o desejo sexual varia com diversos aspectos, como a resposta ao ciclo menstrual, gravidez, aleitamento, menopausa, sendo também sensível ao contexto interpessoal (Risen, 2003). Pode-se antever, que quanto mais informação sexual estiver disponível, menor serão as crenças sexuais desajustadas e mais satisfatória será a vida sexual (Kukulo, Gürsoy & Sözer, 2009).

Nas mulheres diabéticas, verificou-se uma relação positiva entre a qualidade de vida e o ajustamento conjugal e entre as crenças sexuais e o funcionamento sexual e entre ajustamento conjugal e funcionamento conjugal e entre o ajustamento conjugal e funcionamento sexual. i.e. melhor ajustamento conjugal está associado a melhor qualidade de vida e crenças sexuais adequadas e a melhor funcionamento sexual. Nos homens diabéticos o ajustamento conjugal relacionou-se positivamente com o funcionamento sexual. Um estudo transversal de Trief et al. (2002) avaliou a relação entre as dimensões do relacionamento conjugal (intimidade e ajustamento) com a qualidade de vida e controlo glicémico de indivíduos com diabetes. Os resultados indicaram que ambas as medidas de qualidade conjugal no primeiro momento foram preditores da qualidade de vida no segundo momento. Deste modo, este estudo vai ao encontro da literatura enfatizando a relação entre relacionamento conjugal, funcionamento sexual e qualidade de vida nas mulheres e entre relacionamento conjugal e funcionamento sexual nos homens.

Verificou-se também nas mulheres que o funcionamento sexual estava relacionado com as crenças sexuais. Adams e colaboradores (1996) referem

que quanto mais crenças sexuais incorrectas existirem mais provável o desenvolvimento de problemas sexuais. Zilbergeld (1992) relata que muitas crenças sexuais disfuncionais parecem estar ligadas a uma maior probabilidade de desenvolvimento de dificuldades e problemas sexuais. Assim, perante os resultados do estudo, o funcionamento sexual surge associado com as crenças sexuais adequadas. Assim, é natural que quanto mais ajustadas as crenças sexuais melhor seja o funcionamento sexual. Interessantemente nas mulheres, o ajustamento conjugal relaciona-se com a qualidade de vida e nos homens com o funcionamento sexual o que revela a importância da vida no funcionamento sexual para os homens diabéticos. Este resultado é interessante pois em estudos anteriores, o ajustamento conjugal tem sido associado ao funcionamento sexual mas nas mulheres (Enzlin, Mathieu & Demyttere, 2003). Estas diferenças de género são importantes ao nível da intervenção.

Ao nível da influência das variáveis sociodemográficas, os resultados apontaram para a influência da idade dos diabéticos na qualidade de vida, sendo o grupo de diabéticos com mais de 50 anos onde se manifesta esta influência. Este resultado é natural tendo em consideração que o avançar da idade está associado a declínios em alguns domínios de funcionamento e bem-estar (Rubin & Peyrot, 1999). Num estudo de pacientes diabéticos tipo 2, o aumento da idade estava associado a menor qualidade de vida (Redekop et al., 2002).

Os resultados revelaram que o género tem influência apenas ao nível no ajustamento conjugal apresentando os homens diabéticos melhor ajustamento. Estes dados estão de acordo com a literatura. De facto, as mulheres tendem a ser mais emocionalmente e fisicamente responsivas aos aspectos psicológicos da relação que os seus parceiros podendo sentir mais facilmente os efeitos de um mau ajustamento conjugal (Campbell, 2003; Enzlin et al., 2003). É possível que o ajustamento conjugal seja inferior nas mulheres com diabetes devido ao impacto que a relação conjugal tem na adaptação à diabetes sendo um bom preditor da qualidade de vida (Trief, Himes, Orendoff & Weinstock, 2001) e do funcionamento sexual (Jensen, 1985). Ainda segundo o autor, as mulheres

diabéticas com disfunção sexual relataram um ajustamento conjugal inferior quando comparadas com as mulheres sem disfunção sexual embora essa diferença não tenha sido encontrada nos homens.

Conclusão

De acordo com os resultados, torna-se importante a implementação de programas educacionais e intervenções comportamentais dirigidas aos pacientes diabéticos e parceiros no que diz respeito ao funcionamento sexual no sentido de promover a qualidade de vida, na diabetes.

A literatura revela que apenas uma minoria de pacientes diabéticos relatam ter tido conversas com o seu médico acerca de dificuldade sexuais (Nicolosi, Glasser, Brock, Laumann, & Gingell, 2002) pelo que é importante que os profissionais de saúde abordem os pacientes e seus parceiros acerca desta problemática e que os programas de intervenção psicológica, na diabetes, incluam a componente sexualidade.

Limitações

Gostaríamos de ressaltar que a amostra deste estudo foi recolhida apenas na região Norte de Portugal e por isso as diferenças culturais em relação a população Brasileira devem ser tidas em consideração. Ao nível dos instrumentos, o valor baixo do alfa de Cronbach (.65) na amostra de parceiros no questionário “Sexual Beliefs and Information Questionnaire” é também uma limitação. Além disso, só foram utilizados instrumentos de auto relato que estão sujeitos a fenómenos de desejabilidade social.

Referências

Adams, S.G., Dubbert, P.M., Chupurdia, K.M., Jones, A., Lofland, K., & Leermakers, E. (1996). Assessment of Sexual Beliefs and Information in Aging Couples with Sexual Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 25(3), 249-260.

Andrade, I.M. (1996). *Labirintos da Sexualidade*. Porto: Porto Editora.

- APDP, Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. (2004). *Viver com a Diabetes*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourcroy, J., Goldstein, I., Graziottin, A., Heiman, J., Laan, E., Leiblum, S., Padmanathan, H., Rosen, R., Seagraves, K., Seagraves, R. T., Ridwan Shabsigh, R., Sipski, M., Wagner, G. & Whipple, B. (2000). Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and Classifications. *The Journal of Urology*, 163, 888–893.
- Bradley C., Todd C., Gorton T., Symonds E., Martin A., & Plowright R. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQOL. *Quality of Life Research*, 8, 79–91 .
- Boavida, J.M., Almeida, J.P., Cardoso, S., Duarte, R., Ferreira, Guerra, F. et al., (2011). *Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes*. Sociedade Portuguesa de diabetologia. *Diabetes: Factos e Números*, 2011. Lisboa.
- Busby, D.M., Christenson, C. J, Crane, D.R. & Larson, J.H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and family Therapy*, 21(3), 289-308.
- Caldeira, J., Parreira, J., Sagreira, L., André, O., Duarte, R. & Lisboa, P. (1997). *Diabetologia Clínica*. Lisboa: Lidel, edições técnicas.
- Camacho, F., Anderson, R.T., Bell, R.A., Goff, D.C., Duren-Winfield, V., Doss, D.D., & Balkrishnan, R. (2002). Investigating correlates of health related quality of life in a low-income sample of patients with diabetes. *Quality of Life Research*, 11, 783-796.
- Cox, D.J., Gonder-Frederick, L. & Saunders, J.T. (1991). *Diabetes: Clinical Issues Management*. In Jenny J. Sweet, Ronald H. Rozensky & Steven M. Tavian (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology in medical settings*, 473-496. New York: Pennum Press
- Enzlin, P., Mathieu, C., & Demyttenaere, K. (2003). Diabetes and Female Sexual Functioning: A state of the Art. *Diabetes Spectrum*, 16 (4), 256-259.
- Enzlin, P., Mathieu, C., Bruel, A.V., Vanderschueren, D. & Demyttenaere, K. (2003). Prevalence and Predictors of Sexual Dysfunction in Patients with Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 26 (2), 409-414.
- Gross, J. & Silveiro, S. (2002). Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 46 (1), 16-26.

- Heiman, J.& Lo Piccolo, J. (1988). *Becoming Orgasmic: A Sexual and Personal Growth Program for Women*; New York: Prentice-Hall.
- Jacobson AM and the DCCT Research Group. (1994a). The Diabetes Quality of Life Measure. In: Bradley CS, ed. *Handbook of Psychology and Diabetes*. London: Harwood Academic Publishers.
- Jacobson, M.J., de Groot, M., & Samson, J.A. (1994b). The evaluation of two measures of quality of life in patients with type 1 and type 2 diabetes. *Diabetic Care*, 17(4), 267-274.
- Jesen, S. B. (1985). Sexual relationship in couples with a diabetic partner. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 11(4), 259-270.
- Kukulo K., Gürsoy E., & Sözer G. A. (2009). Turkish University students' beliefs in Sexual Myths. *Sexuality and Disability*. 27, 49-59.
- Morran, M.P., Omenn, G.S. & Pietropaolo, M. (2008). Immunology and genetics of type 1 diabetes. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 75 (4):314-27.
- Nicolosi, A., Glasser, D., Brock, G., Laumann, E., & Gingell, C. (2002). Diabetes and sexual function in older adults: Results of an international survey. *The British Journal of Diabetes and Vascular Disease*, 2(4), 336-339.
- Nobre, P. (2003). *Disfunções sexuais: Contributos para a construção de um modelo compreensivo baseado na teoria cognitiva*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (second edition). New York: McGraw Hill.
- Pereira, M.G. (2000). Versão Portuguesa do Revised adjustment Scale. Universidade do Minho. Escola de Psicologia.
- Pereira, M.G & Afonso, F. (2004). Versão Portuguesa do Diabetes Quality of Life. Universidade do Minho. Escola de Psicologia.
- Peyrot, M., McMurry, J. F. & Hedges, R. (1988). Marital Adjustment to Adult Diabetes: Interpersonal Congruence and Spouse Satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50 (2),363 -376.
- Pickup, J.C & Crook, M. A. (1998). Is Type II diabetes mellitus a disease of the innate immune system? *Diabetologia*, 41, 1241-1248
- Piening, S. P. (2002). Patients and partners coping with diabetes: Toward a dyadic perspective. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 62(9-A), 3189.

- Redekop, W., Koopmanschap, M., Stolk, R., Rutten, G., Wolffenbuttel, B. & Niessen, L. (2002). Health-Related Quality of Life and Treatment Satisfaction in Dutch Patients with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 25, 458-463.
- Risen, C.B. (2003). Listening to Sexual Stories. In Stephen B. Levine, Candace B. Risen and Stanley E. Althof (Eds.). *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals*. (pp.16). Routledge.
- Rosen, R., Brown, C. & Heiman, J. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191–208.
- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J. & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-30.
- Rubin, R. & Peyrot, M. (1999). Quality of Life and Diabetes. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 15, 205-218.
- Rutherford, D. & Collier, A. (2005). Sexual Dysfunction in Women with Diabetes Mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 21, 189-192.
- Schreiner-Engel, P. (1983). Diabetes mellitus and female sexuality. *Sexual Disability*, 6, 83–92.
- Schreiner-Engel, P., Schiavi, R.C., Vietorisz, D., & Smith, H. (1987). The differential impact of diabetes type on female sexuality. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(1), 23-33.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H. (2003). Qualidade de vida e complicações crônicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 2 (XXI): 185-194.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Srinivasan, B. T., Jarvis, J., Khunti, K. & Davies, M.J. (2008). Recent advances in the management of type 2 diabetes mellitus: a review. *Postgrad. British Medical Journal*, 84(996), 524-531.
- Stamogiannou, I., Grunfeld, E.A., Denison, K. & Muir, G. (2005). Beliefs about illness and quality of life among men with erectile dysfunction. *International Journal Impotence Research*, 17(2), 142-7.

- Stewart, A.L., Hays, R.D., Wells, K.B., Rogers, W.H., Spritzer, K.L., & 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.
- Thomas, A. & LoPiccolo, J. (1994). Sexual functioning in persons with diabetes: Issues in research, treatment, and education. *Clinical Psychology Review*, 14, 61-86.
- Trief, P. M., Himes, C.L., Orendorff, R. & Weinstock, R. S. (2001). The Marital Relationship and Psychosocial Adaptation and Glycemic Control of Individuals with Diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1384-1389.
- Trief, P.M., Wade, M.J., Britton, K.D. & Weinstock, R.S. (2002). Prospective Analysis of Marital Relationship Factors and Quality of Life in Diabetes. *Diabetes Care*, 25 (7), 1154-1158.
- Windman, S. & Ladner, E. (2002). *Diabetes*. Sao Paulo: Editora Senac.
- Wikblad, K., Leksell, J., & Wibell, L. (1996). Health-related quality of life in relation to metabolic control and late complications in patients with insulin dependent diabetes mellitus. *Quality of Life Research*, 5, 123-130.
- Zilbergeld, B. (1992). *Male-sexuality*. New York: Bantam.
- Zilbergeld, B. (1999). *The new male sexuality*. (rev.ed). New York: Batam Books.