



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Estudo da resposta sexual numa amostra de mulheres em período reprodutivo
nos diferentes tipos de diabetes

Ricardina Maria Ribeiro Mendes Gonçalves

Orientador de Dissertação: Professora Doutora Ana Carvalheira

Coordenador de Seminário de Dissertação: Professora Doutora Isabel Leal

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE em Psicologia

Especialidade em Psicologia da Saúde

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Ana Carvalheira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme o despacho da DGES, n.º 6037/2007, publicado em Diário da República 2ª série de 23 de Março, 2007.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Carvalheira, pelo incentivo e sentido pragmático que me transmitiu.

Aos meus maravilhosos filhos, Tiago e Paulo.

A ti, querido Tiago, pelo teu ser extraordinário e incondicional amor que se perpetuará sempre.

A ti, querido Paulo, pela bondade, amor e compreensão.

Aos meus queridos pais pelo amor, apoio emocional e incentivo. Ao meu irmão, pelo carinho e estímulo.

A todos os que, de uma maneira ou de outra, foram importantes neste percurso.

RESUMO

A diabetes é, normalmente, associada a uma vivência de algum mal-estar físico e psicológico, facto que poderá contribuir para a diminuição da excitação sexual genital e subjectiva da mulher diabética, o que pode conduzir a uma fraca resposta sexual. O propósito deste estudo é investigar a resposta sexual de 75 mulheres em período reprodutivo, nos diferentes tipos de diabetes, avaliando a sua associação com a depressão e o tipo de relação da díade. Comparar-se-ão os resultados com as respostas obtidas de 60 mulheres saudáveis, equiparadas nas variáveis sociodemográficas. Recorrer-se-á a uma amostra hospitalar recrutada da população diabética que ocorre à consulta de endocrinologia de três Hospitais de Lisboa, com idades entre 22 e 42 anos. Optar-se-á por se proceder à utilização dos instrumentos FSFI, DAS, SF-36 e BDI, a preencher pelas participantes, após o seu consentimento informado. Serão também aplicados uma ficha sociodemográfica e um questionário de satisfação sexual.

Palavras-chave: mulheres, diabetes, resposta sexual, relação da díade, depressão.

ABSTRACT

Diabetes is normally considered to be associated to some lack of physical and psychological well being, which can promote the decrease of genital and subjective arousal in diabetic women and lead to their weak sexual response. This study will be conducted to investigate the effect of diabetes upon female sexual response and to detect its association with possible risk factors that might predict sexual dysfunction, namely, depression and dyadic relationship. The study consists of 75 diabetic fertile woman [22-42] recruited at three hospitals in Lisbon area to be compared with 60 healthy women as a control group within same socio-demographic conditions. All participants will be evaluated through FSFI, DAS, SF-36 and BDI instruments, after their informed consent. A socio-demographic questionnaire and a sexual satisfaction query will also be applied.

Key Words: women, diabetes, sexual response, dyadic relationship, depression.

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| CAPÍTULO I | 3 |
| 1. Enquadramento teórico | 3 |
| <i>1.1. Evolução dos Modelos de Resposta Sexual do DSM</i> | 3 |
| <i>1.2. Rosemary Basson e a circularidade da resposta sexual</i> | 5 |
| <i>1.3. Proposta de inclusão de novos descritores no processo de diagnóstico</i> | 6 |
| 2. Aspectos clínicos e Psicossociais da Diabetes | 7 |
| <i>2.1. Breve história da doença</i> | 7 |
| <i>2.2. Etiopatogénese da Diabetes</i> | 8 |
| <i>2.3. Variáveis condicionantes da percepção da mulher sobre a doença</i> | 10 |
| <i>2.4. Referenciais teóricos para o estudo dos Aspectos Psicológicos da Diabetes</i> | 10 |
| <i>2.4.1. Depressão no ajustamento à Diabetes</i> | 11 |
| <i>2.5. Factores de risco da diabetes</i> | 12 |
| <i>2.6. Factores protectores da diabetes</i> | 12 |
| 3. Função sexual feminina e diabetes | 12 |
| 4. Estudos desenvolvidos sobre a temática | 14 |
| <i>4.1. Associações físicas estudadas</i> | 14 |
| <i>4.2. Associações psicológicas estudadas</i> | 15 |
| <i>4.3. Resultados contraditórios</i> | 16 |
| CAPÍTULO II - PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO | 22 |
| 1. Metodologia | 22 |
| <i>1.1 Delineamento do estudo</i> | 22 |
| <i>1.2 Objectivos e Hipóteses Conceptuais</i> | 23 |

| | |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| <i>1.3 Variáveis</i> | 24 |
| <i>1.4. Amostra</i> | 25 |
| <i>1.5 Instrumentos</i> | 27 |
| <i>1.6 Procedimento</i> | 30 |
| <i>1.6.1. Cronograma do Projecto</i> | 35 |
| | |
| CAPÍTULO III – Nota conclusiva | 35 |
| | |
| Referências Bibliográficas | 37 |
| | |
| ANEXO I - FSFI | 42 |
| ANEXO II – DAS | 47 |
| ANEXO III - SF 36 | 51 |
| ANEXO IV – BDI | 53 |
| ANEXO V – Dados demográficos e de caracterização | 57 |
| ANEXO VI – Questionário de Satisfação Sexual | 60 |
| ANEXO VII – Carta à Direcção Hospitalar | 61 |
| ANEXO VIII – Carta ao Conselho Directivo Escolar | 62 |
| ANEXO IX – Termo de Consentimento Informado | 63 |
| ANEXO X – Grelha de Registo Psico-fisiológico | 64 |

INTRODUÇÃO

As concepções sobre sexualidade têm assumido, historicamente, diferentes contornos, dentre os quais a ideia “rousseauista” de uma sexualidade infantil saudável, contaminada por uma sociedade repressiva, ganhou inúmeros adeptos, particularmente, no seio da escola culturalista americana. A dinâmica suportada pelo jogo entre o desejo e o interdito, subjacente a esta componente humana, remete, segundo Haynal et al. (1998, p.188), para a “dialéctica fundamental da existência.”

Em 1974, a World Health Organization (WHO) reiterava a fundamental importância da sexualidade para o estado geral de saúde e bem-estar dos indivíduos. Entendida como uma dimensão que transcende os limites do impulso genital, esta componente humana deve, assim, ser interpretada na complementaridade dos aspectos biológico, psicológico e social, de cada sujeito.

Esta concepção biopsicossocial é também suportada pela proposta inovadora de Engel, em 1987 (Ribeiro, 2007a), altura em que a combinação daqueles factores passou a ser adoptada na avaliação individual de problemas relacionados com a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Sabe-se, de acordo com Basson et al. (2003), que os modelos tradicionais de resposta sexual feminina descritos por Masters, Johnson e Kaplan são lineares, sendo por isso contrariados quando vividos no feminino, onde os relatos apontam para uma sexualidade assente na circularidade simultaneamente transformadora e transformada pelo contexto. Associando-se à perspectiva biopsicossocial, Basson tem empolado a necessidade de se abandonar a linearidade instituída, estudando detalhada e multidisciplinarmente a relação entre a resposta sexual feminina e a diabetes, pelos factores contextuais que lhe estão associados.

A diabetes é uma doença hiperglicémica crónica cuja prevalência se apresenta em relação directa com a idade, a privação socio-económica e as minorias étnicas, conforme fundamenta Watkins (1998, cit. por Rockcliffe-Fidler et al., 2003). Segundo a *International Diabetes Federation*, o número de pessoas mundialmente afectado por esta patologia, em 2006, estimou-se em 230.000.000, sendo projectado para 2026 um total de 350.000.000

indivíduos. Por tal se conclui sobre o aumento da prevalência da diabetes, factor que justifica a necessidade de se investigar o tipo de resposta sexual dos sujeitos com esta patologia.

Contudo, se a literatura nos revela um considerável número de estudos sobre a disfunção sexual do homem diabético, a sexualidade feminina, que apresenta entre as suas populações específicas a mulher diabética, tem sido pouco estudada.

O estudo que nos propomos efectuar justifica a sua pertinência, não só pelo aspecto supra referido, como, também, pela necessidade de se observar como a mulher responderá, sexualmente, perante estádios da doença que podem funcionar como stressores e que, assim percebidos, possam contribuir para algum desequilíbrio emocional e relacional. Tal facto, podendo dever-se às alterações físicas provocadas pela patologia, pode ficar a dever-se, também, a alterações psicológicas potenciadas por condições individuais e circunstâncias contextuais a ela associadas, de que é exemplo a depressão.

Assim, esta investigação parece revelar a sua importância não só para a Psicologia da Saúde, em geral, mas, particularmente, para a saúde sexual das mulheres diabéticas, estando esta relacionada com todas as outras áreas da sua saúde.

O presente estudo enquadra-se nesta área de interesse, tendo como objectivo principal comparar a resposta sexual feminina de uma amostra de 75 mulheres diabéticas em período reprodutivo [22-42] com a de um grupo de controlo de 60 mulheres saudáveis, de nível sociodemográfico equiparado. Pretender-se-á, também, avaliar as motivações para a actividade sexual destas mulheres, em função do seu estado emocional e da percepção que detêm sobre a sua saúde, percebendo até que ponto os constrangimentos causados pela patologia interferem na relação da díade. Espera-se ainda, com esta investigação, concluir sobre os efeitos nefastos da doença no seio da amostra em estudo.

Com base nos objectivos propostos, faremos uso de uma metodologia observacional-descritiva de comparação, que, acreditamos, permitirá validar as hipóteses conceptuais admitidas. As variáveis desta investigação foram avaliadas recorrendo à utilização de quatro instrumentos - FSFI (Rosen et al., 2000), DAS (Spanier, G.B., 1976), SF 36 (Ware, J., Snow, K., Kosinsky, & M., Gandek, B., 1993), BDI (Beck, et. al, 1961), e de outros dois questionários que desenvolvemos com o propósito de obter informação adicional julgada pertinente sobre a temática - ficha de informação sócio-demográfica e questionário de avaliação da satisfação sexual.

O contexto desta investigação é hospitalar, sendo as unidades contactadas para a passagem dos questionários, o Hospital de Santa Maria, o Hospital de S. José e o Hospital

Curry Cabral, viabilizando-se, assim, o acesso às mulheres diabéticas em acompanhamento na consulta da especialidade de endocrinologia destas instituições.

Partindo da exposição de alguns aspectos teóricos e da sistematização do objectivo desta investigação, delimitar-se-á a sua estrutura dividindo-a em três sectores. O primeiro refere-se à fundamentação teórica, apresentando o Capítulo I uma revisão de literatura sobre os fenómenos da sexualidade feminina e da diabetes, cuja escassez de estudos encontra eco na discrepância entre o número de investigações desenvolvidos no universo feminino e no masculino.

De acordo com as questões a serem investigadas, será no capítulo II apresentado o delineamento do projecto, assente numa metodologia observacional-descritiva, dada a escassez de estudos que cruzem as variáveis em presença, e comparativa, dados os objectivos que lhes estão subjacentes.

No capítulo III serão traçadas as notas conclusivas, fazendo-se referência às limitações e contributos deste estudo, sugerindo-se, também, algumas propostas para investigações futuras na área em presença.

CAPÍTULO I

1. Enquadramento teórico

1.1. Evolução dos Modelos de Resposta Sexual do DSM

Em termos evolutivos tem-se assistido às sucessivas revisões do DSM e da ICD no que concerne às disfunções sexuais, existindo hoje alguma mudança relativamente às concepções de normalidade e de patologia sexual, a par da aceitação de que esta é uma matéria cujas teorizações são histórica e culturalmente determinadas.

Na obra "A Resposta Sexual Humana" (1966), Masters & Johnson sugerem a existência de estímulos sexuais internos e externos, responsáveis pela resposta sexual. Kaplan, autora de "Desordens do desejo Sexual" (1977), reformularia esta concepção considerando que a fase do desejo antecede a fase de excitação.

O DSM-II inclui pela primeira vez, em 1968, a classificação de perturbações genitourinárias, precursora da categoria atribuída às disfunções sexuais. Mais tarde, a partir da

associação dos modelos de Masters & Johnson e de Kaplan, foram estabelecidos critérios de diagnóstico para os transtornos sexuais, preconizando-se a resposta sexual saudável como um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução.

Assim, a terceira versão do manual viria a incorporar ideias de Masters & Johnson, que, emendadas por Kaplan, continuariam a suportar a linearidade do modelo de resposta sexual feminina, (Basson et al., 2003). Tal concepção continuaria a patentear uma igual conceptualização para os critérios de diagnóstico relativos às disfunções sexuais masculina e feminina, baseando-se numa resposta sexual característica dos homens (Basson et al., 2003).

A quarta edição revista do DSM (2002), classifica as disfunções sexuais com base nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual, ou na dor associada à relação sexual *per se*. Esta revisão prevê ainda que sempre que as perturbações ocorram na fase do ciclo de resposta, em mais do que uma das categorias (desejo, excitação, orgasmo e dor), as mesmas devam ser registadas como patológicas, assinalando-se a queixa principal a ser alvo de intervenção terapêutica. Acresce a recomendação de que os diagnósticos de disfunção sexual devem ser completados com indicações relativas ao início, contexto e factores etiológicos associados.

No que se refere ao início da disfunção sexual, o DSM-IV-TR identifica subtipos relacionados com o período temporal a que a mesma se reporta, a) tipo ao longo da vida; b) tipo adquirido (disfunção sexual desenvolvida no sujeito após um período de funcionamento normal).

Relativamente ao contexto da disfunção sexual, são identificados como, a) tipo generalizado (a disfunção sexual ocorre independentemente do parceiro, situação ou estimulação); b) tipo situacional (a disfunção sexual limita-se a certos tipos de estimulação, parceiros ou situações).

No que concerne aos factores etiológicos, o DSM-IV-TR prevê dois subtipos que podem identificar a origem da perturbação sexual, a) factores psicológicos; b) factores combinados, que abrangem a utilização de substâncias a par de factores psicológicos actuantes no início, gravidade e manutenção da disfunção sexual.

O uso de um inapropriado paradigma masculino ainda hoje em vigor, tem implicado algumas dificuldades em apurar as verdadeiras e diferenciadas causas do problema, remetendo para o mesmo patamar o universo das disfunções sexuais femininas e masculinas. Por esse motivo se têm publicado várias sugestões de revisão ao DSM-IV-TR, relativamente às classificações sobre este tipo de desordens, como concretiza Rosemary Basson (2008).

1.2. Rosemary Basson e a circularidade da resposta sexual

Um dos aspectos da ciclicidade de resposta sexual feminina é, de acordo com Basson (2002), o contínuo feed-back do cérebro, durante a experiência sexual. A informação sensorial externa e interna, componente genital que pode ser pouco reconhecida pela mulher, como evidenciam Laan et al. (1995), cit. por Basson (2002), é processada conjuntamente com a avaliação subjectiva da intensidade do estímulo recebido, com o efeito por ele produzido e com a avaliação cognitiva da situação, factores que afectam e determinam o grau de “excitabilidade feminina” obtido (Bancroft, 1989, cit. por Basson, 2002, p. 18).

Rosemary Basson (2008) defende que, se analisarmos a sexualidade feminina afastando-nos dos modelos lineares defendidos por Masters e Jonhson, ou Kaplan, emergirão questões acerca do que constitui a disfunção sexual, de como uma mulher é capaz de distinguir entre desejo e excitação e, ainda, do que motiva essa mulher para ser sexualmente activa para além do “desejo sexual” sentido, espontaneamente, num dado momento.

Assim, a autora enfatiza a importância de que se revestem os estudos nesta área, por permitirem aferir, junto das respectivas amostras em estudo, a concepção de desejo que lhes está associada – espontâneo ou responsivo –, bem como, a diferenciação entre excitação genital e subjectiva (2008).

Continuando a respeitar a complexidade da experiência feminina da excitação, Basson (2008) defende também que a investigação qualitativa pode contribuir para testemunhar o facto de muitas mulheres não conseguirem distinguir claramente entre desejo e excitação. Assim, se para algumas o desejo está associado a pensamentos e emoções, para outras essa associação dá-se ao nível das sensações físicas genitais e não genitais, complexidade que acarreta, de acordo com esta autora, a dificuldade de definição de uma desordem da excitação.

Por tal motivo Basson et al. (2003), propõem estudos concertados sobre as disfunções sexuais femininas, considerando que elas se influenciam e complementam umas às outras, numa constante sobreposição. Os autores, validando uma necessidade encontrada na literatura, reivindicam um olhar multidisciplinar e revisto sobre a sexualidade feminina, assente na premissa de que o desejo sexual *per se* não é um incentivo para que a actividade sexual se dê.

Acrescem os autores que o desejo sexual é frequentemente experienciado pela mulher só depois do estímulo sexual lhe ter despertado uma excitação sexual subjectiva, esta última pouco correlacionada com a vasocongestão genital ou excitação objectiva. Muitas vezes, de acordo Basson et al. (2003), a mulher apresenta queixas de perda de excitação subjectiva, apesar de ocorrer uma vasocongestão aparentemente normal.

Dado que o ciclo de resposta sexual das mulheres é defendido no modelo de biopsicossocial de Basson como alimentado por um contínuo *feed-back* físico, emocional e cognitivo, esta perspectiva contextual parece defender o despontar de uma incursão sexual suportada, quer pela tentativa deliberada da mulher estar desperta para os sentimentos subjectivos e físicos da excitação, quer, também, por uma real capacidade da mulher se envolver na relação. Estes processos complementares são, assim, facilitadores do desejo sexual e da vontade de manter a actividade sexual.

Como reporta ainda a este propósito Rosemary Basson (2002), a resposta emocional feminina pode originar tipos diferenciados de *feed-back* no sistema límbico – confirmatório e negativo -, pelo que, se o conjunto das mudanças fisiológicas da mulher forem acompanhadas por emoções negativas (*eg.*, culpa ou vergonha), o *feed-back* encontrado será negativo e impedirá a experiência da excitação subjectiva e o *input* excitatório à espinal medula. Sobre a mulher que não obtiver estimulação genital e excitação subjectiva, e que se encontre emocionalmente positiva, poder-se-á também dizer que o mais provável é “não sentir nada” (Basson, 2002, p. 20).

Althof et al. (2005), suportam o modelo de Basson, apontando factores que contribuíram para confundir a teoria e a medição da FSD, ao longo dos tempos, a) o uso de um inapropriado paradigma masculino; b) dificuldade em capturar a complexidade da resposta sexual feminina; c) uma nosologia envolvente não testada; d) a relativa independência entre os aspectos objectivos e subjectivos da resposta sexual feminina.

1.3. Proposta de inclusão de novos descritores no processo de diagnóstico

É uma das propostas de Rosemary Basson, que se distingam as desordens de excitação sexual em subtipos genital e subjectivo e que elas devam, por tal motivo, incluir aspectos como a excitação sexual permanente, a dispareunia e o vaginismo, devendo todos estes

diagnósticos ser acompanhados de descritores dos factores contextuais causadores de *distress* nas mulheres (Basson et al., 2003).

Assim, é sugerida por estes autores a inclusão de vários descritores dentro do processo de diagnóstico das disfunções sexuais, o qual, no encaço de uma orientação multi-axial, deve destacar:

1. Processo de educação negativo/ perdas/ trauma (físico, sexual, emocional), relações interpessoais passadas, restrições culturais e religiosas.
2. Dificuldades interpessoais actuais, disfunções sexuais do parceiro, estimulação inadequada e contextos sexuais e emocionais insatisfatórios.
3. Condições médicas e psiquiátricas, medicação ou abuso de substâncias.

Suportando estas considerações, Althof et al. (2005), defendem que a abordagem da sexualidade feminina deve passar por ter em conta não apenas as motivações das mulheres, como os significados adjacentes aos seus processos de atracção e de atractividade. Da mesma forma, aludem os mesmos à importância do respeito pelo compromisso com a partilha de sensações e sentimentos, verdadeiros motores da impulsividade sexual da mulher. Esta concepção vai, assim, ao encontro da necessidade de se observar a sexualidade no feminino, à luz de um modelo inovador que reflecta todas as suas condicionantes e necessidades.

2. Aspectos clínicos e psicossociais da Diabetes

2.1. Breve história da doença

Resumidamente, pode dizer-se que os gregos entenderam a diabetes como um defeito do organismo no que diz respeito à retenção dos líquidos, considerando-se então que os diabéticos urinavam muito devido a essa incapacidade. Só em 1860, Paul Langerhans descobriu um grupo de células no pâncreas responsável pela produção de insulina, o que foi permitindo abrir um caminho mais rápido para o melhor conhecimento da diabetes e do seu tratamento. Em 1921, Frederik Banting e Charles Best conseguiram uma substância que continha insulina e que, quando administrada a um cão diabético, obtinha uma correcção da hiperglicémia (Lopes Silva, 2006).

2.2. Etiopatogénese da Diabetes

A diabetes resulta de uma deficiente capacidade de utilização de glucose no organismo. Assim, para que a glucose (glicose ou dextrose) possa ser utilizada como fonte de energia e intermediário metabólico, é necessária a insulina. Os sintomas, quando a glicémia é muito elevada, podem ser, urinar em grande quantidade e mais vezes (poliúria), sede constante (polidipsia), fome constante (polifagia), sensação de boca seca (xerostomia), fadiga, prurido no corpo e, sobretudo, nos órgãos genitais, e visão turva.

Pode falar-se de dois principais tipos de diabetes, a diabetes tipo 1, ou seja, insulino dependente (IDDM), que afecta cerca de 10% do total de diabéticos e atinge sobretudo crianças, jovens e idosos. Neste tipo de diabetes, as células beta do pâncreas deixam de produzir insulina e os doentes necessitam de terapêutica com insulina para toda a vida, dado que o pâncreas deixa de a fabricar.

A diabetes tipo 2, designada de Diabetes Mellitus ou “não-insulino dependente” (NIDDM), é mais frequente e ocorre em indivíduos com predisposição genética, ou que possuam um familiar próximo com a doença, e que, devido a hábitos de alimentação e *stress*, podem vir a desenvolver a doença na sua fase adulta. Neste tipo de diabetes, o pâncreas produz insulina em quantidades insuficientes e a regulação metabólica é apenas possível através da normalização do peso, com dieta e exercício físico regular, por forma a facilitar a reposição dos seus níveis.

Nas crianças e nos jovens, a diabetes, geralmente de tipo 1, aparece de forma súbita e os sintomas são muito nítidos, como urinar em grandes quantidades, sede intensa, emagrecimento rápido, grande fadiga e dores musculares, dores de cabeça, náuseas e vômitos. As consequências são variadas, podendo falar-se de hiperglicémia crónica, que se caracteriza por uma taxa de glucose no sangue elevada, conduzindo a complicações tardias da diabetes e podendo causar sintomas como o aumento da frequência da micção e sede excessiva.

Outra complicação aguda frequente na diabetes tipo 1 é a hipoglicémia, podendo esta também manifestar-se na diabetes tipo 2. As causas mais frequentes são o excesso de insulina ou hipoglicemiantes orais, seguidas das irregularidades na alimentação e exercício físico excessivo. Esta situação deve receber tratamento imediato, a fim de se evitar uma progressão para a forma mais grave, como a perda de consciência e coma hipoglicémico.

A longo-prazo, poder-se-á falar de complicações microvasculares da doença - lesões dos pequenos vasos sanguíneos -, e complicações macrovasculares - lesões dos grandes vasos sanguíneos. Todas estas complicações podem dar origem ao pé diabético, ou seja, uma predisposição para o aparecimento de lesões nos pés, que podem culminar em amputações.

É esperado que os doentes com diabetes sigam um conjunto de acções comportamentais, que envolvem o estilo de vida, medicação, monitorização dos níveis de glicemia capilar, resposta a sintomas de hipoglicemia ou hiperglicemia, cuidados com os pés e procura de cuidados de saúde adequados.

Os doentes podem ainda ter de modificar os seus comportamentos de auto-cuidado de situação para situação, não havendo uma prescrição comportamental específica que lhes possa ser aconselhada e manter-se como válida em todas as situações. Trata-se de uma situação extremamente desafiante pelo grau de envolvimento activo do doente, devendo a adesão ser entendida num *continuum* e não segundo uma dicotomia de sucesso/insucesso (Lopes Silva, 2006).

A prática de exercício físico conduz a uma sensação de bem-estar físico e psíquico, aumentando a sensibilidade à insulina e diminuindo a glicemia durante e após o exercício. Paralelamente, a massa muscular aumentará numa relação inversamente proporcional à massa gorda, pelo que a probabilidade de aparecimento de doenças cardiovasculares será reduzida.

Esta prática revelará a sua importância entre os portadores (as) de diabetes, assumindo também relevo outras iniciativas, como a criação de grupos terapêuticos de ajuda, promotores da inclusão social estabelecida pela partilha de um problema comumente sentido no seio do grupo.

Podemos ainda falar da existência da diabetes gestacional, que ocorre durante a gravidez e que se manifesta em grávidas que não acusavam esta doença antes daquele estado, desaparecendo, habitualmente, quando este termina. Contudo, caso não sejam tomadas as devidas medidas de prevenção, quase metade destas mulheres virão a ser, mais tarde, portadoras de diabetes do tipo 2.

Acresce ainda a existência da diabetes MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) que afecta não só adultos jovens, como, também, adolescentes e crianças. Este tipo de diabetes, se bem que raro, manifesta características idênticas às do tipo 2, sendo, no entanto, causado por uma mutação genética conducente à alteração da tolerância à glucose.

2.3. Variáveis condicionantes da percepção da mulher sobre a doença

Segundo Sarafino (1997), as percepções construídas pelo indivíduo podem ser condicionadas por três tipos de variáveis: demográficas (idade, sexo, raça, factores étnicos); psicossociais (traços de personalidade, classe social, pressão social); estruturais (conhecimento relativo ao problema de saúde ou contacto prévio com a situação de doença).

Neste sentido, a mulher portadora de diabetes encontra-se numa encruzilhada vivencial, confrontando-se com alterações nas suas rotinas e readaptações diversas, e, ainda, com a tentativa de minimizar o impacto que a diabetes cria na sua vida e na da sua família. A compreensão da etiopatogénese e do tratamento da doença nem sempre é fácil, já que esta patologia é acompanhada por fantasmas angustiantes referentes à auto-estima e auto-imagem, ao interior do corpo e, também, às possibilidades de procriação.

2.4. Referenciais teóricos para o estudo dos Aspectos Psicológicos da Diabetes

Segundo Haynal et al. (1998), os factores psicológicos desempenham um papel importante, senão na etiologia, pelo menos na regulação da diabetes, estando em jogo numerosos elementos, de que se destacam a adaptação a uma doença crónica cuja compreensão é difícil e o prognóstico a longo prazo incerto.

Sabe-se também que o impacto dos acontecimentos stressantes e das exigências da vida quotidiana no desencadear e na evolução da diabetes tem sido revelado em estudos, alguns dos quais divulgando que muitos dos desvios dietéticos admitidos por pacientes diabéticos é precedido por conflitos emocionais. É também conhecido que o medo patológico de ganhar peso leva os pacientes diabéticos a manipular a sua insulina, “a fim de facilitar a glicosúria” (Haynal et al., 1998, p.142).

Assim, a paciente diabética insulino-dependente necessita de vigiar diariamente certos parâmetros físicos, modelar o seu tratamento em função das suas observações, dispôr de estratégias para enfrentar situações imprevistas e manter uma inserção afectiva, social e profissional. Ao mesmo tempo, neste tipo de doente, a percepção da gravidade de não recorrer ao tratamento proposto inclui a avaliação das consequências clínicas (cegueira, incapacidade ou morte), pelo que se admite que a sua saúde geral possa ser constringida por estes factores (Haynal et al., 1998).

De acordo com Sherbourne et al. (1992, cit. por Lopes Silva, 2006), os doentes que sentiam maior *distress* com a sua saúde e que apresentavam pior desempenho físico, tinham menor probabilidade de aderir aos auto-cuidados da diabetes. Está de alguma forma dependente das competências de *coping* de cada paciente, a forma como se podem influenciar os auto-cuidados e o resultado do tratamento. Ryan (1997, cit. por Lopes Silva, 2006) verificou também que os doentes com um *locus* de controlo interno elevado, tendem a apresentar uma melhor adesão ao tratamento.

Sendo a diabetes uma doença crónica e de acordo com o que defende Vicente (2004), torna-se importante, ao estudarmos a sexualidade neste contexto, considerarmos que a sua vivência é limitada pelo processo psicológico de adaptação à patologia e que este influi sobremaneira no relacionamento interpessoal e afectivo-sexual.

Assim se poderá também admitir que toda a preocupação em torno dos constrangimentos a que as portadoras de diabetes não insulino-dependentes estão submetidas, pelo evitamento de uma fase mais agravada da doença, pode interferir, lesivamente, na sua gestão de vida, no seu estado de saúde geral, e, em particular, na sua resposta sexual.

Katz e Jardine (1999, cit. por Nobre, 2006), defendem que a predisposição para a preocupação, apesar de pouco estudada empiricamente, está documentada por alguns como apresentando uma relação estatisticamente significativa com comportamentos de aversão ou fraca apetência sexual.

2.4.1. Depressão no ajustamento à Diabetes

Beck sustenta que os esquemas ou estruturas cognitivas nucleares são os principais responsáveis pela forma como compreendemos e damos sentido ao mundo. Estes esquemas, uma vez activados, são responsáveis pelo processamento de informação, que poderá ocorrer de modo distorcido – distorções cognitivas –, favorecendo a formação de pensamentos automáticos que podem adquirir um carácter disfuncional (Nobre, 2006).

Os pensamentos, as emoções e comportamentos disfuncionais resultam destes esquemas cognitivos, pelo que a avaliação e compreensão destes no contexto das doenças em geral, e no da diabetes, em particular, é essencial.

A Clínica de Cleveland revela a este propósito que a depressão é um dos potenciais efeitos da diabetes. Nesse sentido, refere que esta sintomatologia é três vezes mais comum nas

diabéticas que na população em geral, afectando pelo menos 15% de pacientes com este problema. Refere ainda a mesma fonte, que a depressão pode ter um impacto negativo sobre a auto-gestão da doença (e.g. controlo glicémico), estando documentado que quer a intervenção farmacológica, quer, também, a terapia cognitiva e treino de auto-gestão da doença, têm surtido efeitos no seu tratamento.

A mesma fonte divulga que existem casos de sucesso no tratamento com anti-depressivos (57% de remissão), havendo, relativamente à aplicação das terapias, e após 10 semanas de aplicação, uma taxa de sucesso de 85% (terapia cognitiva), porquanto se situa em 27% o sucesso para aqueles que só utilizam o treino de auto-gestão da doença (Portal da Clínica de Cleveland, visitado em 29.01.09).

2.5. Factores de risco da diabetes

Estudados como factores de risco da diabetes, encontram-se, entre outros, a genética familiar, a obesidade, a tensão arterial alta ou níveis elevados de colesterol no sangue, as mulheres que tiveram diabetes na gravidez ou filhos com peso à nascença igual ou superior a 4Kgs, bem como, indivíduos com doenças do pâncreas ou doenças endócrinas (Portal do Ministério da Saúde, visitado em 15.02.09).

2.6. Factores protectores da diabetes

Encontram-se entre os factores protectores da diabetes, um controlo rigoroso da glicemia, da tensão arterial e dos lípidos, vigilância dos órgãos mais sensíveis (e.g. retina, rim, coração, nervos periféricos), bons hábitos alimentares, prática de exercício físico, não fumar, cuidar da higiene e vigilância dos pés (Portal do Ministério da Saúde, visitado em 15.02.09).

3. Função sexual feminina e diabetes

A existência de complicações do foro sexual associadas à mulher diabética é hoje reconhecida, estando algumas das suas características evidenciadas no portal do Ministério da Saúde.

O site da “University of Michigan Health System” reporta complicações sexuais na mulher diabética, como o constrangimento dos vasos sanguíneos da parede vaginal, do qual

podem decorrer problemas como falta de lubrificação na fase de excitação, factor que pode contribuir para uma diminuição da avaliação subjectiva da excitação. Por sua vez, refere a mesma fonte, a secura e os elevados níveis de açúcar no sangue (hiperglicémia) identificados em mulheres diabéticas, podem implicar infecções recorrentes do tracto urinário, bem como, uma avaliação subjectiva de menor excitação ao toque, nas mulheres com esta patologia (Portal da “University of Michigan Health System”, visitado em 29.01.09).

Também segundo Haynal et al. a psicopatologia das perturbações endócrinas levanta questões de elevado interesse científico e clínico, pois se por um lado podemos encontrar transtornos psíquicos provocados pelos efeitos bioquímicos e fisiológicos das hormonas no SNC e nos sistemas metabólicos, por outro, e completando um circuito de mútua e recíproca influência, podemos deparar-nos com alterações corporais induzidas pelas perturbações endócrinas que influenciam o psiquismo (perturbações reactivas), de que são exemplo as perturbações sexuais da diabetes (Haynal et al. 1998).

Rockliffe-Fidler e Kiemle admitem, igualmente, uma possibilidade de associação entre disfunção sexual e o efeito dos factores físicos e do ajuste psicológico à doença. Concretizam os autores que, a) a hiperglicemia pode contribuir para problemas como a redução da hidratação das mucosas, a dispareunia, infecções genitourinárias, redução da tumefacção do clítoris e lubrificação da vagina; b) a afecção vascular decorrente da diabetes pode provocar dispareunia e menor excitação subjectiva; c) os factores psicossociais como ausência de boa disposição e dificuldade nos relacionamentos podem ajudar a promover disfunções sexuais na mulher diabética (2003).

Erol et al. (2003), referem que várias desordens neurológicas decorrentes da diabetes mellitus como a neuropatia periperal podem causar lesões nervosas, as quais podem, subsequencialmente, incorrer num défice sensorial que implique disfunção sexual.

Confirmando a escassez de estudos sobre a sexualidade feminina e dos que a correlacionam com a diabetes, Basson defende que as dificuldades relatadas relativamente à excitação sexual, são mais frequentes nas mulheres diabéticas. Acredita a autora ser por isso pertinente uma investigação que cruze os constrangimentos psicológicos, biológicos e sociais decorrentes desta doença, com a sexualidade feminina, tendo como suporte o seu modelo circular da resposta sexual (Basson, R., 2002).

Ao apelar à importância que assume o bem-estar físico na resposta sexual feminina, Basson refere, como exemplo, um estudo transversal com mulheres menopáusicas, inferindo-se a partir dele que os factores da menopausa *per se* se secundarizam face à importância

relativa atribuída à saúde mental e bem estar físico na mulher (Basson, 2006). Por tal, prossegue a autora, a percepção da mulher sobre o seu estado de saúde parece ser determinante na qualidade da sua resposta sexual.

Lisa Vicente parece corroborar a posição de Basson, relativamente ao peso relativo que assumem o bem-estar físico na sexualidade feminina, em geral, e, particularmente, na da mulher diabética.

Assim, a autora afirma que, apesar de escasso e fragmentado o conhecimento dos vários factores que influenciam a sexualidade e as disfunções sexuais nas mulheres portadoras de diabetes, e apesar de não estar apurado o peso relativo que os factores biopsicossociais têm na sua génese, tudo indica que existe uma associação positiva entre a diabetes e a disfunção sexual feminina (2004).

As ideias supra referidas parecem todas apoiar a perspectiva contextual do modelo de resposta sexual feminina defendido por Basson, justificando, assim, a necessidade de se estudar a relação entre sexualidade feminina e diabetes, observando os vários factores que lhe estão associados.

4. Estudos desenvolvidos sobre a temática

4.1. Associações físicas estudadas

Alguns dos estudos na área indiciam que as mulheres diabéticas estão mais sujeitas a enfrentar perturbações ao nível da sua resposta sexual. As principais conclusões apontam para:

- a) Redução de orgasmo nas mulheres diabéticas por comparação às do grupo de controlo (Kolodny, 1971, cit. por Tyrer G. et al., 1983);
- b) Aumento do número de problemas – dispareunia, orgasmo deficitário e falta de sensação genital - em mulheres diabéticas por comparação ao grupo de controlo (Meeking et al., 1998, cit. por Rockliffe-Fidler & Kiemle, 2003);
- c) Associação positiva significativa entre a disfunção sexual e a neuropatia nas mulheres diabéticas (Leedom et al., 1991, cit. por Rockliffe-Fidler & Kiemle, 2003);
- d) Redução do desejo sexual nas mulheres diabéticas (Schreiner-Engel et al., 1987, cit. por Rockliffe-Fidler et al., 2003);

- e) Associação ligeira entre a diabetes e as disfunções sexuais (Enzlin et al., 1998, cit. por Nappi et al., 2005);
- f) Diminuição das perturbações sexuais nas mulheres com diabetes tipo I por comparação com as mulheres portadoras de diabetes tipo II (Schiel et al., 1999, cit por Nappi et al., 2005);
- g) Aumento para cerca do dobro das disfunções sexuais reportadas pelas mulheres diabéticas tipo I, por comparação com mulheres saudáveis, sendo maioritariamente identificadas - consideráveis diferenças na excitação sexual; escassas diferenças no que respeita ao desejo sexual (Enzlin et al., 2002, cit por Nappi et al., 2005).

4.2. Associações psicológicas estudadas

Os estudos indiciam, também, que as mulheres diabéticas podem viver várias experiências stressantes. As principais conclusões até à data obtidas, apontam para:

- a) Associação positiva entre os problemas sexuais nas diabéticas e uma pobre aceitação da doença (Jensen, 1986, cit. por Rockliffe-Fidler & Kiemle, 2003);
- b) Insatisfação marital (Schreiner-Enger et al., 1987, cit por Rockliffe-Fidler & Kiemle, 2003) ;
- c) Depressão (Newman & Bertelson, 1986, cit. por Rockliffe-Fidler & Kiemle, 2003);
- d) Correlação estatisticamente significativa entre a prevalência da disfunção sexual e os factores psicológicos nas mulheres com doença crónica, destacando-se a prevalência da depressão e a má aceitação da doença (Vicente, L., 2004).

4.3. Resultados contraditórios

Contudo, se alguns estudos defendem associações relevantes entre as complicações da diabetes e as disfunções sexuais, outros aludem a que essas complicações não são factores preditores significativos quando enquadrados no contexto da disfuncionalidade sexual. Lisa Vicente assinala alguma contradição que paira sobre a temática, compactando-a da seguinte forma:

- a) Ausência de correlação entre a prevalência de disfunção sexual feminina e os anos de diabetes, o mau controlo glicémico e a presença de complicações tardias (contrariamente aos homens) (Vicente, 2004);

b) Prevalência de disfunção sexual superior em mulheres com complicações tardias da diabetes, facto que, a ser corroborado, contrariaria a alínea anterior (Vicente, 2004).

A Clínica de Cleveland publica, no seu site, um resumo de estudos sobre esta temática, cujos resultados se contradizem:

- Em 1971 - um estudo sobre 225 mulheres hospitalizadas revelou que 35% de mulheres acusou uma completa ausência de orgasmo, porquanto se estabelecia em 6% o mesmo tipo de queixas na mulher não-diabética.
- Em 1977 - Ellenberg estudou 100 mulheres diabéticas que não aparentavam possuir efeitos da neuropatia na função orgásmica. Apenas cerca de 18% manifestaram redução ou ausência de orgasmo ou líbido.
- Em 1981 - Jensen não notou diferenças significativas na função sexual entre as mulheres diabéticas tratadas com insulina estudadas [26-45], quando comparadas com 40 mulheres não diabéticas.
- Em 1983 - Os elementos maioritariamente encontrados no estudo de Jensen, viriam a obter confirmação pelas mãos de Tyrer - pequenas diferenças se constataram.
- Em 1985 - Schreiner-Engel encontrou menor satisfação sexual na mulher diabética, assim como um nível de funcionamento psicossocial mais deficiente. Mais tarde defendia que não existiam diferenças significativas entre as mulheres diabéticas tipo I e as saudáveis, mas que se davam diferenças entre as mulheres com diabetes tipo I e II, tendo este último tipo de doença um impacto negativo na função sexual feminina.
- Em 1986 - Newman and Bertelson concluíram que as mulheres diabéticas eram mais deprimidas e menos satisfeitas com as suas relações sexuais.

A Clínica de Cleveland revela-nos ainda que, dum estudo com 18 mulheres com diabetes tipo II, 12 sujeitos com hipotiroidismo e 20 mulheres saudáveis, se terá concluído, a) 65% de mulheres diabéticas via o seu estado de saúde enfraquecido; 31% considerava que a diabetes afectava adversamente a sua função sexual; 20% das mulheres não tinha líbido.

Em detalhe, podemos dizer que Jensen (1981, cit. por Enzlin et al. 2003), foi o primeiro autor a efectuar um estudo comparativo entre homens e mulheres diabéticas e um grupo de controlo. Utilizou, para o efeito, 160 sujeitos [(80H;80M); (26-45)] e um grupo de controlo (40H;40M; mesma faixa etária).

Viria então a concluir, a) 44% dos diabéticos contra 12,5% dos homens do grupo de controlo reportaram disfunções sexuais; b) as mulheres diabéticas e não diabéticas não revelaram diferenças face às disfunções sexuais reportadas; c) o sintoma mais encontrado nas

mulheres, ao nível das disfunções sexuais, foi a redução da libido, sem diferenças consideráveis por comparação às mulheres do grupo de controlo; d) entre os factores da diabetes, a neuropatia periperál estava correlacionada com a disfunção sexual, quer nos homens, quer nas mulheres diabéticas. Estes resultados, dado que o estudo assentou na perspectiva libido-vasogongestão e orgasmo, poderão ter sido afectados por este trinómio, na opinião do autor (Jensen, 1981).

Tyrer G. et al. (1983), tentando apurar o tipo de resposta sexual da mulher diabética, levaram por diante um estudo comparativo entre 82 mulheres de idades compreendidas entre 18 e 45 anos, sofrendo da patologia, e um grupo de controlo com 47 mulheres saudáveis, na mesma faixa etária. Utilizaram o método da entrevista e questionários de atitude.

Os autores concluíram, a) nível de lubrificação vaginal relativamente menor na mulher diabética, existindo diferenças muito modestas noutros aspectos, entre os grupos; b) as diabéticas viam-se a elas e aos maridos menos “potentes” que os sujeitos normais; c) o efeito fortalecedor da diabetes, em algumas relações, possivelmente actuaria contra alguns défices fisiológicos encontrados; d) pequenas diferenças encontradas entre a resposta sexual das mulheres com e sem neuropatia sintomática; e) o homem estabelece uma preocupação mais ao nível físico, porquanto a mulher se foca mais na qualidade subjectiva da sua relação sexual; f) é esperado que as mulheres diabéticas se sintam tão mais confortáveis face ao sexo e à sua relação, quanto mais carinhosos forem os parceiros (Tyrer G. et al., 1983).

Newman & Bertelson (1986) tiveram dois objectivos no seu estudo. O primeiro foi aplicar critérios de diagnóstico definidos no DSM-III (1980) e com eles avaliar a frequência e os tipos de problemas da amostra em estudo. O segundo foi utilizar medidas objectivas para avaliar factores psicológicos e fisiológicos associados à disfunção sexual na mulher diabética. Foi usada uma amostra de conveniência ($n=38$ M diabéticas [18-50] com os tipos I e II, acusando disfunção sexual; $n= 43$ M sem reportar qualquer disfunção sexual). As pacientes foram alvo de entrevistas semi-estruturadas a partir das quais foram classificadas, com base nos critérios de diagnóstico do DSM-III para as disfunções sexuais.

Como instrumentos os autores utilizaram o DSFI (Derogatos and Melisaratos, 1979), a BDI (Beck et al., 1961) e o MAT (Locke & Wallace, 1959). Foram também analisados os dados clínicos das participantes diabéticas, e padronizados num checklist com cinco categorias – complicações macrovasculares, nefropatia, neuropatia, retinopatia e infecções recorrentes. As conclusões sugerem que pode existir uma associação entre diabetes e, a) a inibição da excitação; b) a dispareunia; c) a depressão.

Wincze et al. (1993), propuseram-se estudar a resposta sexual genital e subjectiva das mulheres diabéticas, comparando-as com mulheres saudáveis. A amostra compreendeu 7 mulheres portadoras de diabetes tipo I e um grupo de controlo na mesma faixa etária, com mulheres saudáveis [18-40]. O recurso a instrumentos fez-se através do SAI (Hoon et al., 1976), do DSFI (Derogatis and Melisaratos, 1979) e uma ficha sociodemográfica. A medição fisiológica aos estímulos subsequentes à passagem de videotapes eróticos, foi perpetuada através do fotopletismógrafo, sendo a avaliação subjectiva avaliada através de um questionário criado para o efeito. Foi também observada a história clínica dos sujeitos diabéticos.

As conclusões obtidas passaram por, a) não se encontraram diferenças significativas entre os grupos, no que respeita às variáveis demográficas; b) não se encontraram diferenças significativas entre os grupos, no que concerne à excitação, conduta ou satisfação sexual; c) as respostas subjectivas acusaram um *score* de excitação comparável nos dois grupos, aquando da passagem dos filmes; d) as respostas fisiológicas foram em menor número nas mulheres diabéticas que nas saudáveis, diferença que os autores defendem ser a única significativa deste estudo.

Em 2001 Sarkadi & Rosenqvist, visavam estudar o impacto da diabetes tipo 2 na feminilidade e intimidade e investigar se a mulher está receptiva a receber tratamento médico para a sua disfunção sexual. Assim, e apoiados por uma metodologia de triangulação – entrevistas ao grupo alvo combinadas com informação recolhida através do observador e de questionários anónimos -, analisaram 33 mulheres [44-80] diagnosticadas com diabetes tipo 2.

Os resultados obtidos apontaram para, a) pouca facilidade na mulher em comunicar/identificar os seus problemas; b) a necessidade de criar um cenário confortável para que o possam fazer; d) características pessoais do médico e a sua especialidade, parecem interferir sobremaneira sobre a disposição da mulher para discutir os seus problemas.

Enzlin et al. (2002), tiveram como objectivo 1) examinar a prevalência dos problemas sexuais na mulher com diabetes tipo 1; 2) comparar esta prevalência entre as diabéticas e o grupo de controlo; 3) estudar a influência dos factores somáticos associados à diabetes; 4) estudar a influência das variáveis psicológicas no funcionamento sexual de ambos os grupos. Para o efeito foram recrutadas 120 mulheres com diabetes tipo 1 e 180 mulheres saudáveis que funcionaram como grupo de controlo. Foram ambos os grupos convidados a preencher questionários – UKU, BDI, DAS, ADS, ATT19 e DQOL. Foram também observados parâmetros clínicos relativos à patologia, em todas as mulheres diabéticas do estudo.

As conclusões extraídas pelos autores (Enzlin et al. 2002), sugerem, a) mais mulheres diabéticas que do grupo de controlo acusavam disfunção sexual; b) pequenas diferenças foram encontradas na lubrificação vaginal; c) não foi encontrada associação entre a disfunção sexual e a idade, BMI ou duração da diabetes, nas mulheres com a patologia; d) as mulheres com mais complicações ao nível da doença reportavam mais dificuldades sexuais; e) as mulheres que reportavam disfunções sexuais nos dois grupos, relatavam maiores dificuldades conjugais e mais sintomas depressivos, que os seus pares dentro de cada grupo; f) a depressão é um significativo predictor para a disfunção sexual, quer nas mulheres diabéticas quer no grupo de controlo; g) os problemas sexuais são frequentes nas mulheres do grupo diabético, afectando a sua qualidade de vida.

Enzlin & Demyttere (2003), tiveram como objectivos principais, no seu estudo, comparar a prevalência de problemas sexuais nas mulheres diabéticas, relativamente ao grupo de controlo encontrado, examinar a influência da patologia nas variáveis psicológicas, e descrever os predictores da disfunção sexual. Foram, para o efeito, cuidadosamente analisados os registos clínicos das pacientes, utilizando-se questionários de avaliação da satisfação conjugal, ajustamento à doença, depressão e funcionamento sexual.

Os autores terão concluído, a) a sexualidade é um aspecto importante da qualidade de vida das mulheres diabéticas; b) a mulher com esta patologia apresenta um maior risco para os problemas sexuais; c) a disfunção sexual da mulher diabética pode implicar desequilíbrio psicológico o que pode impactar negativamente as relações conjugais.

Erol et al. 2002 estudaram comparativamente 72 mulheres diabéticas (DM) com uma média de idades de 38.8 anos e 60 mulheres saudáveis dentro da mesma faixa etária. Utilizando o FSFI, mediram os *scores* da função sexual. Fizeram também uso de análises ao sangue (HbA1c) e urina para controlo da taxa de glucose. Foi, ainda, calculado o peso e BMI de cada paciente. As conclusões apontaram para, a) as mulheres diabéticas tipo II apresentavam uma maior prevalência de disfunções sexuais ao nível da redução da libido, sensação clitoral, secura vaginal, desconforto vaginal e disfunção orgásmica, por comparação com as mulheres sem a patologia.

Num outro estudo comparativo, Erol et al. (2003), tiveram como objectivo avaliar o sistema sensorial somático genital e extra genital das mulheres diabéticas e investigar a relação entre a disfunção sexual e esse mesmo sistema. Participaram nele 30 mulheres diabéticas e, como grupo de controlo, escolheram-se 20 mulheres saudáveis e sexualmente activas. Foram avaliadas a sua história clínica e sexual. Para o efeito utilizou-se o questionário

FSFI e, no que concerne o sistema sensorial genital, a sua avaliação foi efectuada através de um teste de estimulação vibratória – biotesiometria - , afectando cerca de 300 mm² de nove zonas genitais e 14 extragenitais, registando-se os valores de reacção ao estímulo.

Os autores verificaram que, a) ambos os grupos eram comparáveis em termos de BMI; b) as respostas ao FSFI eram consideravelmente diferentes entre cada grupo, sendo obtido um *score* do FSFI mais reduzido nas mulheres diabéticas, por comparação com as do grupo de controlo; c) as mulheres diabéticas reportaram mais disfunções nas áreas do desejo sexual e da função orgásmica; d) a média dos valores biotesiométricos obtidos é também superior nas mulheres diabéticas, acusando alguma deteriorização da sensibilidade das áreas correspondentes à entrada da vagina, pequenos lábios e clítoris.

Rockliffe-Fidler & Kiemle (2003) preconizaram um estudo comparativo de mulheres com idades compreendidas entre 24 e 83 anos (destas, 18 de tipo 1 e 25 tipo 2). Recorreram aos instrumentos quantitativos – ATT 19 (Dunn et al., 1986); HADSA (Zigmond & Snaith, 1983); Sexuality Scale (Snell & Papini, 1989) SFQ (Heiman, 2000). O estudo usou ainda informação demográfica e indicação de factores biológicos. Ao nível qualitativo usaram-se entrevistas semi-estruturadas.

A comparação inter-grupos apurou que as portadoras de diabetes tipo 2 mostravam menor preocupação sexual, menor desejo e prazer, assim como escalões funcionais da sexualidade aquém dos revelados pelas portadoras de diabetes tipo 1. Evidenciaram-se, como factores promotores da situação estudada, aspectos psicológicos individuais, como a ansiedade ou o ajustamento à diabetes, sendo contudo a depressão aquele que acusou uma variância bastante mais significativa nos escalões correspondentes ao funcionamento sexual das inquiridas. Sobressai, aqui, que as mulheres com diabetes tipo 2 ou com mais idade, revelavam maiores dificuldades na vivência da sua sexualidade (Rockliffe-Fidler & Kiemle, 2003).

Em 2004, um estudo de caso de Bultrini et al. visou encontrar uma associação entre a diabetes tipo 1 e a disfunção sexual na mulher. Para o efeito, os autores estudaram uma mulher de 29 anos que apresentava uma desordem de excitação sexual, perda de resposta orgásmica e de desejo sexual, sem razões psicológicas, relacionais ou ginecológicas que o justificassem. O sujeito foi convidado a preencher o FSFI e a fazer uma série de exames médicos, sendo que ao fim de um mês, os resultados acusaram diabetes tipo I. Após tratamento de controlo da diabetes, o sujeito experimentou uma recuperação muito considerável das suas queixas sexuais. Por tal, concluíram os autores, este caso é ilustrativo da

relação entre disfunção sexual e diabetes 1, apelando a um efectivo controlo glicémico nestes casos.

Doruk et al. (2005) levaram por diante um estudo cujo objectivo principal se prendeu com a obtenção de resultados sobre o efeito da diabetes mellitus no funcionamento sexual da mulher. O estudo visava, ainda, detectar os possíveis factores predictores da disfunção sexual. A amostra recaiu sobre 127 mulheres casadas, divididas em três grupos – 21 com diabetes tipo 1 (GR I), 50 com a diabetes tipo 2 (GR II) e 56 mulheres saudáveis (GR III). Como instrumentos foram utilizados o FSFI e uma ficha sociodemográfica. Os resultados obtidos sugerem, a) uma predominância mais elevada e severa de disfunções sexuais na mulher GR I, por comparação com a mulher GR II ou GR III; b) os factores de risco da diabetes podem originar disfunção sexual na mulher.

Com o objectivo de avaliar a função sexual de 72 mulheres pós-menopáusicas, sendo 36 diabéticas (DM), Mezones-Holguin et al. (2008), preconizaram um estudo em contexto peruano, utilizando os instrumentos FSFI - para medição dos *scores* relativos à função sexual, e a BDI, para medição da depressão associada à patologia. Foram recolhidas informações sobre história clínica e dados sociodemográficos. As conclusões alcançadas relativamente às mulheres diabéticas, passam por, a) pior *score* para a depressão; b) um declínio da frequência de relacionamento sexual; c) degradação da relação marital; d) piores *scores* na FSFI, a todos os níveis; e) superior prevalência de disfunção sexual (75%, contra 30,6% no grupo de controlo); f) afecção pela diabetes de todas as áreas da função sexual, independentemente do factor depressão, existindo, contudo, uma associação entre a diabetes e a depressão.

Sabe-se, também, que a dispareunia pode estar associada a outras causas, que não as decorrentes da diabetes. Numa investigação levada a cabo por Bauer et al. (2009), compararam-se 80 mulheres com dispareunia superficial e 62 mulheres sem queixas de desordens sexuais, pertencentes a uma faixa etária entre os 18-45 anos. Concluiu-se que as variáveis cognitivo-afectivas associadas à sexualidade da mulher e a satisfação com o seu companheiro (a), ajudavam a fazer a distinção entre mulheres com e sem dispareunia, a qual, na opinião de Lisa Vicente (2004), não surge significativamente aumentada na maioria dos estudos efectuados no seio de mulheres diabéticas.

CAPÍTULO II - PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

1. Metodologia

1.1 Delineamento do estudo

A presente investigação enquadra-se nos estudos de carácter “observacional-descritivo de comparação” (Pais Ribeiro, 1999, p.42). É ainda um estudo quantitativo que procura correlacionar indicadores de saúde como a percepção sobre a diabetes e a satisfação sexual das mulheres com esta patologia, com variáveis como sejam as sociodemográficas, psicológicas e relacionais (díade). Para o efeito, todas as participantes responderão aos mesmos questionários (em anexo), sendo-lhes solicitado que atribuam as suas respostas consoante as percepções individuais ao nível das várias questões colocadas.

Trata-se de um estudo observacional-descritivo de comparação entre grupos porque “foca dois ou mais grupos, escolhidos com base no critério de um grupo possuir uma característica de interesse para o estudo e o outro não, sendo a recolha dos dados efectuada num único período de tempo” (Pais Ribeiro, 1999, p.42).

É ainda um estudo correlacional, uma vez que “se analisam as relações sem que se manipulem as variáveis em estudo. Os dados recolhidos expressam as relações entre variáveis tal como elas existem naturalmente. A análise correlacional não permite fazer inferências acerca da causalidade, do tipo *a* provoca *b*. Somente permite afirmar que, provavelmente, quando *a* aumenta (ou diminui) *b* aumenta (ou diminui)” (Pais Ribeiro, 1999, p.60).

É também um estudo quantitativo porque “(...) fortemente associado aos estudos experimentais e ao teste de hipóteses. Quando esta abordagem é aplicada assume-se uma perspectiva determinista e positivista segundo a qual o comportamento humano e as suas causas podem ser especificados de uma forma mais objectiva” (D’Oliveira, 2005, p.18).

Este tipo de estudo observa, ainda, um “método epidemiológico” em que se verifica se a ocorrência de determinadas doenças se relaciona com aspectos que se suspeita serem factores de risco para as mesmas, em populações diferentes, ou na mesma população mas em momentos diferentes (Pais Ribeiro, 1999, p. 44).

1.2 Objectivos e Hipóteses Conceptuais

O objectivo geral deste estudo é analisar a resposta sexual e, em particular, a excitação sexual genital e subjectiva, numa amostra de mulheres portadoras de diabetes, em período reprodutivo, comparando-a com a resposta sexual de um grupo de mulheres saudáveis, estabelecido como grupo de controlo. Suportam o objectivo geral referido, quatro objectivos específicos que assumem a seguinte configuração:

Objectivo 1- Avaliar o tipo de resposta sexual da mulher portadora de diabetes em período reprodutivo, e o da mulher saudável.

Objectivo 2- Detectar a prevalência de factores de risco como depressão e má percepção sobre o estado de saúde, na mulher diabética em período reprodutivo.

Objectivo 3- Perceber até que ponto os constrangimentos biopsicossociais causados pela diabetes afectam a relação da díade.

Objectivo 4- Identificar efeitos da medicação na resposta sexual da mulher diabética em período reprodutivo.

No âmbito da presente investigação e reportando aos objectivos elencados, abordar-se-ão, de seguida, algumas hipóteses conceptuais que suportam este estudo:

H1 – A mulher diabética em período reprodutivo tem uma resposta sexual menos satisfatória que a mulher saudável.

H2 – A mulher diabética em período reprodutivo tem superiores índices de depressão e uma pior percepção sobre a sua saúde.

H3 – A satisfação relacional da mulher diabética em período reprodutivo, é afectada pelos constrangimentos biopsicossociais da diabetes.

H4 – A medicação prescrita à mulher diabética em período reprodutivo, interfere na qualidade da sua resposta sexual.

Variáveis

As variáveis dependentes e independentes são as variáveis primárias de uma investigação, como refere Pais Ribeiro (1999). Contudo, e dado que o nosso estudo admite a possibilidade de verificar de que forma a “medicação” pode interferir na resposta sexual da mulher diabética em período reprodutivo, admitimos a inclusão daquela, como variável de controlo. Aqui se justifica o recurso a variáveis de controlo, reportando a Pais Ribeiro (1999, p.35) – “(...) aquelas que a investigação ou a experiência tem demonstrado que se relacionam com a variável dependente e que é necessário controlar para poder afirmar que a variável independente influencia a dependente.”

1. Variável Independente

Mulheres diabéticas em período reprodutivo

2. Variáveis Dependentes

2.a.- Excitação sexual genital

2.b.- Excitação sexual subjectiva

2.c.- Desejo sexual

2.d.- Resposta orgástica

2.e.- Satisfação sexual

2.f.- Satisfação relacional

2.g.- Percepção do estado de saúde

2.h.- Depressão

3. Variável de controlo - Medicação

1.4. Amostra

A amostra será formada por 75 mulheres diabéticas sexualmente activas e em período reprodutivo, representativas de todos os estatutos sociais. Fizemos uso desta amostra, apoiando-nos na ideia sugerida por Tinsley e Tinsley (1987, cit. por Pais Ribeiro, 1999, p. 58), de que se devem considerar 10 sujeitos, ou 5 sujeitos como o mínimo requerido, por variável em análise. O uso deste número de participantes é ainda fundamentado pelo facto de se tratar de uma amostra não probabilística, como é mais usual em Psicologia da Saúde (Pais Ribeiro, 1999), obtida em contexto de doença, facto que de alguma forma dificulta o acesso à amostra.

Trata-se, assim, de uma amostra de conveniência a recolher entre mulheres que procuram a consulta de diabetes dos Hospitais de Santa Maria (Lisboa), Hospital de São José (Lisboa) e Hospital Curry Cabral (Lisboa). A faixa etária das participantes situa-se entre os 22 e os 42 anos.

Relativamente à abordagem às participantes no estudo, será a mesma veiculada através de entrevistas clínicas no âmbito da especialidade de endocrinologia, estando ao abrigo de um consentimento informado distribuído por todas as participantes.

Estamos, desta forma, em presença de uma população bastante específica, que reúne características dos vários tipos de diabetes, à qual não seria fácil aceder sem a cooperação dos médicos que acompanham estas mulheres, na consulta da respectiva especialidade.

A escolha da faixa etária das participantes prende-se com o facto de nos interessar observar mulheres em período reprodutivo, pelo que tentámos obter uma amostra não probabilística - “ (...) dado que a probabilidade de uma qualquer mulher ser incluída na amostra é desconhecida” (Pais Ribeiro, 1999, p.53).

Sendo a amostra escolhida por conveniência do investigador, para a sua recolha partiu-se do princípio de que, relativamente às características em causa, a população é relativamente homogénea, e, como tal, o recurso a um qualquer endocrinologista que acompanha estes sujeitos é válido.

Este tipo de amostragem, por não ser representativo da população e não garantir, por tal, a representatividade da amostra, apenas permite resultados a si aplicados. Este é um método que apresenta vantagens, como rapidez e um baixo custo (Pais Ribeiro, 1999).

Os critérios de elegibilidade subjacentes aos sujeitos que compõem a amostra assumem a seguinte configuração:

- Ser mulher;
- Ser diabética;
- Ter idade superior ou igual a 22 anos e inferior ou igual a 42 anos;
- Manter um relacionamento afectivo há pelo menos seis meses;
- Ter um parceiro sexual estável há pelo menos seis meses;
- Ser assistida na consulta de endocrinologia dos hospitais abrangidos pelo estudo há pelo menos um ano;
- Ter feito um rastreio ginecológico no último ano;
- Possuir uma avaliação normal da pressão sanguínea efectuada até à semana anterior à passagem dos questionários;
- Ter efectuado análises para controlo dos níveis de glucose, até uma semana antes da semana de passagem dos questionários.

Como critérios de exclusão tomados por referência face aos sujeitos que compõem a amostra, consideram-se:

- Apresentar prescrição de medicamentos do foro psiquiátrico;
- Possuir problemas ginecológicos passados;
- Apresentar outras doenças crónicas no seu historial;
- Ser dependente do álcool;
- Acusar dependência de psicotrópicos;
- Ser histerectomizada;

Relativamente ao grupo de controlo, estabelecido pela necessidade de comparação intergrupar, ele será composto por 60 funcionárias de escolas secundárias, transversais a todas as classes sociais (cerca de 1/3 oriundo de cada escola), que devem participar neste estudo de forma voluntária e gratuita.

Trata-se de uma amostra probabilística estratificada, dado que é obtida em função de determinados grupos da população saudável que nos interessam estudar (Pais Ribeiro, 1999). Assim, tendo sido definidos os grupos de interesse que nos interessam comparar com a

amostra de mulheres diabéticas (X mulheres de classe social baixa, Y mulheres de classe social média, Z mulheres de classe social alta...), procederemos à selecção das participantes, por sorteio.

Estes sujeitos devem paralelizar com os da amostra em termos de variáveis sociodemográficas, pelo que serão escolhidos, numa primeira fase, a partir da base de dados da secretaria de cada escola, e, num segundo momento, através do preenchimento dos questionários.

Visando uma melhor diferenciação entre as mulheres do grupo de controlo e os sujeitos da amostra, receberão as primeiras, um código de identificação - C1, C2,...CX-, porquanto as mulheres diabéticas serão identificadas como D1, D2,... DX.

1.5 Instrumentos

Suportados por Lisa Vicente (2004), e apoiando a ideia defendida por Basson de que a sexualidade humana é condicionada por múltiplos determinantes que interagem constante e dinamicamente, utilizaremos instrumentos que visam abordar alguns dos factores que podem nela interferir e que se encontram entre os abaixo descritos:

- Factores Biológicos - o estado de saúde em geral e do sistema génito-urinário em particular; estados de sistema sistémicos; utilização de fármacos.
- Factores Psicológicos - características e desfechos dos relacionamentos antes vividos; atitudes e crenças face à sexualidade e relação de intimidade; humor e auto-estima.
- Factores Socioculturais - normas e atitudes que cada grupo estabelece como adequadas.

De forma a podermos elaborar o melhor diagnóstico, detalharemos ainda o contexto relacional e os factores interpessoais relativos a estas mulheres, premissas que Basson determina como devendo ser sobrevalorizadas, na sua perspectiva contextual de sexualidade. Assim, este estudo socorrer-se-á dos seguintes instrumentos:

- FSFI (Female Sexual Function Index) (ANEXO I)

- DAS (Dyadic Adjustment Scale) (ANEXO II)
- SF-36 (Health Survey) (ANEXO III)
- BDI (Beck Depression Inventory) (ANEXO IV)
- Ficha de caracterização sócio-demográfica (ANEXO V)
- Questionário de satisfação sexual (ANEXO VI)

Relativamente ao FSFI – Female Sexual Function Index –, da autoria de Rosen et al. (2000), trata-se de um instrumento traduzido e validado para utilização em pacientes de língua portuguesa, no Brasil, por Hentschel et al. (2007).

Este instrumento tem como objectivo auxiliar a uma melhor compreensão da função sexual feminina em diferentes grupos, como pacientes com incontinência urinária, com fibromialgia, cancro de mama e, também, noutras populações. A sua fácil e rápida aplicação permite, na opinião dos autores, a sua utilização em estudos epidemiológicos onde seja necessária a utilização de múltiplos instrumentos de avaliação (Hentschel et al., 2007).

O FSFI foi traduzido e adaptado para a população portuguesa, por Pedro Nobre, em 2002, não estando, contudo, publicado o seu estudo de adaptação (Nobre, P., 2006). Esta adaptação do instrumento é constituída por 20 questões sobre a actividade sexual decorrente nas últimas quatro semanas, avaliada através de seis dimensões - o grau de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor (dispareunia). As pontuações variam entre 0 e 5 ou 1 e 5, dependendo da dimensão avaliada.

No que respeita à DAS – Escala de Ajustamento Diádica –, da autoria de Spanier, G. (1976) com versão adaptada para português por Pereira, Ramalho & Santos (1999), é um instrumento que avalia o ajustamento da díade em termos da qualidade da relação e interacção do casal em contextos não sexuais.

A DAS é composta por 32 itens distribuídos por quatro subescalas que avaliam quatro dimensões da relação: satisfação, coesão, consenso e expressão emocional, correspondendo um resultado elevado a um melhor relacionamento da díade (Pereira & Ferreira, 2006).

O SF-36, tem como objectivo avaliar a percepção da saúde tal como é definida em termos da OMS (Organização Mundial de Saúde), em jovens e adultos, pelo que o constructo avaliado deste instrumento assenta num modelo multidimensional de saúde.

É, provavelmente, a escala mais utilizada para avaliar a qualidade de vida (Pais Ribeiro, 2007), tendo sido submetida a uma validação teórica com confirmação empírica, na população portuguesa, segundo versões adaptadas por Pais Ribeiro (2005), P. Ferreira (2000)

e P. Santana (2003). Este instrumento apresenta duas versões em português, (V 1.0 e V 2.0), residindo a sua diferença ao nível da alternativa de resposta a 7 dos 36 itens, que, da V 1.0 para a V 2.0 passa de duas alternativas para cinco.

Os 36 itens do SF-36 distribuem-se por oito dimensões – funcionamento físico; desempenho físico; dor corporal; saúde mental; desempenho emocional; funcionamento social; vitalidade; percepção geral de saúde – que se associam em duas grandes componentes, a física e a mental (Pais Ribeiro, 2007).

A versão do SF-36 que aqui se utilizará (V 1.0), resulta de um estudo com população normal e com doença apresentado por Pais Ribeiro, em 2005, apresentando como alternativas de resposta, escalas ordinais entre 2 e 6 pontos, sendo a nota de cada dimensão convertida de “0” a “100”.

O Beck Depression Inventory – BDI -, (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961, cit. por Pais Ribeiro, 2007) foi criado com o intuito de diferenciar os elementos de uma população depressiva dos de populações não depressivas, e de avaliar a gravidade da depressão. O seu constructo foi avaliado e validado em português, através da adaptação para esta língua levada a cabo por Vaz Serra & Abreu (1973), cuja versão, para além de manter a configuração original do instrumento, se apresenta bem fundamentada (Pais Ribeiro, 2007).

O Inventário de Depressão de Beck foi elaborado a partir da observação clínica de atitudes e sintomas manifestados por pacientes psiquiátricos deprimidos, o que conduziu à sua sistematização e condensação num conjunto de 21 itens de escolha múltipla, divididos em duas sub-escalas: Sub-Escala Cognitiva-Afectiva e Sub-Escala Somática.

Os seus itens são relativos a sentimentos, pensamentos e sintomas designados como tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retracção social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido, e apresentam uma possibilidade de resposta de um em cinco por cada um deles.

Todos os itens são classificados numa escala de Gutman, que permite imprimir uma ordem crescente à apreciação qualitativa dos pacientes – inexistente, leve, moderado e grave - ,assumindo estas dimensões valores numéricos que variam, pela mesma ordem e respectivamente, de 0 a 3.

O resultado final consiste na soma das classificações de cada grupo sintomatológico, permitindo assim identificar um quadro depressivo inexistente ou existente, atribuindo-se,

neste último caso, o patamar de classificação percebido. Refira-se, relativamente aos valores normativos, que Vaz Serra & Abreu propõem como ponto de corte para a identificação da depressão, um *score* de 12 valores (Pais Ribeiro, 2007).

A utilização desta escala no contexto das dificuldades sexuais e da diabetes parece bastante adequada, tendo em conta que a perturbação depressiva parece ser um dos principais quadros de co-morbilidade de ambas as problemáticas.

A Ficha de Caracterização Sócio-demográfica é composta por 15 questões relacionadas com características pessoais como a idade, estado civil, situação relacional, duração do compromisso, co-habitação e habitabilidade, família, número de filhos, habilitações, situação profissional, satisfação com a actividade laboral, ocupação dos tempos livres, satisfação face à vida, afastamento dos filhos, orientação sexual, hábitos de consumo e outras situações de vida. Estas são as questões que se julgam pertinentes para apuramento, no âmbito deste estudo.

Relativamente aos procedimentos para a construção do instrumento “Questionário de Satisfação Sexual”, são considerados aspectos que a revisão de literatura escassamente reporta a propósito desta temática na população específica da mulher diabética. Acreditamos que muitas poderiam ser as questões colocadas, para além das que criámos. Contudo, seguimos a tendência que o nosso *insight* ajudou a formular.

Procedeu-se, assim, à escolha de um conjunto de 9 itens que permitiram a elaboração de um questionário tipo-*Likert*, de cinco pontos. As dimensões avaliadas são a) Ternura; b) Comunicação; c) Partilha na díade; d) Grau de intimidade e confiança; e) Descoberta preliminar do corpo; f) Grau de lubrificação antes da penetração; g) Grau de excitação antes da penetração; h) Duração do acto sexual; i) Orgasmo.

1.6 Procedimento

Após a revisão de literatura adequada ao enquadramento da temática em estudo, proceder-se-á à escolha de três Unidades Hospitalares que reúnem critérios de selecção adequados - existência de uma consulta na especialidade de endocrinologia e cobertura de uma grande área populacional.

De seguida se tomarão diligências no sentido de estabelecer um contacto directo com as direcções dos hospitais seleccionados, através de carta (ANEXO VII), solicitando autorização para um estudo que visará analisar a resposta sexual de mulheres diabéticas em

período reprodutivo, nos diferentes tipos da doença. Esta etapa decorrerá quase simultaneamente, nos três hospitais e, dado que o retorno de resposta é solicitado pelas investigadoras, o início do estudo apenas se poderá processar após a sua obtenção.

Passar-se-á à fase de apresentação interpessoal, efectuada de forma presencial e previamente agendada por via telefónica, entre a investigadora e o secretariado da direcção de cada unidade hospitalar.

Será então estabelecido um protocolo com a direcção de cada hospital, ao abrigo do seu sistema interno, apontando no sentido da viabilização do estudo através de um ético acesso aos sujeitos da amostra, à disponibilização dos elementos informativos clínicos, bem como, à sala e ao material necessários ao preenchimento dos questionários julgados adequados a este propósito.

A partir do contacto com a direcção hospitalar de cada uma das entidades se acederá ao médico endocrinologista que acompanha as pacientes, sendo-lhe pedida autorização para recolhermos informação sobre 25 das pacientes diabéticas que acompanha, e para se abordarem os sujeitos, individualmente, no final da sua consulta. Solicitaremos ainda que, previamente à nossa abordagem, o especialista explique às participantes o propósito do estudo, bem como, a colaboração voluntária e confidencial a que se submetem. Ficarão também agendados os dias para se proceder à passagem dos questionários.

Após esta fase, proceder-se-á ao reconhecimento das características espaciais e laborais de cada entidade, viabilizando-se, assim, um bom contacto com a sua orgânica e com as particularidades burocráticas a serem respeitadas, permitindo este processo um acesso ético e responsável às informações necessárias.

1ª Fase da recolha de dados

Proceder-se-á à análise de conteúdo das fichas médicas das mulheres diabéticas, atentando nos comentários redigidos pelo seu endocrinologista, os quais serão organizados em torno de uma grelha de registo psico-fisiológico (ANEXO X) facilitadora da leitura, constituída pelos seguintes itens:

- aspectos de saúde geral - ocorrência de doenças e sua frequência
- alterações comportamentais
- diabetes com uma *range* controlada do nível de glucose

Este processo funcionará como um filtro, permitindo fazer uma prévia selecção dos sujeitos, antes de submetê-los à passagem dos questionários. Assim poderemos excluir algumas mulheres que não reúnam condições de elegibilidade para a nossa amostra, não sendo os indicadores obtidos, contudo, incluídos no estudo. Trata-se de uma operação que se antecipará uma semana à passagem dos questionários.

2ª Fase da recolha de dados

Mediante o escalonamento de horários estipulado por cada especialista, para a sua consulta, tomaremos providências no sentido de o cumprirmos escrupulosamente, nunca permitindo a sobreposição de dias entre cada unidade hospitalar.

Aguardando pelo fim de cada consulta, acederemos aos sujeitos da amostra que concordem em ser encaminhados para o estudo, pelas mãos do endocrinologista, que no-los apresentará. Desta forma se abrirá espaço ao desenrolar de uma breve conversação e ao encaminhamento à sala onde o preenchimento dos questionários decorrerá.

O preenchimento dos questionários tem por base uma auto-aplicação experimental realizada pelas investigadoras, aquando da preparação do estudo. Este exercício permitiu estimar em uma hora e quinze minutos o seu tempo de passagem total.

Antes de iniciada a passagem dos questionários entre os sujeitos da amostra, é atribuído a cada mulher diabética convocada para o seu preenchimento, um pequeno cartão que a identifica com uma ordem alfanumérica sequencial (a primeira mulher será identificada como D1, a segunda como D2 e assim sucessivamente).

Nesta fase as inquiridas são colocadas numa “situação-padrão – uma sala apropriada com luz, som e conforto adequados” (Pais Ribeiro, 1999, p. 86) –, na instituição à qual reportam na qualidade de utentes. Dado tratar-se de um “teste de papel e lápis” (Pais Ribeiro, 1999, p. 85), a secretária atribuída a cada mulher disporá de um lápis, para os devidos propósitos.

É neste momento que caberá reforçar a situação confidencial a que as participantes se submetem, explicar o tipo de instrumentos a utilizar, a sua duração e condições de preenchimento, promovendo a capacidade de previsibilidade de acontecimentos nos sujeitos. Por tal se torna preponderante a presença da investigadora, neste percurso.

Celebrar-se-á com cada participante um acordo prévio, pela passagem de um termo de consentimento informado (ANEXO IX). Neste documento ficam identificados o propósito, as investigadoras e a participante na investigação, sendo também explanadas as respectivas responsabilidades, informando-se os sujeitos de que podem abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal, ou que, participando nele, poderão aceder aos seus resultados.

Cada participante assinará e entregará o destacável do termo de consentimento informado, à investigadora, declarando ter aceite as condições propostas.

Dar-se-á início à distribuição de cada questionário pela mão da investigadora, à participante. De forma gradual, se procederá, em presença das mesmas, ao preenchimento dos questionários. Trata-se, assim, e de acordo com Pais Ribeiro, de questionários que requerem um tipo de preenchimento pelo próprio, em presença do testador.

A avaliação das opiniões dos sujeitos da amostra será assim propiciada através de questionários anónimos de auto-resposta, anteriormente descritos e remetidos para anexo, neste trabalho, os quais, devolvidos em mão à investigadora, serão cuidadosamente identificados e guardados em armário fechado e trancado, possibilitando, assim, a confidencialidade. O acesso ao seu conteúdo só será permitido às investigadoras envolvidas no estudo, sendo o mesmo retomado aquando do tratamento informático dos dados.

Posteriormente, e rumo à obtenção do nosso grupo de controlo, será efectuada uma abordagem junto dos Conselhos Directivos de três escolas secundárias que apresentem grande acessibilidade e forte densidade populacional, via carta (ANEXO VIII).

Estabelecido o contacto e agendamento de datas, será presencialmente assinado um protocolo ao abrigo do modelo interno implementado pela instituição, onde constarão as condições espaciais, materiais e humanas para a viabilização do estudo.

O Conselho Directivo de cada instituição deliberará a divulgação do estudo, permitindo às suas funcionárias acederem à participação no mesmo, através de uma prévia inscrição na secretaria da escola.

Aquele órgão divulgará ainda a essencial condição para a participação neste estudo, destas mulheres – terem entre 22 e 42 anos e serem saudáveis.

No que respeita às condições sociodemográficas de cada mulher, e visando apurar um grupo heterogéneo, a investigadora solicitará que as participantes envolvidas digam respeito a todos os estatutos sociais (senhoras da limpeza, auxiliares de educação, administrativas, professores, directores) e agendará um período de uma semana, posterior à recolha da amostra, no qual terá lugar a recolha de dados relativa ao grupo de controlo.

Escolheremos assim 60 mulheres que passarão pelo preenchimento dos mesmos questionários a que os sujeitos da amostra serão submetidos, não necessitando, pelo seu bom estado de saúde, de efectuar exames médicos.

Seguiremos os procedimentos utilizados para a amostra, no que respeita às explicações relativas aos questionários, sendo igualmente preenchido e devolvido o destacável do termo de consentimento informado.

Os questionários serão também iguais, sendo as condições a que os sujeitos do grupo de controlo se submetem idênticas às das dos sujeitos da amostra.

Acresce que todas as mulheres pertencentes ao grupo de controlo são também identificadas com caracteres alfanuméricos (primeira mulher, C1, segunda mulher C2...).

Os dados completos, recolhidos entre Março e Maio do ano em que o estudo decorrerá, serão cuidadosamente guardados em armários fechados e trancados. Todos os dados obtidos têm a sua inserção e tratamento informáticos previstos entre Maio e Junho do mesmo ano.

O procedimento para a realização da análise estatística dos dados recolhidos será efectuado por recurso ao software informático SPSS (*Statistical Package for Social Science*) 16.0 - Windows (SPSS Inc, Chicago).

Realizar-se-á, primeiramente, uma análise descritiva (para caracterização da amostra e do grupo de controlo), após o que se passará para uma análise inferencial (para avaliar as relações entre as variáveis em estudo).

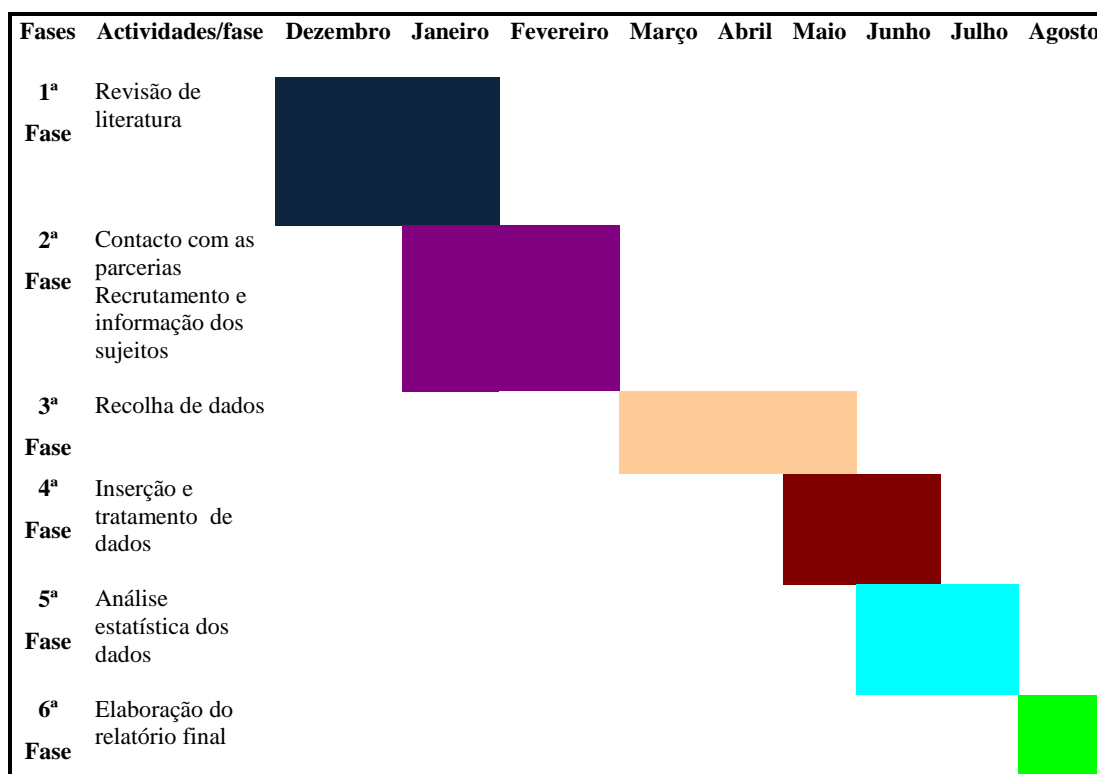
Para comparação da média de idades entre as participantes com e sem diabetes, procederemos à aplicação do *t*-test.

Efectuaremos, também, uma análise paramétrica, para se proceder à comparação dos *scores* apurados relativamente aos desempenhos das participantes pertencentes aos dois grupos.

As seis fases em que o estudo se dividiu, que decorrerão durante um período de nove meses, encontram-se resumidamente escalonadas no cronograma que se segue.

1.6.1. Cronograma do Projecto

Tabela I - Fases do Projecto



CAPÍTULO III – Nota conclusiva

Acreditamos que podem ser relevantes as implicações deste estudo nos cuidados de saúde primários que prestam apoio às mulheres diabéticas. Para além de permitir analisar o impacto dos factores físicos e psicológicos na sexualidade destas mulheres, esta investigação permite abertura para a abordagem de um tema de relevo para a sua qualidade de vida, sobre o qual, muitas vezes, mantêm preocupações não partilhadas.

O método de investigação aqui escolhido, se por um lado pode permitir aferir o tipo de resposta sexual de 75 mulheres diabéticas, assim como a sua perturbação emocional e relacional, poderá não veicular, pela escassa dimensão da amostra e pela sua limitação

geográfica e cultural, a universalização das conclusões obtidas. Sugerimos, pois, apelando à valorização da vertente contextual que Basson defende, a sua réplica noutros contextos.

Consideramos que seria igualmente interessante verificar a existência de reorganizações e mudanças que se sobrepõem e se influenciam ao longo do tempo, pelo que aqui, a adopção de uma metodologia longitudinal, poderia ter cabimento.

Tendo em conta a limitação ou contradição dos estudos sobre os efeitos da diabetes na fisiologia da função sexual feminina reportados por Lisa Vicente (2004), e considerando-se que a sua maioria enfoca a forma como são vividas as representações da doença, não abordando a fundo as implicações e expectativas relativas à vivência da intimidade/sexualidade, parece-nos oportuno atentarmos na variabilidade individual da resposta sexual destas mulheres. Adoptando um olhar mais subjectivo na condução de outros estudos, poder-se-ia, assim, optar por uma metodologia de estudo caso.

A escassa evidência empírica sobre esta temática, se de certa maneira revela ainda pouco sobre ela, deixa, por outro lado, portas abertas à introdução de novos e interessantes cruzamentos de variáveis que podem contribuir para uma melhor percepção sobre um número chave de marcadores físicos e psicológicos de relevo na saúde sexual da mulher diabética.

Referências Bibliográficas

Althof, S. E., Rosen, C. R., DeRogatis, L., Corty, E., Quirck, F., Symonds, T. (2005). Outcome Measurement in Female Sexual Dysfunction Clinical Trials: Review and Recommendations. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 3, 153-166.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª edição, texto revisto DSM-IV-TR). Lisboa: Climepsi.

Basson, R. et al. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal Psychosom Obstet Gynecol*, 24, 221-229.

Basson, R. (2000). The Female sexual Response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 51-65.

Basson, R. (2002). Women's Sexual Desire - Disordered or Misunderstood?. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(s), 17-28.

Basson, R. (2002a). Review: Female sexual dysfunctions - the new models. *British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 2, 267-270.

Basson, R. (2006). The complexities of women's sexuality and the menopause transition. *University of British Columbia* 13(6), 853-855.

Basson, R. (2008). Review: Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *International Journal of Impotence Research*, 20, 466-478.

Bauer, M., ter Kuile, M. M., Ellen, L. and Trimbos, B. (2009). Cognitive-Affective Correlates and Predictors of Superficial Dyspareunia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35, 1- 25

Bultrini, A., Carosa, E. Colpi, E.M., Poccia, G., Iannarelli, R., Lembo, D., Lenzi, A., & Jannini, E.A. (2004). Possible Correlation Between Type 1 Diabetes Mellitus and Female Sexual Dysfunction: Case report and Literature Review. *J Sex Med*, 1, 337-340

D'Oliveira, T. (2005). *Teses e dissertações: recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH, Lda.

Doruk, H., Akbay, E., Çayan, S., Bozlu, M., & Acar, D. (2005). Effect of diabetes mellitus on female sexual function and risk factors. *Archives of Andrology*, 51, 1-6

Enzlin, P., Mathieu, C., van den Bruel, A. (2002). Sexual Dysfunction in Women with Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 25, n.º 4, 672-677

Enzlin, P., Mathieu, C., & Demytteeanere, K. (2003). Diabetes and Female Sexual Functioning : A State-of-the-Art. *Diabetes Spectrum*, 16, n.º 4, 256-259

Erol, B. Tefekli, A., Ozbey, I., Salman, F., Dincag, N., Kadioglu, A., Tellaloglu, S. (2002). Sexual Dysfunction in Type II Diabetic Females: a Comparative Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(s), 55-62

Erol, B., Tafekli, A., Sanli, O., Ziylan, O., Armagan, A., Kendirci, M., Eryasar, D. & Kadioglu, A. (2003). Does sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory system in diabetic woman? *International Journal of Impotence Research*, 15, 198-202

Haynal, A. & Pasini, W & Archinard, M. (1998). *Medicina Psicossomática, Perspectivas Psicossociais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Henschel, H., Alberton, D. L., Capp, E., Goldim, J. R., & Passos, E. P. (2007). Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em Língua Portuguesa. *Rev. HCPA*, 27, 1-5.

- Jensen, S. B. (1981). Diabetic Sexual Dysfunction: A Comparative Study of 160 Insulin Treated Diabetic Men and Women and an Age-Matched Control Group. *Archives of Sexual Behavior, 10, No 6*.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders or sexual desire*. Nova Iorque: Brunner/Mazel.
- Lopes Silva, I. (2006). *Psicologia da Diabetes*. Coimbra: Quarteto.
- Master, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Mezones-Holguin, Blumel, J.E., Huezo, M., Vargas, R., castro, J., Córdova, W., Valenzuela, G., & Castelo-Branco, C. (2008). Impact of diabetes mellitus on the sexuality of Peruvian postmenopausal. *Gynecological Endocrinology, 24(8)*, 470-474
- Nappi, R., Salonia, A, Traish, A, van Lusen, R., Vardi, Y., Kodiglu, A. & Goldstein, I. (2005). Clinical Biologic Pathophysiologies of Women's Sexual Dysfunction. *Journal of Sexual Medicine, 2*, 4-25
- Newman, A.S., & Bertelson, A.D. (1986). Sexual Dysfunction in Diabetic Women. *Journal of Behavioral Medicine, 9*, n.º 3, 261-270.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções sexuais. Teoria, investigação e tratamento*. Lisboa: Climepsi
- Pais Ribeiro, J. L.(1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dhome
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007a). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Pereira, M. G. & Ferreira, J. M. (2006). Variáveis Psicossociais e Traumatização Secundária em mulheres de Ex-combatentes da Guerra Colonial. In P. Costa, C. L. Pires, J. Veloso, & C. L. Pires (Eds.). *Stress pós-traumático: Modelos, Abordagens & Práticas* (pp.37-49). Leiria: Editorial Presença.

Rockliffe-Fidler, C. & Kiemle G., (2003). Sexual Function in Diabetic Women; a psychological perspective. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, Nº 2, 143-159.

Rutherford, D., & Collier, A. (2005). Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 21 (4), 189-192

Sarafino, E. (1997). Health psychology: Biopsychosocial interactions. New York: John Wiley & Sons.

Sarkadi, A., & Rosenqvist, U. (2001). Contradictions in the medical encounter: female sexual dysfunction in primary care contacts. *Family Practice-An International Journal*, 18, n.º 2, 161-166.

Tyrer G., Steel J. M., Ewing D. J., Bancroft J., Warner P. & Clarke B. F., (1983). Sexual Responsiveness in Diabetic Women. *Diabetologia* 24, 166-171.

Vicente, L. F. (2004). A sexualidade na mulher com diabetes tipo I. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 38/39, 29-31.

Wincze, J. P., Albert, A., & Bansal, S. (1993). Sexual Arousal in Diabetic Females: Physiological and Self-report Measures. *Archives of sexual Behavior*, 22, n.º 6, 587-601

http://my.clevelandclinic.org/disorders/Diabetes_Mellitus/hic_Diabetes_and_Female, consultado em 29.01.09

http://www.med.umich.edu/1libr/aha/aha_diabetes_crs.htm, consultado em 29.01.09

<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+cronicas/diabetes.htm>, consultado em 15.02.09.

ANEXO I

ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO (FSFI; Rosen et al., 2000; tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002)

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as **últimas quatro semanas**.

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

2. Como classifica o seu nível de desejo ou interesse sexual?

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

4. Como classifica o seu nível (grau) de excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo

Muito baixo/nenhum

5. Qual a sua confiança em conseguir excitar-se durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Confiança muito elevada
- Confiança elevada
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa/nenhuma

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

7. Com que frequência ficou lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação até ao fim da actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim de qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

11. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

12. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante qualquer actividade sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Qual foi o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

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

16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

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

17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempre

- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

19. Como classifica o seu nível de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

20. Com que frequência a contracção dos músculos da sua vagina dificultou ou impediu a penetração do pénis durante qualquer relação sexual?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

ANEXO II

DYADIC ADJUSTMENT SCALE (DAS; Spanier, G. B., 1976; Tradução portuguesa: Tavares, L., 1990)

Muitas pessoas têm divergências nas suas relações. Por favor, indique no quadro abaixo o valor aproximado de acordo e desacordo entre si e o seu marido ou companheiro por cada uma das alíneas da lista seguinte:

| | Sempre de acordo | Quase sempre de acordo | Por vezes em desacordo | Frequentemente em desacordo | Quase sempre em desacordo | Sempre em desacordo |
|-------------------------------------------------------------|------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------|
| 1. Finanças familiares | | | | | | |
| 2. Formas de abstracção | | | | | | |
| 3. Assuntos religiosos | | | | | | |
| 4. Demonstrações de afecto | | | | | | |
| 5. Amigos | | | | | | |
| 6. Relações sexuais | | | | | | |
| 7. Comportamentos sociais adequados ou convencionais | | | | | | |
| 8. Filosofia de vida | | | | | | |
| 9. Relações com pais ou sogros | | | | | | |
| 10. Intenções, objectivos e coisas que se crêem importantes | | | | | | |
| 11. Tempo que passam juntos | | | | | | |
| 12. Tomada de decisões importantes para o casal | | | | | | |
| 13. Tarefas domésticas | | | | | | |
| 14. Tempo de actividades de lazer | | | | | | |
| 15. Decisões profissionais | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--------|------------------|----------------|----------------|-----------|-------|
| | Sempre | A maior parte do | Frequentemente | Ocasionalmente | Raramente | Nunca |
|--|--------|------------------|----------------|----------------|-----------|-------|

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|--|--|--|
| | | tempo | | | | |
| 16. Com que frequência discutem ou consideram o divórcio ou fim da relação? | | | | | | |
| 17. Com que frequência você ou o seu par saem de casa após uma discussão? | | | | | | |
| 18. Geralmente com que frequência pensa que a relação com o seu par vai bem? | | | | | | |
| 19. Confia no seu par? | | | | | | |
| 20. Alguma vez se arrependeu de ter casado ou de viver junto? | | | | | | |
| 21. Com que frequência você e o seu cônjuge, companheiro(a) discutem? | | | | | | |
| 22. Com que frequência implicam um com o outro? | | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------|---------------|---------------------|----------------|-----------|-------|
| | Todos os dias | Quase todos os dias | Ocasionalmente | Raramente | Nunca |
| 23. Costuma beijar o seu par? | | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|---------------|--------|--------|--------|
| | Todos | A maior parte | Alguns | Poucos | Nenhum |
| 24. Você e o seu cônjuge tomam parte em interesses exteriores comuns? | | | | | |

Com que frequência diria que os seguintes acontecimentos ocorrem entre os dois?

| | | | | | | |
|----------------------------------------|-------|----------------------|---------------------|---------------------------|-----------------|---------------------|
| | Nunca | Menos de uma vez/mês | Uma/duas vezes/ mês | Uma/duas vezes por semana | Uma vez por dia | Mais frequentemente |
| 25. Têm uma troca de ideias proveitosa | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 26. Riem juntos | | | | | | |
| 27. Discutem algo calmamente | | | | | | |
| 28. Trabalham juntos num projecto | | | | | | |

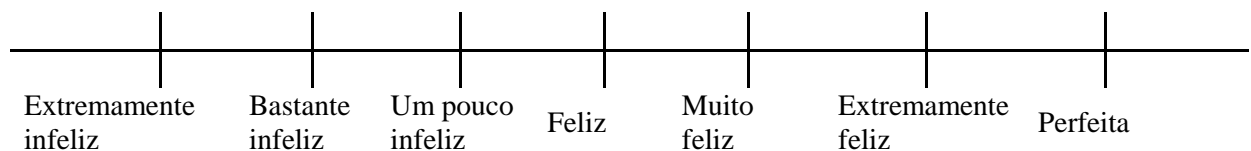
Existem assuntos acerca dos quais os casais às vezes concordam e por vezes discordam. Indique se alguma das alíneas abaixo apontadas causou diferenças de opinião ou foram problemas na vossa relação durante as duas últimas semanas.

(Responda Sim ou Não)

| | Sim | Não | |
|-----|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|
| 29. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estar demasiado cansado para ter relações sexuais |
| 30. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Não demonstrar amor |

31. As marcas na linha abaixo representam, diferentes graus de felicidade na vossa relação. A marca média “feliz” representa o grau de felicidade da maioria das relações.

Por favor, faça um círculo à volta da marca que melhor descreve o grau de felicidade, considerando todas as coisas na vossa relação.



32. Qual das seguintes declarações melhor descreve o seu sentimento em relação ao futuro da vossa relação?

- Eu quero desesperadamente que a minha relação resulte e irei até onde for necessário para que isso aconteça.
- Eu quero muito que a minha relação resulte e farei tudo o que eu puder para que isto aconteça
- Eu quero muito que a minha relação resulte e farei a minha parte para que isso aconteça.
- Seria bom que a minha relação resultasse, mas não posso fazer mais do que faço para que ela resulte

Seria bom que a minha relação resultasse, mas recuso-me a fazer mais do que faço agora para a manter

A minha relação não pode nunca ter sucesso e não há mais nada que eu possa fazer para que ela resulte

Questionário do Estado de Saúde SF-36

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua Saúde.

1. Em geral, como diria que a sua Saúde é:

- Ótima 1
- Muito boa 2
- Boa 3
- Razoável 4
- Fraca 5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve, o seu estado geral actual:

- Muito melhor 1
- Com algumas melhoras 2
- Aproximadamente igual 3
- Um pouco pior 4
- Muito pior 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua Saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

| (Por favor assinalar com um círculo um número em cada linha) | Sim, muito limitado/a | Sim, um pouco limitado/a | Não, nada limitado/a |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| A. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos | 1 | 2 | 3 |
| B. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa | 1 | 2 | 3 |
| C. Levantar ou carregar as compras da mercearia | 1 | 2 | 3 |
| D. Subir vários lanços de escada | 1 | 2 | 3 |
| E. Subir um lanço de escada | 1 | 2 | 3 |
| F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se | 1 | 2 | 3 |
| G. Andar mais de 1 Km | 1 | 2 | 3 |
| H. Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| I. Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| J. Tomar banho ou vestir-me sozinho | 1 | 2 | 3 |

4. Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de Saúde física?

| (Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não) | Sim | Não |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades | 1 | 2 |
| B. Fez menos do que queria | 1 | 2 |
| C. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades | 1 | 2 |
| D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço) | 1 | 2 |

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

| (Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não) | Sim | Não |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades | 1 | 2 |
| B. Fez menos do que queria | 1 | 2 |
| C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume | 1 | 2 |

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua Saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

- Absolutamente nada 1
- Pouco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Imenso 5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

- Nenhumas 1
- Muito fracas 2
- Ligeiras 3
- Moderadas 4
- Fortes 5
- Muito Fortes 6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada 1
 Um pouco 2
 Moderadamente 3
 Bastante 4
 Imenso 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

| Quanto tempo nas últimas quatro semanas | Sempre | A maior parte do tempo | Bastante tempo | Algum tempo | Pouco tempo | Nunca |
|-----------------------------------------------------|--------|------------------------|----------------|-------------|-------------|-------|
| A. Se sentiu cheio/a de vitalidade? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| B. Se sentiu muito nervoso/a? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E. Se sentiu com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| F. Se sentiu triste e em baixo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| G. Se sentiu estafado/a? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H. Se sentiu feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| I. Se sentiu cansado/a? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua Saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- Sempre 1
 A maior parte do tempo 2
 Algum tempo 3
 Pouco tempo 4
 Nunca 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

| (Por favor assinala um número em cada linha) | Totalmente verdade | Verdade | Não sei | Falso | Totalmente falso |
|------------------------------------------------------|--------------------|---------|---------|-------|------------------|
| A. Parece que adoço mais facilmente do que os outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C. Estou convencido/a que a minha Saúde vai piorar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D. A minha Saúde é óptima | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO IV

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome _____ Data ___/___/___

Instruções

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Assinale a resposta que melhor descrever a forma como se sente hoje.

| | | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| A | 0. Não me sinto triste. | |
| | 1. Ando neura ou triste. | |
| | 2. Sinto-me neura ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo. | |
| | 3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar. | |
| B | 0. Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado em relação ao futuro. | |
| | 1. Sinto-me com medo do futuro. | |
| | 2. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro. | |
| | 2. Creio que não conseguirei resolver os meus problemas. | |
| | 3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar. | |
| C | 0. Não tenho a sensação de ter fracassado. | |
| | 1. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas. | |
| | 2. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado. | |
| | 2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos. | |
| | 3. Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher). | |
| D | 0. Não me sinto descontente com nada em especial. | |
| | 1. Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo. | |
| | 1. Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente. | |
| | 2. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for. | |
| | 3. Sinto-me descontente com tudo. | |
| E | 0. Não me sinto culpado de nada em particular. | |
| | 1. Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor. | |
| | 2. Sinto-me bastante culpado. | |
| | 2. Agora sinto, permanentemente, que sou mau ou que não tenho qualquer valor. | |
| | 3. Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada. | |

| | | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|--|
| F | 0. Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo. | |
| | 1. Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal. | |
| | 2. Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado. | |
| | 3. Sinto que mereço ser castigado. | |
| | 3. Quero ser castigado. | |

| | | |
|----------|--------------------------------------|--|
| G | 0. Não me sinto descontente comigo. | |
| | 1. Estou desiludido comigo mesmo. | |
| | 1. Não gosto de mim. | |
| | 2. Estou bastante desgostoso comigo. | |
| | 3. Odeio-me. | |

| | | |
|----------|------------------------------------------------------------|--|
| H | 0. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa. | |
| | 1. Critico-me a mim mesmo, pelas minhas fraquezas e erros. | |
| | 2. Culpo-me das minhas próprias faltas. | |
| | 2. Acuso-me por tudo de mal que acontece. | |

| | | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|--|
| I | 0. Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo. | |
| | 1. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar. | |
| | 2. Sinto que seria melhor morrer. | |
| | 2. Creio que seria melhor para a família se eu morresse. | |
| | 2. Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida. | |
| | 3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade. | |

| | | |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| J | 0. Actualmente não choro mais do que o costume. | |
| | 1. Choro mais agora do que costumava. | |
| | 2. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo. | |
| | 3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo mesmo quando tenho vontade. | |

| | | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|--|
| K | 0. Não ando agora mais irritado do que de costume. | |
| | 1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. | |
| | 2. Sinto-me permanentemente irritado. | |
| | 3. Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam antigamente. | |

| | | |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| L | 0. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas. | |
| | 1. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter. | |
| | 2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas. | |
| | 3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada. | |

| | | |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------|--|
| M | 0. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente. | |
| | 1. Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões. | |
| | 2. Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas. | |

| | | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | 3. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão. | |
| N | 0. Não acho que tenha pior aspecto do que o costume. | |
| | 1. Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente. | |
| | 2. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente. | |
| | 3. Sinto que sou feio ou que tenho um aspecto repulsivo. | |
| O | 0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente. | |
| | 1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar. | |
| | 1. Não consigo trabalhar tão bem como costumava. | |
| | 2. Tenho de despende de um grande esforço para fazer seja o que for. | |
| | 3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja. | |
| P | 0. Consigo dormir tão bem como dantes. | |
| | 1. Acordo mais cansado de manhã do que era habitual. | |
| | 2. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer. | |
| | 3. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais que cinco horas. | |
| Q | 0. Não me sinto mais cansado do que é habitual. | |
| | 1. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente. | |
| | 2. Fico cansado quando faço seja o que for. | |
| | 3. Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja. | |
| R | 0. O meu apetite é o mesmo de sempre. | |
| | 1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser. | |
| | 2. Actualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente. | |
| | 3. Perdi completamente todo o apetite que tinha. | |
| S | 0. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum. | |
| | 1. Perdi mais de 2,5 quilos de peso. | |
| | 2. Perdi mais de 5 quilos de peso. | |
| | 3. Perdi mais de 7,5 quilos de peso. | |
| T | 0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. | |
| | 1. Sinto-me preocupado com dores ou sofrimentos, ou má disposição do estômago, ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo. | |
| | 2. Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa. | |
| | 3. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto. | |
| U | 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual. | |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar. | |
| 2. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual. | |
| 3. Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual. | |

ANEXO V

Dados Demográficos e de Caracterização

1- Idade _____

2- Estado Civil:

| | |
|----------------|--|
| Solteira | |
| Divorciada | |
| Casada | |
| Viúva | |
| União de facto | |

3- Situação Relacional (para além do estado civil):

| | |
|----------------------------|--|
| Com relação de compromisso | |
| Sem relação de compromisso | |

4- Duração do compromisso (dias/meses/anos):

| | |
|---------------------|--|
| Sem parceiro sexual | |
| Com parceiro sexual | |

5- Co-habitação e habitabilidade:

a) Com quem vive _____

b) Onde vivem _____

6- Tipo de Família

a) Tem filhos?

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| SIM | | NÃO | |
|-----|--|-----|--|

b) Em caso afirmativo, diga quantos _____

c) Assinale a descrição que melhor define a sua família:

| | |
|--------------------|--|
| Indivíduo | |
| Monoparental | |
| Nuclear com Filhos | |
| Nuclear sem Filhos | |

| | |
|-------------------------------------------------|--|
| Reconstruída (novo casamento, filhos, enteados) | |
| Alargada (marido, filhos, sogros, cunhados...) | |
| Outro | |

7- Habilitações / Nível de Ensino

| | |
|----------------------------------|--|
| Ensino Básico: | |
| - 1º Ciclo (4º Ano) | |
| - 2º Ciclo (6º Ano) | |
| - 3º Ciclo (9º Ano) | |
| Ensino Secundário | |
| Ensino Tecnológico Especializado | |
| Ensino Superior | |
| Outro | |

8- Situação Profissional

| | |
|-------------------------------|--|
| Activa | |
| Baixa | |
| Incapacidades para o trabalho | |
| Desempregada | |
| Reformada | |
| Doméstica | |
| Outra | |

9- O seu trabalho traz-lhe satisfação?

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| SIM | | NÃO | |
|-----|--|-----|--|

10- Está satisfeita com a forma como usufrui dos tempos livres?

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| SIM | | NÃO | |
|-----|--|-----|--|

11- A sua vida preenche-a de forma satisfatória?

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| SIM | | NÃO | |
|-----|--|-----|--|

Se respondeu NÃO, diga que aspecto da sua vida não a satisfaz _____

12- Algum dos seus filhos se encontra afastado de si?

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| SIM | | NÃO | |
|-----|--|-----|--|

13- Assinale a sua orientação sexual

| | |
|------------------------------------|--|
| Exclusivamente heterossexual | |
| Exclusivamente homossexual | |
| Preferencialmente heterossexual | |
| Preferencialmente homossexual | |
| Não sente atracção por nenhum sexo | |

14- Caso tenha hábitos de consumo, assinale-os com uma cruz.

| | |
|---------------------------|--|
| Alcool | |
| Substâncias Psicotrópicas | |

15- Assinale com uma cruz outras situações que já viveu/vive

| | |
|-----------------------------------------|--|
| Problemas ginecológicos | |
| Sensação de dor ao introduzir um tampão | |
| Violação sexual | |
| Prescrição de medicação psiquiátrica | |
| Ser hysterectomizada | |
| Possuir outras doenças crónicas | |

Agradecemos a sua colaboração.

ANEXO VI
Questionário de Satisfação Sexual

Muitas pessoas sentem uma vida sexual pouco satisfatória. Por favor indique o seu grau de satisfação sexual, relativamente às dimensões abaixo discriminadas.

| | Muito Satisfatório | Satisfatório | Nem satisfatório nem insatisfatório | Pouco Satisfatório | Nada Satisfatório |
|-------------------------------------------------|---------------------------|---------------------|--------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Ternura | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Comunicação | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Partilha na díade | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Grau de intimidade e confiança | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Descoberta preliminar do corpo | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Grau de Lubrificação antes da penetração | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Grau de excitação antes da penetração | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Duração do acto sexual | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Orgasmo | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

ANEXO VII

Exmo (a) Senhor (a) Director (a) do Hospital ...,

Vimos, por este meio, solicitar autorização para efectuar a passagem de inquiridos cujo objectivo é apurar a qualidade da resposta sexual de mulheres jovens diabéticas, seguidas na consulta de endocrinologia deste Hospital. O estudo decorre no âmbito de uma dissertação do Mestrado em Psicologia da Saúde, do Instituto de Psicologia Aplicada, em Lisboa, pela Mestranda Ricardina Gonçalves (ricardina.psy@gmail.com) e sob a orientação da Professora Doutora Ana Carvalheira (acarvalheira@ispa.pt).

O público-alvo deste estudo será esclarecido acerca da sua natureza e objectivos, sendo-lhe garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos. Os sujeitos são ainda livres de abandonarem o estudo, se esse desejo for manifestado.

Gratos pela atenção e na expectativa de resposta, subscrevemo-nos,

Atentamente

As investigadoras,

Professora Doutora Ana Carvalheira

Mestranda Ricardina Gonçalves

ANEXO VIII

Exmo (a) Senhor (a) Presidente do Conselho Directivo da Escola Secundária...

Vimos, por este meio, solicitar autorização para a passagem de inquéritos cujo objectivo é apurar a qualidade da resposta sexual de um grupo de mulheres saudáveis que desempenham funções nesta escola e poder compará-la com a resposta sexual das mulheres diabéticas que constituem a amostra do nosso estudo. Este decorre no âmbito de uma dissertação do Mestrado em Psicologia da Saúde, do Instituto de Psicologia Aplicada, em Lisboa, pela Mestranda Ricardina Gonçalves (ricardina.psy@gmail.com) e sob a orientação da Professora Doutora Ana Carvalheira (acarvalheira@ispa.pt).

O público-alvo deste estudo será esclarecido acerca da sua natureza e objectivos, sendo-lhe garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos. Os sujeitos são ainda livres de abandonarem o estudo, se esse desejo for manifestado.

Gratos pela atenção e na expectativa de resposta, subscrevemo-nos,

Atentamente

As investigadoras,

Professora Doutora Ana Carvalheira

Mestranda Ricardina Gonçalves

ANEXO IX

Termo de Consentimento Informado

Concordo em participar num estudo cujo objectivo é apurar a qualidade da resposta sexual numa amostra de mulheres diabéticas em período reprodutivo, analisando a sua associação com o estado depressivo e com o tipo de relação diática.

Foi-me informado que a minha participação neste estudo é voluntária, sendo-me garantida a confidencialidade de todos os dados recolhidos. Estou ciente de que sou livre de abandonar o estudo, sem consequências para mim, se for esse o meu desejo.

Este estudo decorre no âmbito de uma dissertação do Mestrado em Psicologia da Saúde do Instituto de Psicologia Aplicada, em Lisboa e é conduzido pela Professora Doutora Ana Carvalheira (acarvalheira@ispa.pt) e pela Mestranda Ricardina Gonçalves (ricardina.psy@gmail.com). Pela sua importância social e académica, a minha participação nesta investigação é fundamental e insubstituível.

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

Eu, _____, tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para nele participar. Fui esclarecida sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informada que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura _____ data _____

