

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA



FUNCIONAMENTO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA EM
MULHERES SUBMETIDAS A HISTERECTOMIA

Victória Maria da Cunha Caçador

Mestrado em Sexualidade Humana (2ª edição)

Dissertação Orientada pelo Prof. Doutor Miguel Oliveira da Silva

Dissertação Co-Orientada pelo Prof. Doutor Jorge Cunha Branco

**Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva
responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à
Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.**

2013

**“A impressão desta dissertação foi aprovada
pela Conselho Científico da Faculdade de
Medicina da Universidade de Lisboa em
reunião de 19 Março de 2013.”**

Esta dissertação foi escrita de acordo com o antigo acordo ortográfico.

À memória do meu pai que iniciou este projecto
comigo mas infelizmente não o viu terminado.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Miguel Oliveira da Silva, por me ter por me ter cedido a sua orientação, apoio, incentivo e disponibilidade em todos os momentos necessários e pela constante simpatia com que sempre me recebeu.

Ao Prof. Doutor Jorge Branco, sem o qual este trabalho não teria sido possível, a nossa gratidão, pela oportunidade da sua orientação, apoio e ajuda para que a recolha da amostra clínica fosse realizada na Maternidade Prof. Dr. Alfredo da Costa.

Ao Dr. Carlos Marques, pelo apoio durante o processo de autorização pela comissão de Ética da Maternidade Prof. Dr. Alfredo da Costa.

À Dr.^a M^a Jesus Correia pela simpatia e apoio disponibilizado no processo de recolha dos documentos necessários para a comissão de ética.

À Dr.^a Elsa Delgado pelo imprescindível apoio, carinho e incentivo que sempre expressou e pela simpatia e apoio disponibilizado no processo de recolha da amostra.

Ao Prof. Doutor Rui Xavier Vieira, pelo incentivo e ajuda no contorno dos obstáculos que surgiram no início deste trabalho.

À minha mãe pelo amor, valores transmitidos, apoio incondicional e por ter estado sempre presente ao longo da minha vida.

A todos o meu sincero

Obrigado!

RESUMO

A Histerectomia pode ter impactos tanto positivos quanto negativos sobre a qualidade de vida sexual da mulher, dependendo da intensidade dos sintomas pré-cirúrgicos, das condições emocionais e da qualidade do relacionamento estabelecido.

O objectivo deste estudo foi conhecer a influência da histerectomia na qualidade de vida e no funcionamento sexual da mulher.

A amostra foi constituída por 162 elementos. Destes 95 correspondem às participantes do grupo controlo e 67 às participantes que foram submetidas a cirurgia.

A idade média das mulheres no grupo submetido a histerectomia foi de 47.59 anos, enquanto no grupo controlo foi de 48.92. A idade da participante mais nova foi de 32 anos (grupo submetido a histerectomia) e a da mais velha foi de 55 anos.

Verificou-se ao longo deste estudo que as mulheres submetidas a histerectomia apresentaram valores mais baixos na componente física do Short Form - 36 Health Survey Questionnaire (SF-36) e no Female Sexual Function Index (FSFI) e os valores mais elevados na componente mental do SF-36 comparativamente com o grupo controlo.

A qualidade de vida através das suas duas componentes apresenta um contributo significativo na explicação da variação do funcionamento sexual.

Neste estudo, constatou-se que a componente física possui mais importância que a componente mental no funcionamento sexual.

Palavras-chave: histerectomia, qualidade de vida, funcionamento sexual

ABSTRACT

Hysterectomy can have both positive and negative impact on the women quality of sexual life, depending on the severity of preoperative symptoms, emotional conditions and quality of the relationship established.

The aim of this study is to determine the effect of hysterectomy on women quality of life and sexual function.

The sample was constituted by 162 elements. 95 of these correspond to the control group participants and 67 participants who underwent the surgery.

The average age of women in the group undergoing hysterectomy was 47.59 years, while the control group was 48.92. The age of the youngest participant was 32 years (group undergoing hysterectomy) and the oldest was 55 years.

It was found during this study the women who have undergone hysterectomy showed lower values in the physical component of Short Form - 36 Health Survey Questionnaire (SF-36) and Female Sexual Function Index (FSFI), and higher values in mental component of SF-36 compared with the control group.

The quality of life through its two components presents a significant contribution in explaining the variation in sexual functioning.

In this study, we found that the physical component has more importance than the mental component in sexual functioning.

Keywords: hysterectomy, quality of life, sexual functioning.

LISTA DE ABREVIATURAS

ASSI - Assimetria

APA – American Psychiatric Association

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CO – Contraceptivos Orais

CURT - Curtose

DIU – Dispositivo Intra - Uterino

DM – Diabetes Mellitus

DP – Desvio Padrão

EAU – Embolização das Artérias Uterinas

FML – Faculdade de Medicina de Lisboa

FSFI – Female Sexual Function Index

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

HL – Histerectomia Laparoscópica

HV – Histerectomia Vaginal

HT – Histerectomia Total

HSL – Histerectomia Supracervical Laparoscópica

HVAL – Histerectomia Vaginal Assistida Laparoscópica

HTL – Histerectomia Total Laparoscópica

MAC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

M - Média

MIN – Mínimo

MÁX - Máximo

QV – Qualidade de Vida

SF36 - Short Form - 36 Health Survey Questionnaire

ÍNDICE

	Pág.
Introdução	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
Mitos e Significados do útero	5
Revisão Histórica	5
Fases da vida da mulher	8
Anatomia Feminina	8
Órgãos genitais externos	8
Órgãos genitais internos	9
Ciclo da Resposta Sexual	12
Indicação para Histerectomia	16
Miomas uterinos	16
Epidemiologia	16
Apresentação Clínica	18
Diagnóstico	19
Classificação anatômica	19
Tipos de Histerectomia	21
Vias de Acesso	22
Histerectomia abdominal	22
Histerectomia vaginal	23
Histerectomia Laparoscópica	23
Vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de histerectomia	25
Complicações da histerectomia	26
Métodos Alternativos	28
Menopausa Sintomas e Efeitos	30
Manifestações precoces	31

	Pág.
Manifestações tardias	33
Factores Socioculturais	38
Sexualidade no casal: o papel do parceiro	38
Duração do relacionamento	39
Antecedentes Psiquiátricos	40
Ansiedade e funcionamento sexual	41
Depressão na Histerectomia	43
Tomada de decisão	45
Funcionamento sexual e histerectomia	47
Qualidade de Vida	49
Implicações da Histerectomia na Qualidade de Vida	51
O papel dos profissionais na Saúde Sexual	52
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	55
Problema de pesquisa e objectivos do estudo	57
Hipóteses de estudo	58
Desenho de Investigação	62
Participantes	62
Variáveis em estudo	64
Instrumentos	64
Questionário Sócio-Demográfico e Clínico	66
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	66
Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2)	69
Female Sexual Function Index (FSFI)	71
Procedimentos de aplicação dos instrumentos	73
Considerações Éticas	74
Tratamento Estatístico	74

	Pág.
CAPÍTULO III – RESULTADOS	77
Apresentação e Análise dos Resultados	79
Estudo da Fidelidade dos instrumentos utilizados	83
Escala HADS	83
Estudo da Fidelidade	83
Estudo da Normalidade	84
Análise dos resultados da Escala HADS	85
Escala MOS-SF-36v2	88
Estudo da Fidelidade	88
Estudo da Normalidade	88
Avaliação dos resultados da Escala MOS-SF-36v2	89
Escala FSFI	95
Estudo da Fidelidade	95
Estudo da Normalidade	95
Avaliação dos resultados da Escala FSFI	96
Comparação das escalas utilizadas (HADS, SF36v2 e FSFI)	102
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO	107
Discussão dos Resultados	109
CAPÍTULO V – CONCLUSÃO	125
Conclusão	127
Limitações do estudo	127
Referências Bibliográficas	131
Anexos	139
Anexo 1 – Pedido de autorização para utilização dos instrumentos	141
Anexo 2 – Aprovação do projecto tese pelo Conselho Científico da FML	153
Anexo 3 – Pedido de autorização da Comissão de ética da MAC	157
Anexo 4 – Autorização do Conselho de Administração da MAC	161

	Pág.
Anexo 5 – Consentimento Informado	165
Anexo 6 – Questionário Sócio-Demográfico e de Comportamentos Sexuais	171
Anexo 7 – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar	177
Anexo 8 – Questionário do Estado de Saúde	181
Anexo 9 – Índice de Funcionamento Sexual	187
Anexo 10 – Outputs do statistical package for the social sciences (SPSS) da Caracterização da amostra	195
Anexo 11 – Coeficientes de consistência interna, teste de normalidade e restantes outputs do Hospital Anxiety and Depression Scale	223
Anexo 12 – Coeficientes de consistência interna, teste de normalidade e restantes outputs do Short Form-36V2	231
Anexo 13 – Coeficientes de consistência interna, teste de normalidade, correlação e restantes outputs do Female Sexual Function Index	241
Anexo 14 – Regressão Múltipla	257

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Consistência interna para as escalas utilizadas	83
Tabela 2 - Estatísticas descritivas por grupo	87
Tabela 3 – Pontuações médias para as escalas SF-36v2, por grupo	92
Tabela 4 - Tabela 4 - Estatísticas descritivas por grupo	93
Tabela 5 – Pontuações médias para a escala FSFI por grupo	99

LISTA DE FIGURAS

Fig 1. Ciclo de Resposta Sexual	15
Fig 2. Localização dos miomas uterinas	20

INTRODUÇÃO

A histerectomia é a segunda cirurgia ginecológica mais praticada em mulheres em idade fértil, a seguir à cesariana.⁽¹⁾ Estima-se que entre 20-30% das mulheres serão submetidas a esta operação até à sexta década de vida.⁽²⁻⁴⁾ O termo histerectomia foi introduzido por Tillaux em 1879. Vocábulo de origem grega, derivada de *hyster*, que significa útero e de *ektomé*, que significa remoção. Etimologicamente, define-se histerectomia como a remoção cirúrgica do útero. Apresenta uma maior prevalência nos Estados Unidos da América e na Austrália quando comparados à Europa. Estima-se que nos Estados Unidos, 20% das mulheres de 40 anos tenham sido histerectomizadas, aumentando para 37% aos 65 anos.⁽⁵⁾ Entre 1988 e 1990, cerca de 1,7 milhões de mulheres no grupo etário dos 30 aos 54 anos foram histerectomizadas e a via de acesso escolhida em 75% foi a via abdominal.⁽⁶⁾ De 2000 a 2004, cerca de 3,1 milhões mulheres americanas fez uma histerectomia. A taxa de histerectomia diminuiu ligeiramente de 5,4 por 1.000 em 2000 para 5,1 por 1.000 em 2004. As taxas totais foram superiores entre as mulheres com idade compreendida entre 40-44 anos e menores entre mulheres de 15-24 anos. Na faixa etária dos 50 aos 54 anos diminuiu de 8,9 por 1.000 em 2000 para 6,7 por 1.000 em 2004.⁽⁷⁻⁹⁾ Durante 2000-2004, as três condições associadas com maior frequência foram o fibromioma uterino, a endometriose e o prolapso uterino.⁽⁵⁾ A proporção de histerectomias, com indicação do fibromioma diminuiu significativamente de 44,2% em 2000 para 38,7% em 2004.⁽⁷⁾

Em 2006 realizaram-se nos EUA 600.000 histerectomias, na Austrália a proporção foi de 1:1000 mulheres/ano e no Reino Unido foram realizadas 100.000.⁽¹⁾ Segundo Pisco, no mesmo ano, realizaram-se em Portugal 11359 histerectomias, apenas nos Hospitais públicos do Continente.

Em 2007, o número de histerectomias diminuiu para 517,000 nos EUA⁽¹⁰⁾ e para 11003, em Portugal. 4756 (43,2%) das histerectomias foram realizadas devido a doença benigna, nomeadamente, aos fibromiomas e 1333 por doença maligna.

A perda do útero e a conseqüente cessação da função reprodutora e ovárica (caso os ovários sejam retirados), frequentemente trazem anseios e questões, baseadas em crenças e valores que podem induzir a reformulações ligadas ao feminino, à representação social, à qualidade de vida e ao funcionamento sexual.⁽¹¹⁾ Por tudo isto, achamos pertinente a elaboração deste trabalho. Estruturalmente este trabalho será dividido em cinco capítulos. O Capítulo I é constituído pelo enquadramento teórico, que tem como principal finalidade descrever os mitos e crenças em relação ao útero, descrição dos períodos mais importantes da vida da mulher, a anatomia feminina, o ciclo de resposta sexual, os diferentes tipos e abordagens da histerectomia. No Capítulo II será feita uma exposição pormenorizada referente à metodologia que regulará este estudo. Em relação ao Capítulo III, serão relatados os resultados da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, os estudos de fiabilidade e validade das escalas utilizadas, assim como os dados de natureza empírica obtidos. Por último, no Capítulo IV e V apresentaremos a discussão dos resultados, as conclusões e sugestões para futuros trabalhos tendo em conta os objectivos formulados.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

MITOS E SIGNIFICADOS DO ÚTERO

O útero, reúne em torno de si, inúmeras representações, simbologias e crenças transmitidas e vivenciadas histórica e culturalmente pelo universo feminino, os quais determinam atitudes e comportamentos característicos face à sexualidade. É necessário, decodificar estas crenças erróneas, mitos e falsos conceitos, uma vez que é do conhecimento geral que deterioram a vivência de uma sexualidade feliz. O conceito de feminilidade associado ao útero foi construído durante muitos séculos com relevância no papel reprodutor da mulher, praticamente resumindo a razão da sua existência à maternidade. O conhecimento e domínio desses significados são de grande importância na compreensão da dinâmica emocional e sexual da mulher que se irá submeter à histerectomia.⁽¹²⁾

REVISÃO HISTÓRICA

Desde 2000 a.C., que os papiros egípcios descrevem o útero como critério regulador da saúde mental da mulher e grande criador de vidas.^(13,14) sugerindo mesmo formas para se evitar a queda do útero. Aretacus da Capadocia, um médico grego que viveu por volta de 200 anos a.C., sugeria que as mulheres jovens eram facilmente irritáveis e mais vulneráveis por causa do útero. Segundo Aristóteles o útero, era a matriz geradora de vida e todas as doenças femininas eram directa ou indirectamente resultado dessa matriz. Criatura independente, viva e irrequieta, com vontade própria, capaz de mover-se dentro do corpo da mulher comunicando e percorrendo todas as suas partes capaz de provocar vários sintomas patológicos principalmente se não voltasse para o lugar correcto. Para tal, Galeno, preconizava vários tratamentos de modo a restabelecer o útero ao seu local e a consequente pacificação da mulher.^(13,14) Também Platão, na sua obra “Timeo” descreve o útero como um animal que anseia gerar filhos e quando fica estéril por muito tempo, é capaz de promover todas as espécies de perturbações, conduzindo a mulher à angústia extrema. Somente a fecundação produziria a “gratificação uterina” e, consequentemente, a sua estabilidade emocional. Se isso não acontecesse o útero vazio de sémen tornava-se encantador e sedutor, sendo capaz de criar com os seus poderosos

fluidos todo o tipo de feitiço, gerando nos homens medo, desconfiança e apreensão, pela possibilidade da vingança mágica, uma vez que o poder feminino e a dominação sexual eram adquiridos através do sangue menstrual que tinha como finalidade purgar os líquidos supérfluos e a purificação da mulher. ⁽¹⁵⁾ Por tudo isto, Hipócrates prescrevia o casamento para as virgens ou viúvas que sofriam daquilo a que chamava de “sufocação do útero”.

Até ao início do século XVIII, a mulher era representada quase exclusivamente pela ciência médica como limitada a um órgão, o colo do útero. Laqueur, por exemplo, explica que, a partir do final do século XVIII, a medicina mudou radicalmente os parâmetros para pensar o corpo e a sexualidade feminina, o que levou a uma profunda dessexualização da mulher, ou como afirma Foucault, a uma patologização do seu corpo. Simultaneamente a Revolução Francesa divulgava os novos direitos para todos os homens. Ao contrário do que se imagina, a onda de reformas e igualitarismo ao invés de provocar uma revolução também na representação médica da mulher, acaba originando uma reafirmação sem precedentes da sua condição biológica, sobre a qual foi determinando os papéis de mãe e esposa. ⁽¹⁴⁾ Nesse período ocorre uma redefinição da prática médica, a qual passa a tomar conta de várias questões de cunho social com o intuito de controlar as populações, como a regulação dos nascimentos e a demografia, enfocando o corpo feminino como fonte de intervenção, seja através da higiene, ou do aparecimento da obstetrícia e da ginecologia. Estas especialidades passam a fazer parte da prática clínica propondo-se a actuar especificamente sobre o sofrimento feminino. O corpo da mulher é visto como tendo sido concebido para a gestação, ficando mais evidente, quando se observava a sua bacia larga e curva. O útero era considerado o órgão central sobre todo o funcionamento do corpo, e os ovários, cada vez mais estudados, ganham importância na definição do que vem a ser o corpo feminino. Neste momento, o sexo passa a ser cada vez mais discutido pelas ciências, sendo particularmente predominantes os temas sobre o sexo feminino. ⁽¹⁴⁾ Multiplicam-se os tratados consagrados às doenças femininas e o útero era o principal “vilão” causador dos males do corpo e da alma, como as paixões e a histeria. A puberdade passa a ser vista pelos estudiosos como uma fase importante na vida da mulher, pois junto com a chegada da menstruação começa a fase sexual, que deve ser controlada através do

casamento. A menstruação está associada à vida da mulher, à reprodução característica que sintetizaria a diferença entre os sexos.

No séc. XIX, na Europa, difundia-se uma mentalidade na qual a mulher era física e mentalmente inferior ao homem e escrava da sua fisiologia. A identidade feminina e a sua condição social eram reduzidas somente a factores biológicos, levando-se em consideração a estatura, a menor força muscular, as dimensões do cérebro e o processo reprodutivo que a "enfraquecia", caracterizando a chamada "inferioridade biológica da mulher", conceito referido tanto no discurso científico como na sociedade em geral, havendo uma correspondência perfeita entre atributos físicos e funções sociais.⁽¹⁵⁾ A mulher casada devia obediência ao marido. A sua conduta deveria ser de extremo rigor, pois bastava pouco para ser vista como "perdida". Desta forma, as ideias aprendidas pelas mulheres quanto ao corpo e aos órgãos sexuais externos e internos acabavam intimamente atrelados ao propósito social de exercer controlo sobre a sua sexualidade, utilizando como justificativa a necessidade de preservá-las para a maternidade, vista como a única área em que as mulheres tinham uma missão social – a de preservar a espécie, produzindo filhos sadios.⁽¹⁵⁾

A partir destes fragmentos da história sobre o corpo feminino podemos perceber os rastros deixados pelos conhecimentos oriundos das ciências biomédicas, que dentro das várias intervenções, marcam a mulher nas várias fases da sua vida. No último século, a mentalidade feminina alterou-se. As mulheres começaram a entender melhor o papel do útero na reprodução e iniciaram outras actividades para além da maternidade. O útero deixou de ter a importância de outrora e a sexualidade feminina passou a depender de outras coisas além de ter ou de dar filhos ao marido. No entanto, ainda existem alguns pensamentos que habitam a mente de algumas mulheres antes de passar pela cirurgia, nomeadamente o receio de perder a feminilidade, o parceiro, o seu poder atractivo, a esperança e a sua identidade sexual. Essas mulheres acreditam que os melhores dias da sua vida terminam com a histerectomia e identificam a cirurgia com a perda da juventude e saúde, mesmo sabendo que esse recurso pode interromper os efeitos causados pela doença e permitir uma melhoria na qualidade de vida sexual.⁽¹⁶⁾

FASES DA VIDA DA MULHER

Existem três períodos importantes na sexualidade feminina: a puberdade, quando ocorre a primeira menstruação o que significa atingir o amadurecimento sexual; a maturidade propriamente dita, que se caracteriza pela capacidade de procriação (gravidez e parto) e, por último, a menopausa, que se caracteriza pelo término da capacidade reprodutiva.

É importante conhecermos a anatomia feminina para podermos compreender a sua sexualidade.

ANATOMIA FEMININA

O aparelho reprodutor feminino, encontra-se no interior da cavidade pélvica, que tem uma função protectora.⁽¹⁷⁾ O sistema reprodutor é composto por órgãos genitais externos e órgãos genitais internos. Os órgãos genitais externos são compostos pelos pequenos e grandes lábios vaginais e pelo clítoris, que em conjunto formam a vulva. Os órgãos genitais internos são compostos por dois ovários, duas trompas de Falópio, o útero e a vagina. A estrutura vulvar mais anterior, é o monte púbico ou monte-de-vénus, constituída por tecido esponjoso e acolchoado por um tecido adiposo e coberto de pêlos.⁽¹⁸⁾

ÓRGÃOS GENITAIS EXTERNOS

Os genitais externos ou vulva são delimitados e protegidos por duas pregas cutâneo-mucosas intensamente irrigadas e inervadas - os grandes lábios. Na puberdade, os grandes lábios são recobertos por pêlos púbicos. Mais internamente, outra prega cutâneo-mucosa envolve a abertura da vagina - os pequenos lábios - que protegem a abertura vaginal. Um pouco à frente da abertura vaginal, abre-se a uretra, que é independente do sistema reprodutor.^(19,20)

O clítoris é um órgão de grande sensibilidade, com 1 a 2 cm de comprimento, correspondente à glândula do pénis. É uma estrutura formada por tecido erétil, constituído

por uma rede fibroelétrica de feixes de músculos trabeculares que intumescce durante a excitação sexual. Situa-se na extremidade anterior dos pequenos lábios. Estes órgãos possuem duas funções: a primeira é permitir a entrada do esperma na vagina e a segunda, é a protecção dos órgãos genitais internos da entrada de agentes infecciosos.^(19,20)

ÓRGÃOS GENITAIS INTERNOS

Ovários

É um órgão em par, responsável pela produção dos óvulos, com a forma de amêndoa, situado um de cada lado do útero, para trás e para baixo das trompas uterinas. O ovário fica suspenso entre a parede pélvica lateral e o útero pelo mesovário, que faz parte do segmento posterior do ligamento largo do útero, fundindo-se com sua camada epitelial superficial. Quando as mulheres nascem, têm cerca de 2 milhões de óvulos. Ao longo da vida fértil, eles amadurecem e ficam disponíveis para ser fecundados. Os ovócitos primários encontram-se dentro de estruturas denominadas folículos de Graaf ou folículos ováricos. A partir da adolescência, sob acção hormonal, os folículos ováricos começam a crescer e a desenvolver-se. Geralmente, apenas um folículo completa o desenvolvimento e a maturação mensalmente, rompendo-se e libertando o ovócito secundário (gâmeta feminino) fenómeno conhecido como ovulação.⁽²¹⁾ Após o seu rompimento, a massa celular resultante transforma-se em corpo lúteo ou amarelo. Com o tempo, o corpo lúteo regride e converte-se em corpo albicans ou corpo branco, e uma pequena cicatriz fibrosa irá permanecer no ovário. O gâmeta feminino libertado na superfície de um dos ovários é recolhido por finas terminações das trompas - as fímbrias.

Os ovários funcionam como glândula endócrina e são responsáveis pela produção de duas hormonas sexuais: o estrogénio que é secretado pelo folículo ovárico e a progesterona secretada pelo corpo lúteo. O estrogénio controla o desenvolvimento das características sexuais secundárias, tais como o aumento dos seios, o depósito de gordura sobre as coxas, nádegas e o crescimento de pêlos púbicos e axilares. Também inicia o revestimento do útero durante o ciclo menstrual. A secreção da progesterona é

indispensável para a implantação do óvulo fertilizado e para o desenvolvimento do embrião. A secreção dessas hormonas é controlada pelas hormonas gonadotróficas.⁽²²⁾

Trompas de Falópio

Também designados por tubas uterinas ou ovidutos, são dois tubos curvos que unem o ovário ao útero. A extremidade livre de cada trompa, alargada e franjada, situa-se junto a cada um dos ovários. O epitélio de revestimento é formado por células ciliadas. Os batimentos dos cílios microscópicos e os movimentos peristálticos das trompas ajudam o gâmeta feminino a chegar ao útero.⁽²⁰⁻²²⁾

Útero

O útero é um órgão oco e muscular com o formato de uma pêra invertida e dimensões externas variáveis entre 6,5 e 7,5 cm de comprimento e 3 a 4 cm de largura. A sua extremidade estreita dirige-se para baixo e para trás, formando um ângulo maior que 90° com a vagina.⁽²²⁾ É constituído por corpo e colo. Situado na cavidade pélvica anterior à bexiga e posterior ao recto. A porção superior do útero é larga e está conectada às trompas. A porção inferior - o colo uterino - é estreita e comunica com a vagina. O interior do útero é revestido por um tecido muito vascularizado - endométrio. O colo alonga-se na vagina e é formado por fibras musculares em círculos que se reúnem ao miométrio. O útero normal é um órgão parcialmente móvel. O colo está fixado, mas o corpo está livre para movimentar-se no plano ântero-posterior. A sustentação do útero na pelve é feita pelo conjunto de ligamentos redondos, uterossacros, ligamentos largos e cardinais ou cervicais transversos.⁽²¹⁾ O crescimento do útero é muito lento até a puberdade, crescendo rapidamente até atingir o tamanho e a forma adulta. A partir da puberdade, mensalmente, o endométrio fica mais espesso e rico em vasos sanguíneos, como preparação para uma possível gravidez. Se a gravidez não ocorrer, o endométrio que se desenvolveu é eliminado através da menstruação. Esta deixa de ocorrer por volta dos 50 anos, com a menopausa. A função do útero é acomodar e nutrir o feto, ajudar a manter o assoalho

pélvico que dá sustentação à bexiga. Sem esse suporte, há risco de surgir uma incontinência urinária. Do útero partem importantes artérias que alimentam os ovários, quando este é removido os ovários começam a entrar em falência e sua vida útil diminui, em média, seis anos. Também serve de passagem para muitos nervos, quando esse caminho é cortado, podem surgir alterações neurológicas nos genitais.⁽²¹⁾ Após a menopausa o útero torna-se menor, mais fibroso e de coloração mais pálida.⁽²²⁾ O útero também produz uma prostaglandina a prostaciclina, que é um potente vasodilatador, que diminui a agregação plaquetária.⁽²³⁾ Em virtude disto, uma das consequências tardias da histerectomia é a doença cardiovascular.

Vagina

É um canal de 8 a 10 cm de comprimento e 4 cm de diâmetro, de paredes elásticas, que liga o colo do útero aos genitais externos. A vagina normalmente está colapsada, de modo que a parede anterior e posterior estejam em contacto, excepto na extremidade superior, onde o colo do útero as mantém separadas.⁽²⁴⁾ O períneo que se localiza entre a entrada da vagina e o ânus é constituído por músculos superficiais e profundos, tendo a função de suportar os órgãos pélvicos, principalmente o útero e anexos, bexiga e recto.⁽²²⁾ Contém internamente de cada lado da sua abertura, duas glândulas denominadas glândulas de Bartholin.

A entrada da vagina é protegida por uma membrana circular - o hímen - que fecha parcialmente o orifício vulvo-vaginal e é quase sempre perfurado no centro, podendo ter diversas formas. Geralmente, essa fina membrana rompe-se na primeira relação sexual. A vagina é revestida por uma membrana mucosa espessa que apresenta pregas ou rugas, a maioria delas transversais, e mais proeminentes na parte mais inferior da vagina. Estas pregas ou rugas tendem a desaparecer com a idade e após partos sucessivos.⁽²⁵⁾ As células da mucosa vaginal libertam o glicogénio que é fermentado pelas bactérias, produzindo o ácido láctico que confere um pH ácido ao meio vaginal, o que impede a proliferação da maioria dos microorganismos patogénicos. Durante a excitação sexual, a parede da vagina dilata-se e recobre-se de substâncias lubrificantes produzidas pelas

glândulas de Bartolin, facilitando a penetração do pênis. A musculatura vaginal, por ser elástica, tem como propriedade o aumento do seu diâmetro, no momento do parto permitindo a passagem da criança. A vagina forma a parte inferior do canal pélvico, serve como canal excretor do líquido menstrual, recebe o pênis e o ejaculado durante o acto sexual e comunica-se superiormente com o canal cervical (canal fusiforme que se estende do istmo do útero até o hoste externo do útero) e inferiormente com o vestibulo da vagina.⁽²⁵⁾

Depois da menopausa devido à falta de esteróides a vagina, os lábios, o útero e seios da mulher sofrem mudanças específicas involuntárias. As paredes do tubo vaginal tornam-se mais finas, perdem a aparência áspera e mudam para a cor rosada leve, contrastando com a vagina da mulher jovem que apresenta uma aparência rugosa, grossa e de cor púrpura avermelhada.⁽²²⁾

CICLO DA RESPOSTA SEXUAL

A resposta sexual humana é constituída pela reacção de todo o corpo perante a presença de um estímulo erótico suficiente ou adequado. Caracteriza-se por reacções fisiológicas, essencialmente de vasocongestão (superficial e profunda) e miotonia sobretudo pélvica.^(26,27) O ciclo sexual é organizado por fases ou componentes distintos em sequência, sendo que cada fase tem a sua própria neurofisiologia. havendo, no entanto, um órgão central comum, o cérebro, coordenador e integrador das diversas fases. A resposta sexual é delicada, e pode facilmente ser interrompida por afectos negativos ou por conflitos e inibições de ordem física ou psicológica.⁽²⁷⁾ Na análise de qualquer disfunção sexual, é importante o entendimento minucioso do ciclo da resposta sexual normal, bem como a compreensão de que os distúrbios orgânicos e psíquicos estão intimamente relacionados. O modelo do ciclo da resposta sexual, actualmente, utilizado pela American Psychiatric Association (APA) foi baseado nos estudos de Masters e Johnson e melhorado por Kaplan, e é utilizado como uma referência, definindo-se através de 4 fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Cada uma delas depende da receptividade psicológica e do estímulo sexual adequado, que pode ser visual, auditivo,

olfactivo ou táctil.⁽²⁸⁾ Na nossa cultura, os homens são mais sensíveis aos estímulos visuais, voltados ao formato do corpo feminino, enquanto as mulheres são mais sensíveis aos estímulos tácteis, carícias e beijos.^(26,29) Seja qual for o estímulo, este depende da frequência, intensidade e duração. Este esquema facilita a compreensão das alterações anatómicas e fisiológicas que ocorrem durante o funcionamento sexual:

1. O desejo é a fase inicial da resposta sexual, manifesta-se pela motivação para participar da actividade sexual e pela disponibilidade em permitir ao corpo responder à experiência sexual.⁽³⁰⁾ Pode ser despoletado por sugestões internas ou externas e é dependente do funcionamento neuroendócrino.

O desejo pode ser subdividido em antecipatório e propiciatório. O antecipatório é o mais rico sob o ponto de vista cognitivo, é a capacidade de antecipação e de fantasiar. O propiciatório, situacional, depende da iniciativa ou da receptividade do outro.⁽³¹⁾

2. A fase de excitação surge após um estímulo e depende da qualidade desse estímulo. É medida pelo sistema nervoso parassimpático e é caracterizada por sentimentos eróticos e pelo aparecimento da lubrificação vaginal decorrente da transudação de material mucoso através da parede vaginal, resultante da marcada dilatação dos plexos venosos que a circundam - responsividade genital (capacidade que a mulher tem de acompanhar e adaptar-se às mudanças na excitabilidade fisiológica).⁽³²⁾ Surge também o rubor sexual, a pele fica mais avermelhada, aumenta a frequência respiratória e a pressão sanguínea, despoletando um calor generalizado. A excitação sexual, nas mulheres, começa com o aumento do comprimento e diâmetro do clítoris e a vasocongestão da vagina, vulva, clítoris, útero e da uretra. A estimulação da musculatura pélvica resulta num relaxamento do músculo clitoriano e relaxamento arterial local. Com a excitação sexual, há um aumento da circulação da artéria cavernosa que leva à tumescência do clítoris e dos lábios genitais com engorgitamento da rede vascular assumindo uma intensa coloração arroxeadada ou cor de vinho, a vagina alonga-se, distende e dilata e o útero eleva-se da verdadeira para a falsa pelve, podendo atingir o dobro do tamanho original devido ao fenómeno de vasocongestão máxima, formando a "plataforma orgástica".⁽²⁹⁾

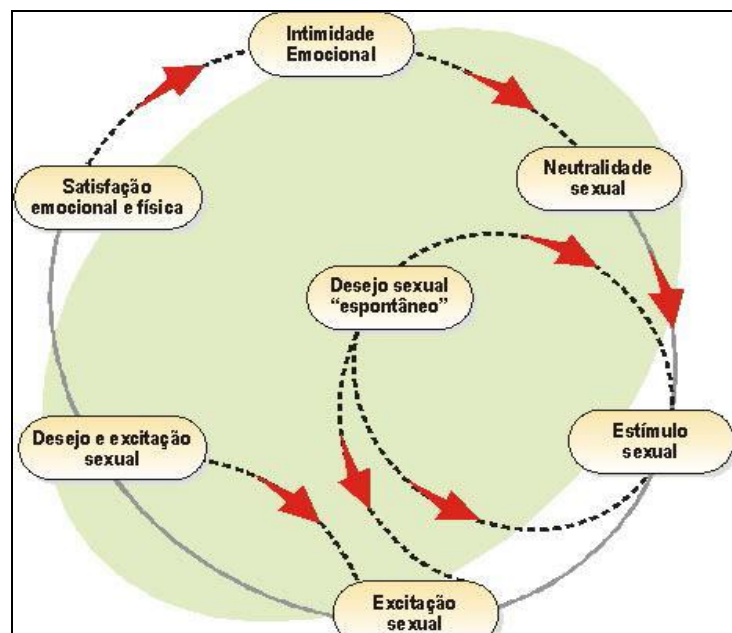
3. A fase orgástica é uma resposta miotónica medida pelo sistema nervoso simpático. É percebido como uma súbita libertação da tensão que se estabeleceu durante as fases de excitação e de planalto. Consiste em contracções reflexas ritmadas com intervalos de 0,8 segundos dos músculos perivaginais e perineais que circundam, a zona anal, uretra, bexiga e vagina. Essas contracções são particularmente visíveis no terço inferior da vagina, na plataforma orgástica. O orgasmo embora dure poucos segundos é a sensação sexual mais intensa e prazerosa. Segundo Masters & Johnson (1984), a sensação de orgasmo para a mulher é relativa mas é uma resposta fisiológica total. A intensidade da resposta orgástica varia e depende da experiência individual de cada mulher, no entanto, há etapas que são comuns a todas elas como a sensação intensa orientada pelo clítoris, seguido pelo calor por todo o corpo descrito como “latejamento pélvico”. Embora o terço externo da vagina se contraia de um modo rítmico durante o orgasmo, a sensação clitoríca é que centraliza a experiência orgástica.

4. Na fase de resolução após a libertação súbita da tensão sexual que ocorre após o orgasmo, as mulheres experimentam uma sensação de relaxamento e bem-estar. Em aproximadamente cinco a dez minutos, o útero retorna à sua posição na verdadeira pelve, enquanto a vasocongestão se dissipa⁽²⁹⁾ e o corpo retorna ao estado de repouso.

Basson (2004) apresentou uma alternativa à resposta sexual feminina, o modelo circular, baseado na intimidade, esta origina, alimenta e termina o ciclo sexual. Propõe a distinção entre desejo sexual inato ou espontâneo (mais biológico e instintivo) e “desejo sexual responsivo”, sendo este último o mais frequente na mulher, desencadeando-se no decurso da actividade sexual (e não necessariamente como condição prévia), e encontrando-se mais relacionado com motivações como o desejo de expressar amor, de receber e partilhar prazer físico, de sentir proximidade emocional, de agradar ao parceiro, ou de aumentar o seu próprio bem-estar pessoal. O modelo circular para o ciclo de resposta sexual feminino é constituído por cinco fases: A 1ª fase: início da actividade sexual com motivação, não necessariamente sexual - neutralidade sexual; a 2ª fase: receptividade ao estímulo sexual em contexto adequado; a 3ª fase: vivência da excitação subjectiva, a 4ª fase: aumento da intensidade da excitação e do desejo responsivo; e a 5ª

fase: satisfação emocional e física. Este modelo foi confirmado no II Encontro Internacional para levantamento de Consensos relativos aos distúrbios sexuais. Deste modo, a ausência inicial do desejo (despertar sexual, pensamento, fantasia) no ciclo tradicional de resposta sexual não caracteriza disfunção. As mulheres podem iniciar o acto sexual sem consciência do desejo, e após um período de estimulação erótica adequada, experimentam uma sensação de excitação subjectiva que vai aumentando gradativamente até experimentarem o desejo. Assim, a excitação conduz ao desejo e à acção voluntária de receber e fornecer estímulos adicionais. Mas para ocorrer a resposta sexual é necessário que haja uma boa coordenação dos sistemas vascular, endócrino e neurológico. Qualquer condição orgânica que altere um ou mais destes sistemas pode conduzir a uma disfunção sexual.^(32,33) A disfunção sexual feminina constitui um problema multidimensional uma vez que abrange factores biológicos, psicológicos e interpessoais, que tendem a aumentar conforme a idade e apresentam elevadas taxas de prevalência na população (25% a 63%), constituindo importante problema de saúde, com repercussões significativas na qualidade de vida.⁽³⁴⁾

Fig. 1 - Ciclo de Resposta Sexual



INDICAÇÃO PARA HISTERECTOMIA

A histerectomia é praticada com o objectivo de aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida da mulher. Está indicada quando os sintomas resultantes dos problemas uterinos, como o sangramento excessivo ou dor, não respondem ao tratamento medicamentoso. Varia de paciente para paciente dependendo muito do seu estado clínico. Esta indicação de tratamento pode ser para doença benigna ou maligna.⁽³⁵⁾ A indicação mais frequente de histerectomia por alteração benigna nos serviços de ginecologia é o mioma uterino (em média de 70% a 80% dos casos).⁽³⁶⁻³⁸⁾ Existem outras afecções benignas, que levam à indicação de uma histerectomia, como:

- anatómicas (miomas, endometriose, ademiomas, entre outras);
- funcionais (hemorragia uterina disfuncional, dor pélvica crónica, dismenorréia secundária);
- infecciosas (doença inflamatória pélvica crónica, piométrio);
- emergências (hemorragia por perfuração do útero por dispositivo intra-uterino (DIU), ruptura uterina intra-parto).⁽³⁵⁾

Tompson e Warshaw (1999), descrevem outras indicações dependendo de várias circunstâncias, como o cancro das trompas de Falópio, cancro pélvico, prolapso da bexiga ou genital, gravidez ectópica pélvica, tuberculose pélvica e hemorragia pós-parto.

MIOMAS UTERINOS

A grande percentagem das histerectomias é realizada devido à existência de miomas e sua sintomatologia como anteriormente foi descrito, por isso achamos pertinente falar sobre eles.

EPIDEMIOLOGIA

Os miomas uterinos também chamados leiomiomas ou fibromiomas são o tipo mais comum de tumores sólidos presentes em mulheres em idade reprodutiva. São formações nodulares benignas que se formam a partir do tecido muscular liso do útero.⁽³⁹⁾ São

normalmente múltiplos e discretos, com configuração esférica ou irregularmente lobulada. Têm uma cobertura capsular falsa e são facilmente diferenciados do miométrio circundante. A sua incidência varia entre 20% a 70% em mulheres na fase da pré-menopausa aumentando com a idade, não aumentam o risco de incidência de neoplasias uterinas e muito raramente evoluem para cancro (0.1 a 0.5% dos miomas poderão evoluir para leiomiossarcoma). São clinicamente aparentes em cerca de 30-40% das mulheres com menos de 40 anos de idade.⁽⁴⁰⁾ Os factores epidemiológicos que têm sido relacionados com os miomas uterinos são a raça, factores reprodutivos, hereditários, níveis de estrogénio, estilo de vida e factores ambientais.^(40,41) São mais comuns em mulheres de raça negra (cerca de três a cinco vezes). A prevalência etária também varia com a raça, sendo que nas mulheres de raça negra a incidência máxima ocorre entre os 35-39 anos, e nas mulheres caucasianas entre os 40-44 anos.⁽⁴²⁾ Parece haver alguma evidência epidemiológica da hereditariedade desta condição embora nenhum gene específico tenha sido identificado como causa directa para o seu desenvolvimento.

Os miomas uterinos são mais comuns em mulheres nulíparas, com um risco 4 vezes superior em comparação com mulheres múltíparas.⁽⁴⁰⁾ O risco diminui de 20%-50% em mulheres que apresentam um filho nascido vivo. O risco continua a diminuir com o aumento do número de filhos (a mulher que tem 4 a 5 filhos a termo apresenta um risco 70%-80% menor do que a mulher nulípara). O risco de diagnóstico desta patologia é maior quanto mais precoce for a idade da menarca, quanto mais tardia for a primeira gravidez e quanto maior o intervalo decorrido após o último parto, independente do número de filhos nascidos vivos.^(40,42)

O efeito dos contraceptivos orais (CO) é ainda controverso; alguns estudos demonstram uma associação positiva enquanto outros, negativa. No entanto, todos estes estudos demonstram que a associação está relacionada com a duração da sua utilização e com a quantidade de estrogénios que possuem.⁽⁴³⁾ O uso do dispositivo intra-uterino (DIU) não influencia o risco.⁽⁴⁴⁾

A obesidade também tem sido relacionada com o desenvolvimento dos miomas uterinos. Um peso corporal de 70 Kg ou mais está associado a uma risco três vezes

superior quando comparado com um peso corporal de ≤ 50 Kg.^(40,45,46) A Diabetes Mellitus (DM) e a hipertensão arterial também têm sido associadas ao aumento do risco de miomas.⁽³⁹⁾ O tabagismo, devido ao seu efeito anti-estrogénico ou talvez pelo aumento dos radicais livres que favorece nos tecidos, diminui o risco desta patologia.⁽⁴⁷⁾ Finalmente, existe pouca evidência quanto à influência da dieta no risco de desenvolver miomas uterinos, sendo que os poucos estudos disponíveis são inconsistentes nesta associação.⁽⁴⁸⁾

Os miomas são tumores dependentes do estrogénio, podendo atingir um tamanho significativo sob a influência desta hormona. Raramente aparecem antes da menarca e tendem a regredir no período da menopausa e sob efeito do tratamento com agonistas da hormona libertadora de gonadotrofina (GnRH).

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Os miomas raramente causam mortalidade, mas provocam morbidade significativa e afectam a qualidade de vida da mulher. A hemorragia menstrual excessiva é o sintoma mais frequente. O padrão de hemorragia mais característico é a menorragia. É um sintoma que pode promover o isolamento social e a perda de tempo produtivo pelos cuidados de higiene que acarreta. A dor ou pressão pélvica é também um sintoma comum. O desconforto é referido como uma sensação de pressão e pode ser semelhante ao de uma gravidez. A dor aguda é rara e está frequentemente associada a torção de miomas pediculados ou a dilatação cervical devido a uma protusão pelo óstio cervical do útero.⁽⁵¹⁾ Quando ocorre torção é necessário realizar uma miomectomia de emergência e, nos casos de anemia é necessário recorrer à transfusão sanguínea. A miomectomia de urgência é apenas realizada quando a paciente está hemodinamicamente estável.

Dependendo do seu tamanho, número e localização, os miomas podem alterar a anatomia uterina e, por conseguinte, interferir com a fisiologia normal do útero e a função reprodutiva. Esta interferência pode provocar a diminuição da fertilidade, aumento das taxas de aborto ou outras complicações tardias na gravidez como: ruptura prematura das

membranas, parto pré-termo, descolamento da placenta, restrição do crescimento intra-uterino, hemorragia pós-parto, retenção placentária e sépsis puerperal.

DIAGNÓSTICO

A história clínica, é de extrema importância incluindo antecedentes e intercorrências, para além do exame físico e ginecológico, para a obtenção de um diagnóstico. Os métodos de imagem tornam-se exames fundamentais no diagnóstico desta patologia ⁽⁴²⁾ uma vez que os sintomas provocados pelos miomas mimetizam os de numerosas patologias pélvicas. A ecografia pélvica é o exame de imagem primordial na avaliação inicial do mioma uterino. Pode ser realizada por via abdominal ou transvaginal (ETV). É um procedimento rápido, que não requer anestesia, não apresenta nenhum risco de distensão da cavidade uterina e não utiliza radiação, o que faz deste um método seguro para utilizar durante a gravidez. A ecografia abdominal, pode apresentar limitações na medição do tamanho do útero quando este tem um volume superior a 300 cm³ e na avaliação de um útero com múltiplos miomas, uma vez que estes podem produzir sombras acústicas.^(41,50) Para complementar a ecografia quando o mioma é do tipo submucoso é utilizada a histerossonografia, este exame permite definir a condição do tumor em relação à cavidade uterina.⁽⁵⁰⁾ A utilização da ecografia com doppler permite obter dados acerca da vascularização do mioma, o que pode ser útil na distinção entre massas uterinas sólidas ou quísticas e na preparação para o tratamento minimamente invasivo, como a embolização da artéria uterina. A ressonância magnética constitui um excelente método para avaliação do útero miomatoso pois permite uma avaliação detalhada dos nódulos, bem como suas relações com as diversas estruturas uterinas e órgãos anexos.⁽⁵⁰⁾

CLASSIFICAÇÃO ANATÓMICA

De acordo com a sua posição e relação com as camadas uterinas os miomas são classificados em 3 subgrupos: 1. Intramurais; 2. Submucosos; 3. Subserosos.

1. Miomas intramurais

A maioria dos miomas tem origem dentro da parede uterina, no miométrio. Estes são miomas bem delimitados devido à compressão pelo miométrio com posterior formação de uma pseudocápsula. Embora seja o tipo mais comum, o crescimento da sua massa para outra camada da parede uterina altera a sua classificação para subseroso ou submucoso.^(51,52)

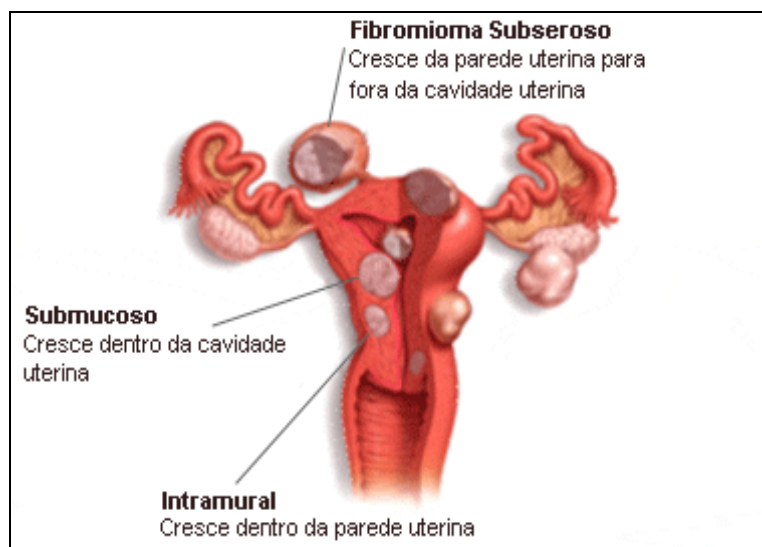
2. Miomas submucosos

O termo submucoso refere-se ao local do tumor imediatamente próximo do endométrio. Estes miomas representam cerca de 5-10% do total e tendem a ser mais sintomáticos devido à distorção que provocam no miométrio. Aqueles que se estendem para a cavidade uterina e estão ligados ao miométrio por um pedículo são designados de pediculados. Uma vez que o suprimento sanguíneo destes miomas é frequentemente insuficiente, a ocorrência de infecção e de necrose são fenómenos comuns.⁽⁵⁰⁾

3. Miomas subserosos

Estão localizados sob o peritoneu que recobre o corpo do útero. Este tipo de miomas pode tornar-se pediculado, crescendo para dentro da cavidade peritoneal, e provocar compressão de órgãos como a bexiga ou o intestino. Tal como os miomas submucosos, os miomas subserosos pediculados correm o risco de torção, isquemia e necrose.⁽⁵¹⁾

Figura 2 - Localização dos miomas uterinos



TIPOS DE HISTERECTOMIA

O tipo de histerectomia depende da extensão dos órgãos removidos e da abordagem/vias de acesso. De acordo com a extensão dos órgãos removidos existem três tipos de histerectomia:

1. Histerectomia total é a histerectomia "tradicional" que inclui a remoção do útero e do colo uterino através de uma incisão abdominal. Quando todo o útero é extirpado, em conjunto com um ou os dois ovários e as trompas designa-se por histerectomia total com anexectomia uni ou bilateral.⁽⁵³⁻⁵⁴⁾ No caso de haver a remoção dos dois ovários surge a menopausa cirúrgica.

2. Histerectomia subtotal ou parcial (histerectomia supracervical) quando há remoção do útero com preservação do colo uterino. Pode efectuar-se ou não a remoção dos ovários e das trompas de Falópio. Alguns ginecologistas acham que deixar o colo uterino pode reduzir os problemas de incontinência.

3. Histerectomia radical ou de "Wertheim" descrita pela primeira vez e realizada sistematicamente por Wertheim há 100 anos atrás; foi posteriormente modificada por Okabayashi em 1921 e Meigs na década de 1950. É a forma clássica de tratamento cirúrgico de cancro cervical, nos estadios iniciais, inclui a remoção do útero e colo, juntamente com a ressecção radical dos paramétrios e parte superior da vagina, com ou sem a linfadenectomia bilateral, diferindo da histerectomia total, porque nesta apenas se retira o útero, não se alargando às margens.⁽⁵⁵⁾

Existe controvérsia relativamente à preservação do colo uterino e da possível prevalência do carcinoma do colo e quanto à preservação ou remoção dos ovários. Deste modo, ginecologistas em todo o mundo discutem quanto ao procedimento ser total ou subtotal. Takkar et al. mencionam que as duas técnicas têm resultados similares em relação às funções pélvicas, porém a subtotal preserva o colo uterino, é muito mais rápido, apresenta melhor recuperação e menos intercorrências febris a curto prazo e menores taxas de dispareunia, mas apresenta mais hemorragias e prolapso cervical após a cirurgia quando comparada à total.⁽⁵⁵⁾

VIAS DE ACESSO

A escolha das vias de acesso na histerectomia variam conforme a doença, o volume uterino, a anatomia da pelve, as comorbidades, a experiência da equipe cirúrgica e a paridade.⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾ Existem três abordagens possíveis para a execução da histerectomia: a via abdominal, a via vaginal e a via laparoscópica.⁽⁵⁶⁻⁵⁷⁾

O procedimento pioneiro foi a histerectomia vaginal (HV), descrito por Sorano há quase dois mil anos atrás. A primeira histerectomia abdominal (HT) foi realizada por Charles Clay em 1843. Desde então, as indicações e métodos para a realização da histerectomia mudaram diversas vezes. Em Portugal, Serrano foi o cirurgião pioneiro histerectomia abdominal por mioma uterino, no séc. XIX.⁽⁵⁵⁾

A técnica de HT tal como a conhecemos hoje, foi introduzida pela primeira vez por Richardsson em 1929. Ele defendeu o procedimento total a fim de impedir o desenvolvimento do carcinoma do colo do útero. Apesar disso, a histerectomia subtotal era de longe o método mais comum até a década de 50. Com o desenvolvimento e a disponibilidade de antibióticos e as transfusões de sangue a tendência voltou-se para HT, a fim de evitar o carcinoma cervical. Em 1984, Semm sugeriu o uso da técnica da laparoscopia na histerectomia, mas a primeira histerectomia laparoscópica (HL) foi relatada por Reich em 1989.⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾ A histerectomia vaginal assistida por laparoscópio descrita por Kovacs em 1990, foi rapidamente adoptada devido à sua facilidade, rapidez e eficácia comparativamente à utilização somente do laparoscópio. A emergência desta técnica reabilitou a histerectomia vaginal.

HISTERECTOMIA ABDOMINAL

A histerectomia abdominal é o tipo de histerectomia mais invasivo e também o mais vulgar. A histerectomia abdominal total pode ser recomendada no caso de a paciente ter miomas muito grandes que não tenham respondido à terapêutica hormonal ou que sejam difíceis de remover vaginalmente. Também pode ser o método de preferência se sofrer de endometriose grave (tecido de revestimento do útero fora do útero), infecções pélvicas, cicatrizes de cirurgias pélvicas anteriores e nalguns tipos de cancro. A histerectomia

abdominal total requer um internamento hospitalar de 3-6 dias e um período de recuperação longo (até 6 semanas).

HISTERECTOMIA VAGINAL

A histerectomia vaginal é um procedimento em que o útero e o colo do útero são removidos através de uma incisão feita profundamente no interior da vagina. É este, normalmente, o método escolhido para tratar o prolapso uterino vaginal, podendo também ser utilizado para ajudar a tratar o cancro do útero ou o cancro do colo do útero numa fase precoce. A histerectomia vaginal pode ter como resultado menor desconforto no pós-operatório do que a histerectomia abdominal total. Entre outras vantagens incluem-se um tempo de internamento hospitalar (1-3 dias) e um tempo de recuperação mais curtos (4 semanas), assim como ausência de cicatriz visível. No entanto, a histerectomia vaginal não é apropriada se estiverem presentes miomas de grande dimensão.

HISTERECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Quanto à via laparoscópica, existem várias classificações dependendo da extensão do componente endoscópico^(64,65) podendo ser dividida em subcategorias como: histerectomia vaginal assistida por laparoscopia (HVAL), histerectomia supracervical laparoscópica (HSL) e a histerectomia total laparoscópica (HTL) onde todo o procedimento é realizado por laparoscopia, inclusive a sutura da cúpula vaginal.⁽⁶⁶⁾

A HVAL é semelhante a uma histerectomia vaginal, mas inclui a utilização de um laparoscópio (um telescópio estreito, com luz) que é introduzido através de uma pequena incisão feita no umbigo. A utilização de um laparoscópio permite que a região superior do abdómen seja inspeccionada cuidadosamente durante a cirurgia e permite ao cirurgião realizar parte da cirurgia através de pequenas incisões. À semelhança do que acontece na histerectomia vaginal, a HVAL normalmente não pode ser realizada se estiverem presentes miomas de grandes dimensões. O internamento hospitalar e o tempo de recuperação são semelhantes aos de uma histerectomia vaginal simples. A combinação do método de histerectomia vaginal com a técnica laparoscópica requer mais perícia em termos de

execução e mais tempo na sala de operações do que os procedimentos de histerectomia abdominal total ou vaginal.⁽⁶⁶⁾

Outra técnica cirúrgica e ainda menos invasiva e traumática, é a histerectomia supracervical laparoscópica. É uma opção cirúrgica que utiliza apenas a laparoscopia para remover o útero, deixando o colo do útero intacto. Durante o procedimento, um laparoscópio e os instrumentos cirúrgicos de pequenas dimensões são introduzidos através de pequenas incisões feitas no umbigo e no abdómen. Utilizando estes instrumentos, o cirurgião consegue separar cuidadosamente o útero do colo do útero, removendo-o através de uma das incisões. Como esta técnica implica menos cortes e menor manipulação dos tecidos, são menores as hipóteses de ocorrerem lesões noutros órgãos internos, como, por exemplo, a bexiga. Esta técnica foi desenvolvida com o objectivo de reduzir a dor e o trauma, minimizar as cicatrizes e encurtar o tempo de recuperação. O procedimento pode ser realizado em regime de ambulatório, sob anestesia epidural, o que significa que a paciente poderá ir para casa descansar passado 24 horas e retomar as actividades normais ao fim de menos de uma semana (6 dias, em média). Além disso, a HSL preserva o colo do útero, o que é importante, uma vez que alguns trabalhos de investigação sugerem que esse facto pode ajudar a reduzir o risco de prolapso do pavimento pélvico, incontinência urinária e outras complicações que estão associadas às histerectomias totais. No entanto, é necessário continuar a fazer todos os anos as citologias de despistagem do cancro do colo do útero. Além disso, este procedimento pode não ser apropriado se tiver miomas muito grandes ou muito numerosos. À semelhança da HVAL, este procedimento requer uma perícia cirúrgica especial.⁽⁶⁶⁾

Existe um novo procedimento recente conhecido por SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery) - laparoscopia de incisão única, é um procedimento que utiliza um endoscópio rígido e apenas um corte onde é inserida uma porta flexível - uma espécie de rolha em esponja, com vários orifícios - por onde entram os aparelhos que o cirurgião manipula de acordo com as imagens que vai vendo no ecrã. A outra grande novidade é o facto de se usar o umbigo como único ponto de acesso que é uma cicatriz natural, para fazer o corte, o que faz com que o doente não ganhe novas cicatrizes - A "Belly button

surgery”. É a técnica actual mais praticada pelos cirurgiões que praticam cirurgia minimamente invasiva. A vantagem estética é a mais evidente. Além disso, a dor e o incómodo da cirurgia são menores, o que beneficia a qualidade de vida da doente. Por ser menos invasiva e diminuir a perda de sangue, esta técnica permite também que a doente fique apta para ir para casa poucas horas após a intervenção, devido à falta de ferida abdominal de grande porte. Apesar das grandes vantagens, nem todos podem ser submetidos a esta nova técnica, nomeadamente quem já tenha realizado outras operações e que por isso tenham cicatrizes internas, assim como os que sofrem de infecções, problemas de coagulação ou risco anestésico. A aplicação desta técnica exige uma grande adaptação e muito treino por parte do cirurgião.⁽⁶⁶⁾

VANTAGENS E DESVANTAGENS DOS DIFERENTES TIPOS DE HISTERECTOMIA

A escolha da melhor via para a realização da histerectomia, se abdominal ou vaginal, é um assunto polémico, principalmente em relação à abordagem total laparoscópica ou à histerectomia vaginal assistida por laparoscopia.⁽⁵⁷⁾

As três vias não podem ser consideradas competitivas, mas sim com indicações precisas que, se bem aplicadas, levarão ao sucesso do procedimento e ao bem-estar das pacientes. Existem dados na literatura que apontam uma superioridade da via vaginal sobre a abdominal quando se avalia a: duração da cirurgia,⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾ a incidência de complicações intra e pós-operatórias, o tempo de internamento, o custo do procedimento e o tempo de recuperação.⁽⁶¹⁾ A comparação da via vaginal com a laparoscópica mostra vantagens da primeira quando se compara a: incidência de complicações intra-operatórias como lesão da uretra, bexiga e vasos sanguíneos,⁽⁶¹⁻⁶³⁾ duração da cirurgia e custo do procedimento.⁽⁶²⁾ Vantagens da laparoscópica sobre a vaginal encontra-se em itens como recuperação pós-operatória, necessidade de uso de analgésicos no pós-operatório e peso do útero extirpado.⁽⁶³⁾ Na avaliação individualizada de alguns parâmetros no pré-operatório observou-se que a média de idade das mulheres submetidas à histerectomia vaginal oscilava entre os 41 a 50 anos.⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾ Quanto à nuliparidade ou ausência de partos transpélvicos, observam-se dados oscilando entre 9% a 11,5%.⁽⁶⁶⁾ Quanto à incidência de

cesarianas anteriores, estudos mostram não haver maior incidência de complicações nas histerectomias vaginais em mulheres com partos trans-abdominais.⁽⁶⁴⁾ A necessidade de uso de opiáceos injectáveis ou a duração de utilização de analgésicos no pós-operatório mostrou-se inferior na via vaginal quando comparada à via abdominal e à laparoscópica.⁽⁵³⁾

Poucos estudos têm avaliado as consequências a nível sexual das diferentes abordagens. Isso provavelmente deve-se ao facto de que muitas vezes a histerectomia vaginal anterior e/ou posterior exige colporrafias, que podem influenciar, por si só, o resultado. Além disso, a histerectomia laparoscópica é uma técnica relativamente recente, o que explica a escassez de dados sobre os seus efeitos sobre a sexualidade feminina.⁽⁵³⁾

No estudo de Ayoubi et al verificou-se que a dispareunia era menor em mulheres que eram submetidas a histerectomia vaginal e laparoscópica, assim como o impacto psicológico da histerectomia laparoscópica foi menor que a da histerectomia abdominal, no que diz respeito à percepção da auto-imagem e à relação marital. Estes resultados podem ser explicados pela quase ausência de cicatriz abdominal e por melhorar o conforto pós-operatório, associado à técnica laparoscópica.⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾

COMPLICAÇÕES DA HISTERECTOMIA

A histerectomia como qualquer cirurgia é um procedimento operatório com risco de complicações, tanto pré quanto pós-operatórias. A morbidade febril forma o maior contingente de complicações pós-operatórias nas histerectomias.^(68,69) Segundo alguns autores o trauma cirúrgico da histerectomia compromete a irrigação sanguínea ovárica em cerca de 40% das mulheres, com a subsequente falência ovárica que pode ocorrer seis anos após a cirurgia,⁽⁷⁰⁻⁷¹⁾ O suprimento sanguíneo das trompas e ovários provém das artérias uterinas e ováricas. A artéria ovárica, originária da aorta, encontra-se no ligamento infundíbulo-pélvico e divide-se em três ramos. O ramo lateral do ovário anastomosa-se com um ramo da artéria uterina, o ovariano medial, situada ao longo do ligamento útero-ovariano no mesovário, formando a arcada ovárica⁽⁶¹⁾ Janson e Janson avaliaram o fluxo ovárico, imediatamente após a histerectomia total abdominal, utilizando o radioisótopo Xe^{133} e observaram redução na taxa da clearance ovárica de 50 a 90%, o que sugere

diminuição aguda da perfusão ovárica decorrente da ligação dos ramos anexiais das artérias uterinas.⁽⁷⁰⁾ Este procedimento elevaria a pressão intra-ovariana, com lesão da microcirculação dos ovários e conseqüentemente insuficiência ovárica⁽⁶¹⁾ Uma hipótese para o aumento da incidência de falência ovárica pós-histerectomia é o estiramento dos vasos no infundíbulo pélvico, seguido de trombose e redução do fluxo sanguíneo ovárico⁽⁶¹⁾

De modo geral, as taxas de complicações pós-histerectomia variam entre 7% e 43%.⁽⁶⁸⁾ Por sua vez, o Colégio Norte-americano de Obstetrícia e Ginecologia estima que 25% a 50% das mulheres submetidas à histerectomia terão uma ou mais complicações, embora de pequeno porte ou reversíveis. Exemplos de complicações infecciosas são a vaginite, abscesso da cúpula vaginal e peritonite. O tipo de fio utilizado na sutura da cúpula vaginal, associado à técnica de fechamento pode estar relacionado a outra complicação pós-operatória a formação do granuloma de corpo estranho.^(68,69)

Durante a histerectomia radical pode ocorrer lesão do plexo hipogástrico superior e inferior e a estrutura da vagina sofre alterações, podendo originar disfunção sexual.⁽⁶⁹⁾ As lesões nos nervos podem ser encontradas durante as diferentes fases da histerectomia: 1) a lesão do plexo hipogástrico superior pode ocorrer durante a dissecação dos gânglios linfáticos pré-sagrados e lomboaórticos; 2) a lesão dos nervos hipogástricos durante a ressecção dos ligamentos uterosagrados; 3) a lesão do nervo esplâncnico durante a divisão da artéria uterina do ligamento cardinal; 4) a lesão do plexo hipogástrico inferior durante a divisão dos ligamentos uterosagrados e rectovaginal; 5) a lesão do ramo da bexiga que pertence ao plexo hipogástrico inferior durante a ressecção dos ligamentos vaginais e do paracolpos.⁽⁶⁸⁾

A prevenção consiste na redução destas complicações, através da utilização de técnicas operatórias cuidadosas e antibioticoprofilaxia. A indicação de antibioticoprofilaxia é similar tanto nas operações intra-abdominais em geral como nas ginecológicas e obstétricas. Há estudos específicos em relação à antibioticoprofilaxia na histerectomia abdominal,⁽⁶⁹⁾ o que não ocorre em relação às demais técnicas.

MÉTODOS ALTERNATIVOS

As alternativas à histerectomia ainda estão ligadas essencialmente ao tratamento dos miomas e até à 15-20 anos atrás, as opções de tratamento para mulheres com miomas sintomáticos baseavam-se na histerectomia abdominal ou na miomectomia abdominal convencional. Em todos os casos de indicação de tratamentos alternativos à histerectomia, deve-se fazer uma avaliação correcta, através da história clínica e exames complementares. Todas as pacientes devem realizar colpocitologia oncótica, ultrasonografia transvaginal e histeroscopia com biópsia do endométrio. Deste modo, teremos as causas reais do sangramento vaginal, que em alguns casos não estão associados ao mioma uterino.⁽⁶⁷⁾

No entanto, a histerectomia é um método inaceitável para mulheres que desejam manter o seu estado de fertilidade. Nos últimos anos têm emergido novas opções cirúrgicas de menor porte como alternativa à histerectomia clássica, entre os quais destacam-se: histerectomia vaginal, combinada ou não, por via laparoscópica; histerectomia supra-cervical associada a laparoscopia com uso de morcelador; laparoscopia com histerectomia total associada a colpotomia para retirada do órgão; histeroscopia cirúrgica para ressecção de miomas submucosos; ligadura das artérias uterinas por via aberta ou laparoscópica. A embolização das artérias uterinas (EAU), a miomectomia por via abdominal ou por via laparoscópica, e a cirurgia de redução ou ablação do endométrio⁽⁶⁶⁾ que descrevemos seguidamente:

- **Embolização do mioma uterino**

Procedimento realizado em regime de ambulatório, consiste em injectar na artéria uterina esferas de álcool polivinil, com um cateter, o que vai bloquear o fluxo de sangue para os miomas causando a sua necrose, permitindo o retorno ao trabalho entre 2 a 5 dias, com índice de óbitos igual a zero e de complicações muito baixas.⁽⁶⁶⁾ Substitui a histerectomia na maior parte das indicações por miomas uterinos, tendo o potencial de preservar a fertilidade embora os custos sejam um pouco mais elevados. No entanto existe uma preocupação quanto ao possível impacto negativo que esta técnica pode

ter futuramente no que diz respeito á inserção placentária anormal, restrição do crescimento uterino, aborto, partos pré-termo e hemorragias pós-parto.

- **Miomectomia por via abdominal, laparoscópica ou histeroscópica**

Consiste na remoção de um ou mais miomas por cirurgia abdominal aberta, por laparoscopia ou por endoscopia. Substitui a histerectomia em quase todas as outras indicações de miomas não atendidas pela embolização. Quando o mioma é do tipo intramural ou subseroso, a miomectomia é realizada por laparotomia ou laparoscopia. Dependendo da técnica empregada, a paciente retorna ao trabalho entre 2 a 5 dias até 4 a 8 semanas. Complicações menores ou iguais às da histerectomia, também em função das técnicas empregadas. Sem as consequências psicológicas e sexuais da histerectomia. Os custos são iguais ou inferiores aos da histerectomia. A miomectomia, por outro lado, é uma cirurgia associada a um menor risco de morbidade e mortalidade, permitindo manter o útero em mulheres que desejam manter a sua função reprodutiva.^(70,71) Os melhores resultados são obtidos em mulheres jovens com um único mioma.

- **Cirurgia de redução ou ablação do endométrio**

Substitui a histerectomia no tratamento do sangramento uterino anormal de causa benigna. Realizada através de vídeo histeroscopia ou outros equipamentos específicos. Retorno ao trabalho em 2 a 3 dias. Complicações de muito menor gravidade e frequência e os custos são inferiores aos da histerectomia.

Existem ainda outras abordagens que poderão ser avaliadas. No entanto as aqui citadas, se amplamente disponíveis, poderiam levar a uma redução de 2/3 a metade do total das histerectomias realizadas, com aumento da qualidade de vida das mulheres e redução de custos, no entanto, ainda existe muita controvérsia. A maioria das terapias médicas correntes baseiam-se no pressuposto que os miomas uterinos têm um aumento significativo da concentração de receptores de estrogénio e progesterona quando comparados com o miométrio normal. Sendo assim, a maioria das terapias disponíveis são hormonais ou actuam nos seus receptores interferindo com o seu crescimento, tais como

os análogos da GnRH, modeladores selectivos dos receptores de estrogénio, inibidores da aromatase, anti-progestativos, entre outros.^(71,72)

É necessário ter atenção que grande parte das histerectomias são realizadas no período do climatério e os efeitos negativos deste período podem ser confundidos com os causados pela histerectomia.^(72,73)

MENOPAUSA SINTOMAS E EFEITOS

As respostas sexuais das mulheres apresentam mudanças ao longo do ciclo de vida, havendo alguns estudos que mostram que o interesse sexual e a frequência da actividade podem diminuir com a transição menopausica. A menopausa é o marco referencial de um processo longo e heterogéneo, que marca a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva. É definida como a última menstruação e confirmada pela ausência do período menstrual por 12 meses consecutivos. A menopausa espontânea ocorre geralmente entre os 48 e 52 anos, com a idade média por volta dos 51 anos. A menopausa precoce é quando uma mulher deixa de menstruar muito antes do tempo dito “normal”. A menopausa precoce afecta cerca de 10% da população feminina e dessas apenas 2% experienciam a “verdadeira” menopausa prematura, porque as restantes são derivadas de tratamentos e cirurgias. As causas conhecidas da menopausa precoce são várias e dividem-se em dois grupos: menopausa natural ou induzida.

Menopausa natural pode ter na sua origem factores genéticos (principalmente se existirem 3 ou mais casos semelhantes na família) ou imunológicos (nomeadamente o desenvolvimento de doenças auto-imunes que, ao produzirem auto-anticorpos, atacam os ovários, provocando a sua degeneração e, conseqüentemente, a menopausa).

Menopausa induzida está directamente relacionada com intervenções cirúrgicas, bem como tratamentos de quimioterapia e radioterapia.⁽⁷⁰⁾

Define-se a menopausa cirúrgica como aquela que resulta da excisão dos ovários em consequência de tumores ou quistos localizados, doenças pélvicas (graves ou crónicas) ou a endometriose. Se estas condições médicas não obrigarem a remoção dos ovários, os tratamentos associadas às mesmas podem danificar os ovários

permanentemente. Com a remoção completa dos ovários o corpo feminino deixa de produzir hormonas conduzindo à menopausa.⁽⁷¹⁾

Embora os sintomas da menopausa cirúrgica tendam a ser semelhantes aos da menopausa natural, o seu início é muito mais abrupto. Segundo Silva e Silva (1999) os sintomas ou queixas da menopausa derivam da carência estrogénica, que induz repercussões a nível dos vários órgãos-alvo e dos vários sistemas. Existe dois tipos de manifestações: precoces (sintomatologia que ocorre num curto espaço de tempo) e as tardias (sintomatologia que ocorre a longo prazo).

MANIFESTAÇÕES PRECOSES:

1. Perturbações vasomotoras
2. Perturbações psicológicas
3. Perturbações genito-urinárias

1. Perturbações Vasomotoras

As perturbações vasomotoras, que incluem os «afrontamentos» e os suores, constituem a sintomatologia mais frequente da mulher menopáusicas, atingindo cerca de 60-80% das mulheres. São mais intensos nos dois primeiros anos da menopausa e em geral, cessam espontaneamente ao fim de cinco anos. O seu mecanismo fisiopatológico parece relacionar-se com uma alteração a nível dos neurotransmissores cerebrais, provocada pela diminuição de estrogénios, ocorrendo uma maior libertação de Gn-Rh e uma perturbação do equilíbrio térmico. Manifestam-se como uma onda de calor, por norma bastante intensa, que atinge predominantemente a metade superior do corpo, a que se segue, em poucos minutos, suores frios. São acompanhadas por um aumento da frequência cardíaca e do fluxo sanguíneo periférico. Por vezes associam-se a vertigens. Não são controláveis pela mulher nem previsíveis. No entanto, existem mulheres que podem ter deficiência de estrogénios e não sofrerem destes sintomas.⁽⁷⁴⁾ Em algumas culturas, em que a menopausa é encarada como benéfica ao seu estatuto social, as mulheres não referem perturbações vasomotoras.

2. Perturbações Psicológicas

A nível psicológico, são referidas: labilidade emocional, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, falta de tolerância, humor depressivo, diminuição da concentração e da memória a curto prazo, astenia, isolamento e diminuição do desejo sexual.⁽⁷⁴⁾ Segundo Bacelar-Antunes (2005), a ansiedade é frequente na menopausa e é descrita através da insegurança, medos, apreensão, preocupação generalizada com a saúde futura. Rebar et al. advogam que, no consenso da Sociedade Norte Americana da Menopausa (SNAM), existe a necessidade de diferenciar a ansiedade do dia-a-dia da patológica; esta última requer intervenção farmacológica e psicoterapia.

Diversos estudos demonstraram que as mulheres na menopausa referem, com frequência, dificuldade em adormecer e em manter a continuidade do sono, bem como insónia matinal, sintomas que melhoram, substancialmente, com a terapia de substituição hormonal. Estas queixas podem depender, directamente, da carência estrogénica, mas também da existência das perturbações vasomotoras, que alteram a qualidade do sono. Os estrogénios parecem exercer efeitos reguladores a nível das áreas do sono no hipotálamo, região pré-óptica e hipocampo. Também funcionam como agonistas da serotonina e da acetilcolina. Têm um efeito misto a nível da noradrenalina e das endorfinas, diminuindo os receptores da dopamina e aumentando a actividade do GABA. Estes dados sugerem que os estrogénios podem ter uma interferência directa no humor. É importante não esquecer que esta fase da vida da mulher coincide com muitas mudanças, que podem influenciar o seu humor. O «ninho vazio» familiar, o período de transição para a reforma e o encarar do envelhecimento, são factores que podem contribuir para uma maior incidência de sintomas depressivos. Bacelar-Antunes (1999) refere que a depressão é uma das queixas mais frequentes na menopausa, mas considera que falar de humor depressivo é mais preciso e correcto. Para este autor, os estados depressivos na menopausa são semelhantes à neurastenia ou à depressão atípica, sem a melancolia. Estes sintomas revelam-se no dia-a-dia por meio de ansiedade, tensão muscular, preocupação, temores, fadiga, exaustão, irritabilidade, perda do interesse, anedonia, diminuição da auto-estima, sensação de solidão e incapacidade generalizada.

Olazábal (2003) refere que, os factores psicológicos, surgem nas mulheres mais vulneráveis, ou seja, mulheres que apresentam dificuldades na adaptação aos acontecimentos vitais stressantes. Mulheres solteiras, divorciadas, são grupos particularmente vulneráveis à cirurgia. No entanto, existem mulheres que se adaptam bem devido a factores facilitadores que se podem traduzir em: a) boa auto-estima, b) percepção positiva da saída dos filhos de casa, c) uma melhor relação com o companheiro após a saída dos filhos, d) término do medo de engravidar, e) percepção que pode realizar novas actividades na vida e f) existência de conhecimentos e atitudes positivas da menopausa.

3. Perturbações Genito-urinárias

A mucosa da vagina, da uretra, e do terço inferior da bexiga têm origem embrionária comum, dependente do estrogénio. Assim, a diminuição dos estrogénios circulantes leva a atrofia da mucosa vaginal, aumento do pH e diminuição da secreção vaginal. Tais efeitos, explicam as queixas frequentemente apresentadas pelas mulheres. Estas consistem: em secura vaginal com irritação local, dispareunia, atrofia vulvovaginal e aumento da frequência de infecções urinárias, bem como o aparecimento do síndrome ureteral. A diminuição dos níveis de estrogénios causa uma diminuição da pressão ureteral, levando a incontinência urinária, inicialmente de esforço e com agravamento progressivo. Tal sintomatologia interfere muitas vezes na actividade sexual da mulher, sendo relativamente comuns as queixas de falta de desejo, diminuição da actividade sexual, dor aquando da penetração, diminuição da responsividade sexual, dificuldade em atingir o orgasmo e diminuição das sensações genitais de excitação sexual perturbando o relacionamento com o parceiro fazendo com que as relações sexuais sejam difíceis e a mulher perante esta eventualidade pode inibir-se ou mesmo evitá-las.⁽⁷⁴⁾

MANIFESTAÇÕES TARDIAS:

1. Alterações a nível cerebral
2. Alterações a nível cutâneo
3. Alterações a nível articular

4. Alterações cardiovasculares

5. Alterações ósseas

6. Alterações no peso

1. Alterações a nível cerebral

A carência estrogénica, embora por mecanismo desconhecido, parece estar associada a um aumento da incidência de doença de Alzheimer e de acidentes vasculares cerebrais.

2. Alterações a nível cutâneo

O envelhecimento cutâneo é evidenciado pela diminuição das secreções endócrinas e estreitamento das arteríolas cutâneas, afectando as reacções enzimáticas do tecido conjuntivo e estruturas epiteliais, interferindo com a nutrição tissular e com o metabolismo do colágeno, elástico dos vasos, do tecido adiposo e dos músculos. As alterações cutâneas podem ser evidenciadas nas diferentes camadas da pele: epiderme; derme e hipoderme. Dependem de factores individuais, geneticamente determinados, que sofrem a interferência dos ambientes externo e interno, aos quais a pele foi exposta durante a vida. A descamação, principalmente nas extremidades, é bem marcada, sendo basicamente causada pela: diminuição da secreção sebácea; por mudanças nos lipídios; associadas a menor conteúdo de água, predispondo a pele a maior ressecamento; presença de fissuras, com resistência diminuída à agressão de substâncias alcalinas, como sabões e outros produtos químicos. A epiderme subjacente está adelgada, com achatamento das cristas interpapilares e da junção dermoepidérmica, que antes mostrava aspecto ondulado. Há variações no tamanho e na forma das células da camada basal que apresentam distribuição desordenada. A derme reduz a espessura com perda das fibras elásticas e do colágeno. As fibras elásticas ficam mais amorfas e as colágenicas afinam-se. Essas alterações são também responsáveis pelo enrugamento, muito embora grandes sulcos possam decorrer de alterações da hipoderme e da massa muscular. Na pós-menopausa, o colágeno declina cerca de 2,1% ao ano, estando relacionado aos anos de

menopausa e não à idade cronológica. A hipoderme também poderá diminuir com a idade, agravando as condições da pele que, além de mais fina e vulnerável, ficará mais desprotegida sem o seu acolchoamento adiposo, favorecendo o enrugamento.⁽⁷⁰⁾ Os pêlos diminuem, em número e volume, e embranquecem. Primeiro diminuem os corporais, seguidos dos pêlos da púbis e das axilas. Acima dos 60 anos, grande parte das mulheres não tem pêlos axilares e apresentam declínio acentuado dos pubianos. Os pêlos das pernas também diminuem, em número e volume. Paradoxalmente, aparecem pêlos terminais faciais, com aumento da espessura e comprimento. Além da idade cronológica, os factores hormonais e hereditários também são importantes. As glândulas sudoríparas e sebáceas diminuem, em tamanho e função, em graus variáveis. As alterações mais frequentemente observadas nos cabelos, são o embranquecimento e a queda. O embranquecimento inicia-se nas têmporas, dependendo da faixa etária, da raça e da hereditariedade, disseminando-se, gradualmente, pelo couro cabeludo. O cabelo branco, por si só, não pode ser considerado como uma expressão de pré-senesescência, podendo estar presente até em indivíduos de pouca idade. A queda de cabelo processa-se de maneira difusa, há uma mudança gradual na espessura dos cabelos do occipito para o ápice.

A terapia estrogénica, no caso de ser prescrita, actua não só como terapêutica, mas também como preventivo das alterações descritas da pele.

Sendo assim, os problemas na auto-estima e na imagem corporal identificados podem estar associados a esta perda da beleza física e juventude aspectos fundamentais para a valorização da feminilidade.

3. Alterações a nível articular

Embora não seja consensual, diversos estudos parecem demonstrar que a diminuição de estrogénios induz um aumento das queixas associadas a doenças reumáticas, como a artrite reumatóide, nomeadamente a nível das articulações das mãos.

4. Alterações cardiovasculares

A diminuição dos estrogénios circulantes causa um aumento da incidência de enfarte agudo do miocárdio em mulheres a partir dos 50 anos, tornando-se a principal causa de morte. Nesta faixa etária, a mortalidade por doença cardiovascular ultrapassa, mesmo, a mortalidade associada às neoplasias. Os estrogénios conferem uma protecção cardiovascular muito importante: apresentam um efeito benéfico a nível do perfil lipídico, com diminuição do colesterol total, diminuição das LDL e aumento das HDL, tornando-os mais próximos do perfil lipídico ideal. Para além dos efeitos a nível do perfil lipídico, vários estudos demonstraram, ainda, que os estrogénios favorecem a vasodilatação, diminuem o nível de homocisteína, têm um efeito neutro sobre a proteína C reactiva e diminuem o nível de fibrinogénio. Também diminuem a lipoproteína A e parecem ter efeitos positivos a nível do desenvolvimento da aterosclerose. Diversos estudos mostraram que apenas 30% dos efeitos benéficos dos estrogénios a nível cardiovascular; são responsáveis pelas alterações do perfil lipídico, os outros mecanismos, referidos anteriormente, serão os responsáveis pelos restantes 70%. Quando apenas o útero é retirado há três vezes mais risco de doença cardiovascular, caso os ovários sejam removidos o risco é sete vezes maior.⁽⁷¹⁾

5. Alterações ósseas

A carência estrogénica traduz-se por um aumento precoce da incidência de osteoporose, com uma diminuição acentuada da densidade mineral óssea, em cerca de 20-30%, na primeira década após a menopausa. Tal deve-se a um aumento do metabolismo de reabsorção óssea e diminuição da fixação de cálcio no osso, e pode facilmente detectar-se por alterações dos marcadores de actividade óssea (p.e. fosfatase alcalina). Após os 50 anos “a proporção de fracturas entre mulheres e homens é de 2,5 para 1, isto porque, até à entrada do climatério, para ambos os géneros, a perda do tecido ósseo é idêntico. O impacto da osteoporose é enorme: por exemplo, nos EUA, mais de 1,5 milhões de pessoas já sofreram fracturas devido à osteoporose. Após uma fractura da anca, apenas 50% dos doentes recuperam o mesmo grau de independência que

apresentam antes da lesão e 12 a 40% dos doentes com fractura da anca morrem em 6 meses. Por outro lado, a osteoporose secundária é consequência de situações desencadeantes como: glucocorticóides em excesso, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, hiperprolactinémia, hipogonadismo, mieloma múltiplo, imobilização, cirrose biliar primária, síndromes de má absorção, osteogenesis imperfeita, síndrome de Marfan, alcoolismo, entre outros.⁽⁷⁰⁾ No entanto, podemos destacar a existência de factores de risco, para o seu aparecimento, que são: genéticos (e.g., sexo, género, histórico familiar); nutricionais (e.g., magreza, consumo pobre de cálcio, alcoolismo, consumo excessivo de café, consumo excessivo de proteínas, dietas de emagrecimento inadequadas); sociais (e.g., sedentarismo, tabagismo); alterações estrogénicas (amenorreia, nuliparidade, menopausa precoce). Para além disso, Martins (1996) acrescenta que as doenças (e.g. disfunções na tiróide e supra-renal, artrite reumatóide, doenças renais crónicas, alterações no aparelho gastrointestinal e a diabetes) e os efeitos dos medicamentos (e.g. antiácidos, anticonvulsionantes, sedativos, cortisona e hormona da tiróide) também são factores de risco para a osteoporose.

6. Alterações no metabolismo

Embora exista uma ideia generalizada que a mulher menopáusicas tem tendência a aumentar de peso, tal não parece depender da carência estrogénica. Vários estudos demonstraram que o aumento de peso em mulheres na menopausa, parece estar relacionado, mais intimamente, com alterações fisiológicas e comportamentais associadas ao envelhecimento, do que com a privação estrogénica derivada da histerectomia. Outros estudos parecem demonstrar que a menopausa aumenta a adiposidade central, mas não o ganho global de peso. Este apresenta uma relação directa com a diminuição da actividade física que se verifica nesta faixa etária.

FACTORES SOCIOCULTURAIS

Diversos estudos comprovam a importância dos factores socioculturais na menopausa. Existem culturas que valorizam a mulher na menopausa – factor protector enquanto outras desvalorizam a mulher nesta fase – factor de risco.⁽⁷¹⁾ Embora a menopausa ocorra na meia-idade, as imagens associadas a esta fase são confundidas com as da velhice, constituindo o símbolo do início do envelhecimento. Porém, esta associação, relaciona-se mais com a classificação social, do que com a perda das capacidades físicas e cognitivas. Ocorre numa fase de mudança na vida da mulher, no seu papel, nas suas responsabilidades, no relacionamento, no crescimento dos filhos e na sua partida de casa. Tais mudanças podem criar um considerável stress, afectando a identidade, a auto-estima, relacionamentos familiares e sociais. Para as mulheres com distúrbios menstruais ou histórias reprodutivas complicadas, a menopausa pode trazer uma nova liberdade, marcar o começo de novos e plenos relacionamentos e de novos desafios em direcção ao crescimento afectivo e à maturidade e conforto em relação à sexualidade.

SEXUALIDADE NO CASAL: O PAPEL DO PARCEIRO

As dificuldades no relacionamento podem levar a sentimentos negativos que terminam num funcionamento sexual disfuncional.⁽⁷⁴⁾ Deste modo, a relação entre a mulher e o seu parceiro é um importante factor de previsão da qualidade de vida sexual. De acordo com López e Fuertes (1999) para compreendermos a sexualidade no casal, temos de ter em perspectiva três aspectos cruciais, que são: o grau de satisfação individual que cada indivíduo retira da relação, o grau de satisfação que o casal usufrui/retira das relações sexuais e, por último, a avaliação do funcionamento sexual. Para além destes aspectos, outros factores de ordem relacional também são ingredientes fulcrais para um bom funcionamento da sexualidade do casal, como sugerem os autores: a capacidade de comunicação, a procura activa da intimidade, o sentimento de confiança e compromisso na relação, a existência de uma atracção erótica entre ambos, o grau de autonomia, liberdade e responsabilidade por parte de cada membro do casal em relação ao outro.

Em suma, o funcionamento de todos estes aspectos, acima explanados, é essencial para o bom funcionamento do casal, o que normalmente não acontece principalmente quando surge uma doença. Neste contexto, num estudo referenciado por Ferreira (2004) mostra que parece haver uma correlação positiva entre a qualidade das relações interpessoais do doente e a sua capacidade para lidar com a doença. Pela informação que alguns estudos revelam, parece haver uma relação entre a expressão de emoções e um melhor prognóstico de doença. Marques et al. (1991), acrescentam que, a expressão de emoções na fase de diagnóstico e depois do ajustamento a doença, bem como as atitudes de luta contra o problema e um bom suporte social, também parecem ter relação com um melhor prognóstico.

A qualidade do vínculo conjugal ao qual a mulher se encontra no momento da retirada do útero é de extrema importância para o bem-estar psíquico e sexual pós-cirurgia.⁽⁷⁴⁾ Deste modo, a relação entre a mulher e o seu parceiro é um importante factor de previsão da qualidade de vida sexual que ela esperará usufruir no período pós-operatório.⁽⁷⁵⁾ As relações interpessoais podem deteriorar-se devido à não-aceitação por parte do parceiro da cirurgia, assim como podem também surgir alguns problemas sexuais.

Cimen, no seu estudo verificou que quem apresentou relacionamento marital pobre no período pré-operatório manifestou níveis de desejo sexual piores no pós-operatório. Os parceiros das mulheres submetidas a histerectomia podem experienciar ansiedade durante o acto sexual com o medo de aleijar a sua companheira. Se a coesão entre os parceiros não é forte o suficiente, neste período podem surgir as crises conjugais.

DURAÇÃO DO RELACIONAMENTO

Na clínica, observa-se uma associação entre a perturbação da vida sexual e os relacionamentos conjugais insatisfatórios. No entanto, mesmo em relacionamentos descritos como felizes ocorre diminuição na frequência da actividade sexual ao longo dos anos. Klusmann (2002), num estudo com estudantes com idades compreendidas entre os 19 e os 32 anos com relacionamentos estáveis, observou uma diminuição na actividade e na satisfação sexual ao longo do tempo. Observou também diminuição do desejo nas

mulheres. Fugl-Meyer e Fugl-Meyer (2002) numa população de 1.030 mulheres e 1.162 homens disfuncionais e com parceiros também disfuncionais (população sueca representativa, com idades entre 18 e 74 anos com parceiros sexualmente activos nos últimos 12 meses), observaram que os homens identificavam numa proporção muito menor a dificuldade sexual na mulher do que elas próprias relatavam. De forma oposta, a percepção das mulheres sobre a disfunção do parceiro era bem mais próxima da relatada pelos homens. 48% das mulheres e 38% dos homens relataram pelo menos uma disfunção em si ou no parceiro, sendo que destes apenas 26% das mulheres e 17% dos homens identificaram desconforto causado pela disfuncionalidade. Os melhores indicadores desse desconforto, para ambos os sexos, foram o baixo interesse sexual e as dificuldades da mulher para o orgasmo, sendo que para elas também a ejaculação rápida do parceiro desempenhou um papel importante no desconforto. Esses autores observaram também que a disfunção sexual masculina afecta mais o bem-estar das parceiras, sugerindo ser não tanto a disfunção, mas os problemas que ela desencadeia como responsável pelo impacto na qualidade da vida sexual das mulheres. Se, por um lado, a duração do relacionamento afecta a frequência e qualidade do relacionamento sexual, diferenças entre os géneros e factores relacionais parecem determinantes nos padrões sexuais desenvolvidos pelo casal.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

A forma de cada doente vivenciar a sua situação depende de variados factores, tais como: o momento de vida em que é informado acerca do diagnóstico (se é solteiro, casado, tem filhos, idade, situação profissional); as experiências vividas no passado, com familiares ou pessoas significativas que tenham vivido situações semelhantes; os preconceitos socioculturais que estigmatizam a mulher; as informações transmitidas através dos meios de comunicação.⁽⁷⁴⁾ Todos estes factores são cruciais para o desencadeamento ou não de psicopatologia, influenciando também o seu tratamento. A preexistência de doença, distúrbio psiquiátrico ou disfunção social pode afectar profundamente o pós-operatório. A mulher que manifesta problemas físicos ou emocionais

antes da cirurgia podem exacerbá-los posteriormente, particularmente nos transtornos do desejo, na resposta e no comportamento sexual. Ryan et al avaliaram 60 mulheres de 30 a 55 anos de idade que sofreram histerectomia por condições benignas e verificaram isso mesmo, que as mulheres consideradas bem ajustadas psicologicamente não sofreram nenhuma alteração adversa, porém aqueles com doenças subjacentes apresentaram problemas.

Roeske (1988), verificou treze factores para um mau prognóstico na saúde mental após uma histerectomia. Factores como: a perda da identidade sexual, receio de perder a libido, episódios anteriores de depressão, desejo de ter um ou mais filhos, história familiar de doença mental, inúmeras hospitalizações ou cirurgias, desaprovação cultural ou religiosa, insatisfação ou instabilidade conjugal, reacções adversas ao stress, idade inferior a 35 anos no momento da histerectomia, história de múltiplas queixas físicas, especificamente lombalgias e atitude negativa de um ente querido em relação ao procedimento. Além de todos os temores acima citados podemos enumerar a sensação de insegurança, ansiedade e vulnerabilidade vivenciada no pós-cirúrgico.

Sabe-se que a ansiedade e a depressão são as perturbações afectivas que mais frequentemente levam os indivíduos a procurar ajuda terapêutica.⁽⁷³⁾ A realização de uma histerectomia pode desencadear fortes reacções emocionais, torna-se assim, pertinente analisar estas duas variáveis quando falamos de funcionamento sexual.

ANSIEDADE E FUNCIONAMENTO SEXUAL

O papel da ansiedade no funcionamento sexual tem sido motivo de inúmeros estudos científicos e os resultados encontrados têm sido, de algum modo, contraditórios.

A ansiedade é uma resposta adaptativa que todos os indivíduos experienciam e expressa-se na existência de alguma tensão e incerteza perante uma situação nova ou desagradável, podendo traduzir-se na falta de sono, apetite ou dificuldades de concentração. A ansiedade por si só é uma reacção normal, um sinal de alarme do organismo perante certos acontecimentos que, estando controlada, actua como estimulante. Porém, quando não controlada pelo indivíduo, a ansiedade origina uma

preocupação exagerada relativa a um conjunto de eventos. A maioria dos autores distingue dois tipos de ansiedade. A ansiedade – estado (sintomas) e a ansiedade - traço (personalidade). O estado de ansiedade é “transitório e caracteriza-se por sentimentos desagradáveis de tensão conscientemente percebidos e por um aumento na actividade do sistema nervoso autónomo, enquanto o traço de ansiedade se refere a características individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade”. Mas se a ansiedade é normal e necessária, pode-se questionar o que é a ansiedade patológica. A ansiedade “como sintoma representa um contínuo desde a emoção normal até à ansiedade patológica, a qual ultrapassa os limites adaptativos, afectando de forma negativa, o funcionamento do indivíduo”.⁽²⁵⁾ Distingue-se ansiedade normal da patológica pela sua severidade, persistência, associação a eventos neutros ou prejuízo significativo no funcionamento bio-psicosocial do indivíduo. Existe assim uma perturbação de ansiedade quando esta se apresenta sem causa definida, de forma exacerbada e contínua, sendo extremamente desagradável e desgastante para o indivíduo, com repercussões em áreas de vida importantes (profissionais, sociais, etc.).⁽²⁵⁾ De entre todas as perturbações psicológicas, as de ansiedade são as mais frequentes, sendo que se tem verificado um aumento ao longo do tempo do número de pessoas com este tipo de perturbação por todo o mundo. Segundo Bourne, cerca de 15% da população americana tem em algum momento da sua vida um episódio de ansiedade. É crónica em 5% da população e episódica (duração de um ano) em cerca de 3% da população norte-americana. A ansiedade faz parte do quadro clínico da depressão, associada de forma variável às alterações de humor e aos estados depressivos. De acordo com a experiência clínica e com os dados de muitos estudos comunitários, é possível constatar que a ansiedade pode ser entendida como uma parte comum e integrante da reacção depressiva. Autores como Kendell verificaram que “ao longo de cinco anos de observação o diagnóstico de depressão passava para ansiedade em 2% dos casos e, no sentido contrário, da ansiedade para a depressão em 24% dos casos”. Fawcet (1983), por sua vez, identificou sintomas depressivos em 65% de pessoas com quadros clínicos de ansiedade. Para Barlow et al. a ansiedade pode ser facilitadora para as pessoas funcionais e inibidora para

peessoas disfuncionais. Bancroft defende que a ansiedade, na resposta sexual, pode ser interpretada de diversas formas: pode ser facilitadora, pode ser uma reacção à resposta falhada ou pode perturbar os processos cognitivos que de outra forma seriam facilitadores da resposta sexual aos estímulos eróticos. Segundo Nobre (2006) estudos com populações femininas têm vindo a confirmar o efeito facilitador da ansiedade na resposta sexual. Beeggs, Calhoun e Wolchick mostraram que os estímulos indicadores de ansiedade aumentam a resposta sexual (medida pelo volume sanguíneo vaginal) num conjunto de mulheres funcionais..

A ansiedade relacionada à perda do útero e o próprio desconhecimento do corpo feminino e da função dos órgãos envolvidos na excitação e no prazer sexual podem interferir de forma desfavorável na obtenção de satisfação em ambos os parceiros.⁽⁷⁶⁾ Daí a importância de fornecer explicações e informações claras sobre o procedimento cirúrgico bem como esclarecimentos quanto à função do útero e as suas possíveis consequências a fim de aliviar a ansiedade.

DEPRESSÃO NA HISTERECTOMIA

A depressão é o sintoma mais frequentemente relatado após a histerectomia. A depressão constitui uma perturbação cuja relevância ultrapassa largamente o domínio do bem-estar individual. É caracterizada segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2002), pela presença de pelo menos cinco dos seguintes sintomas: humor depressivo, perda de prazer ou interesse, perda de peso sem dieta, insónia quase diária, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa excessivos e inapropriados, diminuição da capacidade de concentração e pensamentos recorrentes acerca da morte, durante um período de duas semanas. Esta perturbação traduz-se num mal-estar clinicamente significativo e que leva a uma disfunção social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.⁽²⁵⁾

A depressão pode ser episódica, recorrente ou crónica, e conduz à diminuição substancial da capacidade do indivíduo em assegurar as suas responsabilidades do quotidiano. Esta pode durar de alguns meses a alguns anos. Contudo, em cerca de 20%

dos casos torna-se numa doença crónica sem remissão, fundamentalmente, devido à falta de tratamento adequado. De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (2002) a prevalência desta perturbação em adultos ao longo da vida varia entre 10% e 25% no caso das mulheres e entre 5% e 12% no caso dos homens, a prevalência pontual varia entre 5% a 9% nas mulheres e 2% a 3% nos homens. As causas da depressão são inúmeras e controversas, variando de pessoa para pessoa. Eventos do quotidiano, dificuldades e doenças crónicas, stress relacionado com o trabalho, e dificuldades em lidar com obstáculos estão na origem desta perturbação.

Segundo dados de 2005 do Ministério da Saúde de Portugal, “na Zona Centro 16,9% a 18,4% da população portuguesa apresentava sintomas depressivos significativos e no Algarve 17,8% de sintomatologia depressiva na população geral”. Pode-se verificar que existe uma média de cerca de 15% a 20% de prevalência de um qualquer tipo de depressão entre os indivíduos que recorrem a serviços de clínica geral, e de 20% a 30% de todos os doentes tratados e internados em hospitais gerais. De destacar que a ansiedade e depressão foram identificadas como as perturbações mentais mais frequentes na população portuguesa com uma prevalência de 16,5% e 7,9%, respectivamente. Foram as mulheres e o grupo etário entre os 18 e os 24 anos a apresentar mais doenças mentais.

Os primeiros trabalhos na área da depressão pós histerectomia afirmavam que as mulheres apresentavam níveis superiores de depressão comparativamente com outras cirurgias. Lindemann (1941) encontrou uma taxa de 40% de depressão em mulheres pós histerectomia, e este aumento foi corroborado por Melody (1962). Roopnarinesingh & Gopeesingh, (1982) constataram que a depressão era uma das principais complicações do pós-operatório de histerectomia, ocorrendo em 38% dos pacientes estudados. No entanto, a maioria das pesquisas mais recentes não suporta estes dados. A revisão do Khastgir, Studd e Catalão (2000) mostraram que os efeitos adversos psicológicos não são directamente resultado das histerectomias. As queixas de depressão em mulheres histerectomizadas, encontram-se presentes no período pré-operatório, principalmente no momento em que as mulheres se deparam com a notícia da necessidade da remoção do

útero e a consequente perda da fertilidade. Naquele momento é percebida a importância que o útero tem, associando a sua ausência com a perda do desejo sexual e libido.⁽⁷¹⁾

Os estudos de Khastgir, et al e Thorton et al. encontraram uma incidência de depressão superior em mulheres com doença psiquiátrica preexistente, respostas emocionais negativas e depressão antes da histerectomia do que após a cirurgia. As mulheres com psicopatologia pré-cirúrgica apresentam diminuição dos sintomas psiquiátricos, (principalmente os sintomas de ansiedade e depressão) um ano após a histerectomia.⁽⁷²⁾

As mulheres com transtornos psiquiátricos pré-existent podem estar em maior risco para a morbidade psiquiátrica pós-histerectomia e devem ser preparadas psicologicamente para a cirurgia e ser seguidas posteriormente.

O sofrimento psíquico após a histerectomia pode ser o resultado da idade, da situação geral da vida da mulher, ou seja, a saída dos filhos de casa, a doença dos pais, a tristeza pela perda da atracção, fertilidade e juventude e não pela perda fisiológica do estrogénio (no caso de remoção dos ovários).⁽⁷²⁾ As mulheres que desempenham determinados papéis, como as de esposas ou mães, ou que se identificam com determinados estereótipos da mulher, serão mais vulneráveis às mudanças psicológicas. A perda deste papel familiar, ainda que temporariamente, prejudica a sua sensação de utilidade, levando à depressão.

TOMADA DE DECISÃO

Um aspecto importante e que tem sido pouco estudado é o papel do parceiro na tomada de decisão da histerectomia. Bernhard, no seu estudo de sobre o efeito da histerectomia na sexualidade verificou que a maioria dos homens tem uma visão negativa sobre a histerectomia e sobre as mulheres que são submetidas a essa cirurgia. Possuem pouco conhecimento sobre este assunto e crêem que não necessitam de mais informações. Nesse estudo uma grande percentagem dos homens acreditava que as mulheres histerectomizadas não eram capazes de satisfazer sexualmente os seus parceiros. Embora os casais sentissem que falavam de tudo e sobre a cirurgia o estudo

demonstrou que na realidade a comunicação no seio familiar era deficiente em vários casos. Os parceiros evitam ter um papel activo, omitindo-se na tomada de decisão da cirurgia, evitando qualquer tipo de sentimentos deixando-a para a mulher, porque simplesmente não sabem o que fazer, o que pensar, por falta de conhecimento sobre o processo, sobre a anatomia e saúde reprodutiva feminina, bem como o impacto que tal procedimento pode ter para uma mulher. As mulheres por seu lado, pensam que a decisão final neste assunto tão importante da sua intimidade é sua. Alguns estudos mostram que a maioria das mulheres toma a decisão de fazer a histerectomia como último recurso e como forma de procurar alívio dos sintomas e colocar um fim à maioria dos seus problemas físicos e mentais, resignando-se perante uma doença que pode levar à morte, no caso de cancro. Mas indicam que só lhes é fornecida informação acerca da cirurgia propriamente dita e pouca ou nenhuma informação lhes é transmitida acerca das alternativas ou vantagens ou desvantagens dos diferentes tipos de histerectomia, o que esperarem após a cirurgia e os efeitos a nível sexual. No entanto, gostariam de falar sobre a histerectomia e as suas consequências com os parceiros e desejavam que eles se envolvessem mais em todo o processo, mas não sabem como fazer-lo e receiam a sua reacção. Nalguns estudos os homens consideram que a mulher histerectomizada é “menos mulher”, “deixa de ser a mesma” ou “não é uma mulher completa” e que a sua sexualidade será lesada após a cirurgia tornando-se “seca”, “vazia”, “fria”, “oca” ou sem interesse sexual. Sentem-se incomodados com a oscilação de humor que atribuem à menopausa precoce causada pela cirurgia. Por outro lado, a percepção que as mulheres recebem dos homens é que uma mulher histerectomizada não é capaz de experimentar ou dar prazer sexual, devido à perda da capacidade de ter filhos. No entanto, há homens para quem a histerectomia não é problema, considerando-a positiva porque deixam de se preocupar com a contracepção, verificam o alívio dos sintomas das suas companheiras expressando que sentir-se-iam mais incomodados por uma operação que deixasse efeitos mais visíveis, como por exemplo, uma mastectomia.

FUNCIONAMENTO SEXUAL E HISTERECTOMIA

Denota-se, que as mulheres que fazem histerectomia raramente são informadas sobre os potenciais efeitos sobre a sua função sexual. Deste modo, a mulher deve estar bem informada sobre tudo o que irá acontecer para não sofrer impactos negativos após a cirurgia. Sabemos que a histerectomia, no momento actual, não altera tanto a sexualidade como antigamente mas os medos e dúvidas de uma mulher histerectomizada são muitos e passam principalmente pela área psicológica. Muitas perguntas surgem. Será que o meu parceiro sentirá a falta do útero? Será que sou menos mulher por não ter mais o útero? Será que me vou tornar uma mulher dessexualizada ou vazia? Vou ter orgasmos? E muitas outras. Se a mulher está na fase de vida reprodutiva, pode sofrer com a impossibilidade de não poder ter mais filhos e se a maternidade for um factor muito relevante para ela a perda do poder reprodutivo pode ter um impacto importante na sua sexualidade; se for insegura em relação ao amor do parceiro, poderá sofrer com o medo dele não a desejar mais depois da cirurgia. Por vezes seria necessário, uma terapia antes da cirurgia. Do ponto de vista médico a histerectomia pode ter um efeito negativo sobre a sexualidade para algumas mulheres cujo orgasmo intravaginal seja intenso porque esta cirurgia pode lesar essa região, ou caso o útero tenha uma grande representação simbólica. A solução, nesses casos, se fosse possível seria uma cirurgia que não retirasse o colo do útero, pois assim o orgasmo vaginal seria pouco prejudicado. Na década de 80, vários autores escandinavos propunham a conservação sistemática do colo do útero durante a histerectomia. Este argumento não vingou pelo receio do aparecimento posterior do cancro do colo do útero. Na prática caso a paciente não apresente factores de risco para este tipo de cancro o ginecologista poderá optar por não o retirar. A nível sexual é sempre melhor conservar o colo uterino do que retirá-lo, no entanto, a remoção do útero faz pouca diferença para as mulheres que valorizam mais o orgasmo clitoriano.

A histerectomia realizada devido a condições benignas (por exemplo, fibromioma, hemorragia intensa) não apresenta efeitos negativos significativos sobre o índice sexual.⁽⁷⁵⁾ Para mulheres com distúrbios menstruais ou histórias reprodutivas complicadas, a

histerectomia com ooforectomia bilateral pode trazer uma nova liberdade e conforto em relação à sexualidade.⁽⁷⁵⁾

Craig e Jackson verificaram que 16% a 47% das mulheres não apresentaram nenhuma alteração na sua vida sexual após histerectomia, enquanto 34% a 70% das mulheres apresentaram melhorias nas suas vidas sexuais.

Num estudo realizado com 314 mulheres submetidas à histerectomia, observou-se alto índice de funcionamento e satisfação em 90% destas mulheres, mesmo entre aquelas que haviam referido receios em relação à perda da fertilidade, ganho de peso e mudança da auto-estima no período que antecedeu a cirurgia.⁽⁷³⁾

Apesar de alguns autores acreditarem que a histerectomia possa desencadear possíveis disfunções sexuais pós-cirurgia, num estudo de corte transversal, observacional e comparativo com 52 mulheres climatéricas previamente histerectomizadas apresentando sintomas depressivos e somáticos, e interesse sexual comprometido observou-se que não houve diferenças estatisticamente significativas com os do caso-controle (mulheres da mesma faixa etária e com status hormonal semelhante).⁽⁷³⁻⁷⁵⁾ Portanto, pode-se dizer que alguns transtornos sexuais podem não apresentar vínculo directo com a histerectomia, e sim com outros factores intervenientes como: a falta de oportunidade na relação sexual, por doença do parceiro ou ter como factor inibidor o relacionamento marital pobre. A este nível são referidos problemas funcionais como a dispaurenia, bem como a diminuição do prazer, interesse e motivação sexual.

O significado psicológico dado à histerectomia, contribui para a forma como a mulher vivencia e experiencia a histerectomia, influenciando a sua qualidade de vida e sexualidade e daqueles que a rodeiam.⁽⁷⁰⁾

QUALIDADE DE VIDA

“A qualidade de vida é uma das dimensões da vida humana, desejada e perseguida por todos os indivíduos desde a infância até à velhice” e, neste sentido, tem sido objecto de investimento e de investigação em diversas áreas do conhecimento, durante as últimas décadas, pretendendo-se ultrapassar a ambiguidade e subjectividade que lhe estão associadas, definindo-a em termos concretos, gerais e válidos para todos os indivíduos e sociedades.⁽⁷⁷⁾

A avaliação da qualidade de vida da pessoa doente deve ser uma preocupação constante de todos os profissionais de saúde que dela cuidam. A qualidade de vida é um conceito multidimensional, dinâmico que inclui factores objectivos e subjectivos. A importância da QV deu-se após a segunda guerra mundial, quando os políticos nos anos sessenta introduziram esta expressão nos seus discursos e os governos das sociedades ocidentais procuraram estabelecer o bem-estar das populações. A qualidade de vida aparece na literatura médica em 1960, começando a ter um papel de grande importância na medicina.

Existem inúmeras e complementares definições de qualidade de vida. Dada esta inerente complexidade do construto QV e “na ausência de um consenso sobre a definição, a Organização Mundial de Saúde reuniu especialistas de várias partes do mundo e criou uma definição transcultural do conceito”. O Grupo de Estudo da Qualidade de Vida da OMS definiu-a como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura, no sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição considera o conceito de QV como “um conceito amplo que incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente”.⁽⁷⁸⁾

Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2001, elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Portugal registou um significativo aumento a nível da melhoria das condições e qualidade de vida da população, passando a ocupar a 28ª posição, num total de 162 países.⁽⁷⁸⁾ O aumento da expectativa de vida,

consequência do progresso científico e tecnológico do século, conduziram à necessidade de prestar mais atenção à qualidade de vida dos indivíduos. Existe um aspecto crítico apontado por vários autores a nível da qualidade de vida que consiste na dificuldade de se efectuar uma avaliação quantitativa, quando o conceito que se utiliza apresenta um carácter subjectivo.

A QV está, assim, directamente relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros, do mundo que o rodeia e pode ser avaliada mediante critérios apropriados, tais como, a educação, a formação de base, a actividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o optimismo, as necessidades pessoais e a saúde. Estes critérios são valorizados de forma diferente por cada indivíduo consoante as circunstâncias: físicas, psicológicas, sociais, culturais, espirituais e económicas em que este se encontra, o que levou a que, vários autores, se tenham empenhado a criarem escalas de avaliação da qualidade de vida específicas para indivíduos que apresentam o mesmo diagnóstico médico. O uso de questionários sobre a QV permite conhecer melhor os sintomas, os efeitos secundários dos tratamentos e ajudar os profissionais a utilizar as melhores estratégias no cuidar da pessoa doente.

Deste modo, é fundamental tomar em consideração os seguintes domínios da pessoa tendo em conta a sua saúde percebida: o domínio do cuidado pessoal, mobilidade e desempenho de papéis sociais; o domínio dos sintomas físicos, relacionados com a ausência de bem-estar; o domínio do funcionamento social incluído tanto nas relações familiares como nas sociais. Deste modo, para cada indivíduo doente existe um conjunto de respostas adaptativas, respostas de coping, que a pessoa vai gerindo conforme vai apreendendo a situação.^(78,79)

Crawford e Cardoso (2000) abordam a dimensão sexual em pessoas portadoras de doença, situando-a na confluência de factores orgânicos e psicológicos. Neste contexto, referem que a sexualidade nestes indivíduos está dependente das suas capacidades neurofisiológicas residuais e da forma como estas se interligam no seio da relação afectivo-sexual. Assim, a readaptação pós doença poderá ser redimensionada no sentido de proporcionar o prazer possível dentro das limitações da actualidade, e não de acordo

com as capacidades eventualmente perdidas. Os efeitos físicos causados por doença, os aspectos psicológicos associados e os efeitos secundários ao tratamento, são considerações importantes a ter na abordagem das consequências, a nível da sexualidade. A nível orgânico, podem-se verificar dor, fadiga, mal-estar geral ou dificuldades na mobilidade, estas situações podem de alguma forma interferir com o acto sexual. A nível psicológico, poderão existir alterações na auto-estima, imagem corporal e auto-eficácia que, de alguma forma poderão reflectir-se na interacção sexual. Também a prestação de cuidados pelo cônjuge pode ser motivo de perturbação do erotismo. A nível dos tratamentos, surgem com frequência efeitos colaterais. As intervenções cirúrgicas podem provocar lesões directas nos órgãos genitais ou vasculares e/ou neurológicas. Todos estes acontecimentos stressantes são susceptíveis de produzir alterações a nível da interacção sexual e consequentemente na QV do doente.⁽⁷⁸⁾

IMPLICAÇÕES DA HISTERECTOMIA NA QUALIDADE DE VIDA

“A sexualidade é um dos indicadores de qualidade de vida, influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e por isso, influencia a nossa saúde física e mental”.⁽⁷⁹⁾

As doentes que necessitam de realizar uma histerectomia, passam por determinadas fases nem sempre fáceis, ao longo do seu percurso de doença como sentimentos de luto, tristeza, perda, depressão, alterações vasomotoras, calores, sudorese, desconforto físico agudo, distúrbios do sono que podem resultar em fadiga, irritabilidade e até depressão acarretando um impacto negativo na QV e na sexualidade.^(73,75)

Observa-se que o êxito no âmbito da qualidade de vida destas mulheres parece estar directamente associada a factores sociais e psicológicos, tais como: a idade, o baixo nível cultural, conflitos com relação à maternidade ou auto-estima, sendo a cirurgia apenas um “veículo” ou catalisador para tal condição.

É no primeiro ano após a cirurgia que a doente manifesta maiores dificuldades, sendo estas provocadas pela sua nova condição. Estas doentes demonstram algumas situações de ansiedade, depressão e pessimismo provocadas pela perda de parte do seu

corpo. Em muitas situações, a sua angústia é dirigida para o órgão perdido, verificando-se por vezes que a cicatriz cirúrgica (no caso de haver) passa a funcionar como um sinal permanente da sua presença, tornando-se mesmo a própria identidade da doença. A actividade social parece ser inferior: no plano do desporto, trabalho, viagens e outras actividades de lazer.⁽⁷⁵⁾

Geralmente, o custo/benefício da histerectomia são muito mais positivos do que negativos, pois as mulheres sofrem muito (com dores, hemorragias, corrimentos que por vezes implicam faltas ao serviço, etc) sentindo-se melhor após a cirurgia.

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS NA SAÚDE SEXUAL

As bases sobre as quais se estabelece o aconselhamento sexual são variadas e compreendem desde a educação até à resolução de conflitos. A educação como em outros campos da actividade humana é o início possível de soluções para estas alterações. Na maioria dos casos o conhecimento do doente sobre a sua anatomia, fisiologia sexual e alterações sexuais provocadas pelos tratamentos, torna mais fácil o reconhecimento e a possível reabilitação sexual. Outro dos aspectos importantes é a minimização dos efeitos físicos secundários aos tratamentos cirúrgicos. Dentro do aspecto educacional é conveniente dialogar sobre os vários mitos existentes sobre o sexo que geralmente provocam resultados negativos. Ajudar o doente a superar o medo é um primeiro passo no tratamento. Um dos métodos mais utilizados para a reabilitação sexual é o de Annou. Este método, conhecido pelas siglas P-LI-SS-IT, que correspondem a palavras anglo-saxónicas e que têm o seguinte significado: *Permission* – Neste ponto deve permitir-se ao doente que fale dos seus problemas sexuais para posteriormente chegar ao conhecimento de que a actividade sexual é possível para ele. *Limited information* – neste ponto informa-se o doente sobre os efeitos do tratamento, os efeitos secundários que afectam as funções sexuais e as possibilidades de reabilitação. *Specific suggestions* – uma vez realizados os passos já referidos previamente, indicam-se ao doente alguns concelhos que permitam reactivar a sua actividade sexual em concordância com as possibilidades e desejos que tenha expressado anteriormente. *Intensive therapy* – neste nível encontram-se

aproximadamente 15% dos doentes com problemas sexuais e são os doentes com alterações mais severas. Habitualmente estes doentes já têm conflitos prévios ao diagnóstico da doença, destacando-se alguns conflitos matrimoniais, disfunções sexuais que não foram solucionadas com conselhos breves e algumas alterações responsáveis pela origem de problemas psicológicos graves. As mulheres submetidas a histerectomia pode beneficiar desta terapêutica. Neste ponto devemos sempre que necessário contar com a participação de especialistas em diferentes áreas distintas da sexualidade como psiquiatras, psicólogos, terapeutas sexuais, etc. No entanto, é também importante contar com o apoio da outra parte (parceiro sexual), para que sejam encontradas contrapartidas agradáveis que sejam compartilhadas por ambos.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

Neste capítulo será focado o estudo empírico, pelo que começamos por apresentar os principais objectivos que estiveram subjacentes à presente investigação, as variáveis independentes e dependentes. São ainda caracterizados os participantes que fazem parte do estudo, bem como, o material utilizado e as suas principais qualidades psicométricas ao nível da fidelidade e sensibilidade. No final do capítulo, são referenciados os procedimentos utilizados na administração do material de recolha da informação. Por fim, descrevem-se os métodos estatísticos utilizados.

PROBLEMA DE PESQUISA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

A problemática na qual se baseia a presente investigação é o “Funcionamento Sexual e Qualidade de Vida na mulher submetida a histerectomia”.

A necessidade de objectivar a problemática em estudo levou à construção da questão de partida e das questões orientadoras da investigação. Deste modo surge a questão de partida desta investigação: “As mulheres submetidas a histerectomia apresentam alterações no funcionamento sexual e na qualidade de vida?”

O objectivo geral é analisar os efeitos da histerectomia, ao nível da ansiedade e depressão, na qualidade de vida e no funcionamento sexual das mulheres submetidas a histerectomia e do grupo não submetido a cirurgia (grupo controlo).

Como objectivos específicos temos:

- a) Caracterizar em termos sócio-demográficos a população em estudo e analisar comparativamente os grupos.
- b) Analisar a relação entre a histerectomia, a qualidade de vida e o funcionamento sexual;
- c) Analisar a relação entre a histerectomia, ansiedade e a depressão;
- d) Analisar a relação entre o funcionamento sexual, a idade e a escolaridade;
- e) Analisar as diferenças no funcionamento sexual em função do nível sócio-económico (NSE), do tipo de histerectomia e do tempo de cirurgia;
- f) Analisar a relação entre a qualidade de vida, a idade e a escolaridade;

- g) Analisar as diferenças na qualidade de vida em função do NSE, do tipo de histerectomia e do tempo de cirurgia;
- h) Analisar a relação entre ansiedade, depressão, e a idade e a escolaridade;
- i) Analisar as diferenças na ansiedade, depressão em função do NSE, do tipo de histerectomia e do tempo de cirurgia.

HIPÓTESES DE ESTUDO

Da revisão bibliográfica efectuada, tendo em conta os objectivos apresentados e considerando a sensibilidade necessária ao estudo das questões da sexualidade, elaboraram-se as seguintes hipóteses:

H1 - As variáveis independentes (idade, prática religiosa, habilitações literárias, nível sócio-económico, realização de histerectomia, tipo de histerectomia, via de acesso e tempo de cirurgia) estão associadas a diferenças significativas na ansiedade e depressão, na qualidade de vida e no funcionamento sexual.

Partiu-se de uma hipótese comum tendo-se depois desdobrado cada variável independente a uma hipótese.

H1.1- As variáveis independentes (idade, prática religiosa, habilitações literárias, nível sócio-económico, realização de histerectomia, tipo de histerectomia, via de acesso e tempo de cirurgia) estão associadas a diferenças estatisticamente significativas ao nível da ansiedade e depressão.

H1.2- As variáveis independentes (idade, prática religiosa, habilitações literárias, nível sócio-económico, realização de histerectomia, tipo de histerectomia, via de acesso e tempo de cirurgia) estão associadas a diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida.

H1.2a – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é mais elevada em escalões etários inferiores.

H1.2b – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é mais elevada em mulheres sem prática religiosa.

H1.2c – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é mais elevada em mulheres com mais habilitações literárias.

H1.2d – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é mais elevada nas mulheres com um nível sócio-económico mais elevado.

H1.2e – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é mais baixo nas mulheres do grupo submetido a histerectomia.

H1.2f – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é superior nas mulheres submetidas a histerectomia sem anexectomia.

H1.2g – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é superior nas mulheres submetidas a histerectomia vaginal.

H1.2h – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é superior nas mulheres com maior tempo de cirurgia.

H1.3 - As variáveis independentes (idade, prática religiosa, habilitações literárias, nível sócio-económico, realização de histerectomia, tipo de histerectomia, via de acesso e tempo de cirurgia) estão associadas a diferenças estatisticamente significativas no funcionamento sexual.

H1.3a – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é mais elevado em escalões etários inferiores.

H1.3b – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual, é mais elevado nas mulheres sem prática religiosa.

H1.3c – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é mais elevado em mulheres com mais habilitações literárias.

H1.3d – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é mais elevado nas mulheres com um nível sócio-económico mais elevado.

H1.3e – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é mais baixo nas mulheres do grupo submetido a histerectomia.

H1.3f – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é superior nas mulheres submetidas a histerectomia sem anexectomia.

H1.3g – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é superior nas mulheres submetidas a histerectomia vaginal.

H1.3h – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é superior nas mulheres com maior tempo de cirurgia.

H2 - O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual é mais elevado nas mulheres com iniciativa para a actividade sexual.

H3 - O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual é mais elevado nas mulheres que tiveram mais informação sobre a histerectomia.

H4 - O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é mais baixo nas mulheres com maior tempo de relacionamento.

DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

A fase metodológica ou desenho de investigação de acordo com Fortin (2003), é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (p.132). Também é um dos objectivos do desenho de investigação excluir ou pelo menos minimizar o risco de enviesamento do estudo de forma que os resultados obtidos correspondam aos dados analisados.

Os principais elementos que compõem um desenho de investigação são: o meio onde o estudo foi realizado; a selecção da população; assim como o tamanho da amostra; o tipo de estudo; estratégia utilizada para controlar as variáveis estranhas; os instrumentos de colheita dos dados e o tratamento dos dados. ⁽⁸⁰⁾

TIPO DE ESTUDO

Do ponto de vista metodológico, a investigação que realizámos insere-se num estudo quantitativo, porque é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis; é baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador; descritivo, comparativo, correlacional e transversal dado que se pretende explorar e determinar a existência de relações entre variáveis com vista a descrever essas relações.

PARTICIPANTES

O método de amostragem utilizado foi o não probabilístico por conveniência, uma vez que de acordo com Polit, Hungler (1995, p. 146) este método “...favorece o uso das pessoas mais convenientes, disponíveis como sujeitos de um estudo”, sendo a amostra constituída por mulheres.

A amostra é constituída por dois grupos: um grupo constituído por mulheres hysterectomizadas e outro por mulheres não hysterectomizadas (grupo controlo).

No presente estudo participaram 162 mulheres, 95 mulheres constituíram o grupo controlo e 67 o grupo submetido a hysterectomia.

O período de recolha de dados do grupo submetido a hysterectomia situou-se entre o mês de Janeiro a Abril de 2011 à quinta-feira na consulta externa de ginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. O grupo controlo é constituído por funcionárias e acompanhantes de doentes recrutadas no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN, EPE) que se disponibilizaram a participar.

Optou-se por uma amostra de conveniência uma vez que esta interferia o mínimo possível com a organização e funcionamento das consultas dos locais onde a amostra foi recolhida.

Os critérios de inclusão na amostra foram: mulheres com idade igual ou inferior a 55 anos, sexualmente activas, com experiência orgástica individual, com parceiro (actual fixo e capacitado para o coito), relacionamento estável, terem decorrido pelo menos seis meses após a hysterectomia e aceitar participar no estudo (consentimento informado escrito).

Os critérios de exclusão na amostra foram: escolaridade inferior ao 4º ano, de forma a assegurar a compreensão das questões existentes no questionário; mulheres portadoras de neoplasia maligna genital ou extra-genital; mulheres que tenham feito tratamentos de radioterapia abdominal ou vaginal, visto que estes produzem alterações na fisiologia e anatomia do aparelho genital, influenciando a actividade sexual; doenças sistémicas graves, doença crónica incapacitante, que poderia influenciar por si só a actividade sexual, doenças psiquiátricas, distúrbios de cognição, toma de anti-depressivos e história de uso abusivo de drogas ou álcool nos últimos dois anos. É consensual que a depressão está associada à disfunção sexual. Entre os anti-depressivos mais comuns, encontra-se o inibidor de regeneração selectiva de serotonina (SSRI). Estes critérios de exclusão tornam mais homogénea a amostra e diminuem, ainda, as hipóteses de enviesamento nos resultados, uma vez que sabemos que os factores psicológicos são determinantes no

funcionamento sexual. Os fármacos utilizados podem, ainda, piorar os sintomas ou causar uma nova disfunção em pessoas que não tiveram sintomas prévios ao tratamento.

VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis utilizadas no presente estudo são variáveis independentes e variáveis dependentes.^(80,81) A variável dependente é a variável cujos valores são o resultado de variações nos valores de uma ou mais variáveis e respectivas condições. Resposta que reflecte os efeitos da variável independente manipulada. A variável independente é uma variável que numa experiência é especificamente manipulada pelo experimentador de modo a que os seus efeitos possam ser observados na variável dependente.⁽⁸⁰⁾

Neste estudo temos como variáveis dependentes o funcionamento sexual (com as dimensões específicas de interesse sexual/desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual) e a qualidade de vida na medida em que será nestas que se analisaram as variações da influência das variáveis independentes. As variáveis independentes a estudar foram: escolaridade, profissão, nível sócio-económico, idade, sexo, estado civil e raça ou etnia. Existe um conjunto de variáveis que consideramos como variáveis clínicas embora se assumam igualmente no presente estudo como variáveis independentes: a histerectomia (tipo); utilização ou não de terapia de substituição hormonal; se a mulher é portadora de outras doenças que possam impedir/alterar o funcionamento sexual e a qualidade de vida; e por último a utilização de medicação que possa afectar o funcionamento sexual.

INSTRUMENTOS

Para obter informações sobre as variáveis a estudar foram utilizados numa só aplicação vários questionários dos quais destacamos: o questionário sócio-demográfico e clínico, a Escala de Ansiedade e Depressão (HADS), o questionário sobre o Estado de Saúde (SF-36v2) e o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI).

As autorizações para a utilização das escalas utilizadas foram antecedidas por um pedido de autorização aos editores responsáveis pela comercialização das mesmas. A autorização para a utilização das versões portuguesas, foi obtida através de contacto com os autores por e-mail. (Anexo 1)

Por se tratar de uma investigação sobre um tema que remete para o domínio sexual, este estudo reveste-se de dificuldades e limitações específicas, optou-se pela aplicação de questionários anónimos auto-administrados, garantindo desta maneira o respeito pelo anonimato e privacidade dos sujeitos.

Para se verificar a validade e operacionalidade do instrumento de colheita de dados, (questionário), foi realizado o pré-teste, para o qual se pediu a colaboração de uma amostra da população com características idênticas à amostra populacional. O pré-teste tem como finalidade evidenciar possíveis falhas na redacção do questionário, entre elas a complexidade das questões, a imprecisão na redacção, a inutilidade das questões, a exaustão e os constrangimentos ao inquirido. Foi realizado um pré-teste a um grupo de 10 indivíduos com as mesmas características da amostra. Concluímos após a aplicação do pré-teste da aceitabilidade do instrumento, quer na compreensão do conteúdo, quer na apresentação gráfica destes, não tendo sido necessária reformulação de nenhum dos itens. O questionário precisa ser testado antes da sua utilização definitiva, aplicando-se alguns exemplares numa pequena amostra, que em média representa o equivalente a 5% ou 10% da mesma.

Foram aplicados 180 questionários, dos quais 162 foram considerados viáveis para a análise dos dados e 18 inviáveis. A causa fundamental da inviabilidade desses questionários está relacionada com o preenchimento incompleto dos mesmos.

Tendo em conta que se optou pela técnica de auto-preenchimento, a fim de que os indivíduos se sentissem mais à-vontade para responder às questões, os resultados irão dizer respeito a um problema ou dificuldade sexual e não a uma disfunção sexual propriamente dita. Na aplicação dos questionários foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação.

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Foi construído um questionário sócio-demográfico, para descrever as características sócio-demográficas da amostra, onde se incluiu vários itens de formato variável que cobrem as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, a existência ou não de filhos, nível sócio-económico. Adicionalmente foi construído um questionário clínico e de comportamentos sexuais que se dividia em duas partes uma parte comum a todas as participantes e uma parte só para ser respondida pela amostra clínica. Neste questionário questionava-se se a participante era sexualmente activa, frequência de relações sexuais, o seu estado relativamente à menopausa, existência de relação afectiva, duração da relação, caracterização da vida sexual num período precedente à cirurgia, existência de actividade sexual e relacionamento conjugal após a cirurgia, tipo de histerectomia e vias de acesso (para a amostra clínica). (Anexo 6)

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

A Escala de Ansiedade e Depressão é uma escala de auto-avaliação, desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983) traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. e tem por objectivo identificar estados de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em regime de tratamento ambulatorio. Um valor mais elevado em cada subescala indica maior sintomatologia. Este instrumento ao contrário de outros instrumentos desenvolvidos para avaliar a ansiedade e a depressão, em contextos psiquiátricos, permite avaliar a morbilidade psicológica provocada pela doença crónica.

Associado a este aspecto há um outro que merece realce e que se prende com o facto de a HADS não incluir itens focados nos aspectos somáticos, o que, no caso de doentes com patologia não psiquiátrica é apropriada, pois poderia falsear os resultados da avaliação.

O instrumento é constituído por 14 itens, divididos em duas sub-escalas, uma de ansiedade e outra de depressão, cada uma com 7 itens, respectivamente. As respostas a este questionário são dadas numa escala de tipo Likert de 4 pontos cotadas de 0 a 3, em que o valor 0 refere-se à menor gravidade e o valor 3 à maior gravidade. Há 6 itens que se

apresentam de forma positiva (ex.0-3) e os restantes 8 itens apresentam-se de forma negativa (ex. 3-0).

As pontuações globais indicam a presença ou ausência de problemas, podendo variar entre 0 e 21, em que, os valores iguais ou inferiores a 7 indicam ausência de sintomatologia. Neste sentido, Zigmond e Snaith sugerem o valor 8 como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e depressão. Consideram que a severidade da ansiedade e depressão podem ser classificadas como “normal” (0-7), leve (8-10), moderada (11-15) e severa (16-21). Referem igualmente, que pode ser usada uma pontuação total (HADS- Total) como um indicador clínico, desde que seja analisado como índice de perturbação emocional.

Carroll et al., (1993) no seu estudo revelaram que resultados iguais ou superiores a 8 na escala de depressão e 10 na escala de ansiedade, são considerados casos clínicos. A escala foi aplicada a 100 adultos de ambos os sexos, que sofriam de diferentes patologias do foro médico e demonstraram a sua consistência interna através das correlações de Spearman, com valores que oscilaram entre 0.41 a 0.76 ($p < 0.01$) para a sub-escala de ansiedade e entre 0.30 a 0.60 ($p < 0.02$) para a sub-escala da depressão.

Numa meta-análise a 747 artigos Bjelland e colaboradores (2002) concluíram que as subescalas de ansiedade (HADS-A) e de depressão (HADS-D) têm uma correlação de Pearson média de 0.56, a HADS-A tem um alfa de Cronbach médio de 0.83 e a HADS-D de 0.82.

O instrumento demonstrou ter uma elevada sensibilidade e especificidade (0.80) sendo, portanto, capaz de identificar a proporção de indivíduos doentes em relação ao obtido pelo padrão e também de identificar os indivíduos saudáveis em relação ao definido pelo padrão, respectivamente. Mais recentemente, Marcolino e colaboradores (2007) obtiveram resultados semelhantes: a HADS-A apresentou uma consistência interna de 0.84 e a HADS-D de 0.83.

Quanto à validade de critério, a correlação de Spearman encontrada entre a HADS-A e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foi de 0.68 e entre a HADS-D e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi de 0.67. A HADS-A apresentou uma sensibilidade de 0.81

e uma especificidade de 0.71 e a HADS-D apresentou uma sensibilidade de 0.90 e uma especificidade de 0.91. Apesar dos indicadores de elevada validade e fidelidade, subsistem dúvidas quanto à natureza bifactorial da escala.

No que se refere à validade do instrumento do HADS, apesar de alguns estudos apresentarem estruturas factoriais diferentes, Moorey e colaboradores (1991), numa amostra de 586 doentes, confirmaram dois factores explicando 53% da variância, com uma correlação entre os dois factores de 0.55 para as mulheres e 0.37 para os homens. Smith, Borchelt, Maier e Jopp (2002), numa amostra de 1474 doentes confirmaram a estrutura de dois factores que explicam 49.18% da variância com uma correlação entre eles de 0.52.

Muszbek, et al (2006) num estudo de validação do HADS para a população Húngara também confirmaram dois factores que explicaram 51,4% do total da variância.

Relativamente à fidelidade, os coeficientes encontrados na versão original revelam uma elevada consistência interna, α de Cronbach, iguais a 0.76 e 0.80 para a dimensão da depressão e da ansiedade, respectivamente. Moorey et al. (1991) apresentaram um alfa de Cronbach de 0.93 para a ansiedade e de 0.90 para a depressão. Smith e colaboradores (2002) apresentaram um alfa de cronbach 0.83 na subescala de ansiedade e de 0.79 na depressão. Muszbek e colaboradores (2006) encontraram um alfa de 0.82 para a ansiedade e de 0.83 para a depressão. Sousa (2005) aplicou esta escala em doentes com esclerose múltipla e os coeficientes de alfa de Cronbach encontrados foram de 0.87 para o HADS total, 0.81 para a sub-escala de ansiedade e 0.78 para a subescala de depressão.

Os resultados obtidos na população Portuguesa no estudo realizado por Pais-Ribeiro et al, que incluiu 1322 indivíduos com uma média de idades de 49.35 anos, na sua maioria mulheres (60%), mostraram qualidades psicométricas idênticas à da versão original, obtiveram-se valores de consistência interna com um alfa de Cronbach para a ansiedade de 0.76 e para a depressão 0.81.⁽⁸⁴⁾ Estes valores também são semelhantes aos encontrados por Bjelland et al. (2002) numa revisão dos estudos internacionais (0.76 – 0.93 para a sub-escala ansiedade e 0.67 – 0.90 para a sub-escala depressão). Deste modo, os resultados obtidos na versão portuguesa apresentam uma boa fidelidade e

propriedades psicométricas semelhantes aos estudos internacionais, sendo um bom instrumento para monitorizar a ansiedade e a depressão. (Anexo 7)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

O Short Form - 36 Health Survey Questionnaire (SF-36), foi desenvolvido pela *Rand Corporation*, nos Estados Unidos, por Ware e Sherbourne (1992) tendo sido utilizado no *Health Insurance Study Experiment/Medical Outcomes Study (HIS/MOS)* tem sido amplamente utilizado como instrumento de avaliação da qualidade de vida, não incidindo especificamente sobre um grupo etário, doença ou tratamento. Foi construído com base na definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), enquanto “estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença ou de incapacidade”. O desenvolvimento deste instrumento integrou-se no projecto *International Quality of Life Assessment (IQOLA)*, que visou a adaptação internacional do questionário original (MOS). O SF 36 tem sido traduzido e adaptado para as várias línguas, em mais de 45 países, sendo uma das medidas genéricas do estado de saúde mais utilizada mundialmente. Este instrumento foi desenvolvido a partir de uma bateria de questionários que consideravam 48 conceitos de saúde, tendo como objectivo a criação de uma medida genérica do estado de saúde, que pudesse ser aplicada a uma variedade e gravidade de condições e que permitisse a comparação destas, com a população em geral.^(83,84)

Os autores pretenderam desenvolver um instrumento de avaliação da saúde de reduzidas dimensões, que possibilitasse uma colheita e interpretação rápida e simples de dados, mas que simultaneamente reforçasse as qualidades psicométricas de escalas abreviadas de saúde. O SF-36 foi concebido para ser utilizado em diferentes contextos (prática clínica, investigação, estudos da população em geral e avaliações de políticas de saúde). O questionário é constituído por 36 itens agrupados em oito subescalas, que avaliam a qualidade de vida nas seguintes dimensões de saúde: 1) funcionamento físico; 2) limitações de papéis decorrentes de problemas físicos; 3) funcionamento social; 4) dor corporal; 5) saúde mental; 6) limitações de papéis por problemas emocionais; 7) vitalidade; e 8) percepção geral de saúde. O perfil fornecido por esta medida permite uma avaliação

multidimensional dos efeitos da saúde/doença no funcionamento quotidiano do indivíduo e seu bem-estar.

As oito escalas são compostas por vários itens (2 a 10) e são pontuadas através de uma escala de tipo Likert. A escala correspondente à função física pretende medir desde a limitação para executar actividades físicas menores (tomar banho, vestir); até às actividades mais extenuantes, passando por actividades moderadas como levantar ou carregar compras de mercearia, subir lanços de escadas, inclinar-se, ajoelhar-se, baixar-se ou mesmo andar uma determinada distância. As escalas de desempenho físico e emocional medem a limitação em saúde em termos do tipo e quantidade de trabalho executado. Incluem a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar tarefas. A escala de dor física, representa a intensidade e desconforto causados pela dor e de que forma esta interfere nas actividades normais do indivíduo. A escala de saúde em geral pretende medir o conceito de percepção holística de saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável. A escala de vitalidade refere-se aos níveis de energia e de fadiga, permitindo captar melhor as diferenças de bem-estar. A escala de função social pretende captar a quantidade e qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais dos respondentes. A escala de saúde mental inclui questões referentes a dimensões importantes da saúde mental: a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico.

O SF-36 pode ser administrado a qualquer indivíduo com 14 ou mais anos de idade, desde que possua capacidade para ler o questionário. Pode ser auto-administrado, administrado através de entrevista, pelo correio ou por telefone. O tempo de administração está calculado em cerca de 10 minutos. Quando da sua aplicação, este deve ser preenchido antes de o sujeito responder a quaisquer outras questões relacionadas com a sua saúde, de forma a evitar enviesamentos causados pela interacção do doente com o prestador de cuidados. Não estão descritos problemas de aceitabilidade.^(83,84) Os resultados do SF-36 distribuem-se por uma escala de zero a cem, tendo os critérios de

cotação dos itens e escalas sido definidos para que um resultado elevado indica um estado de saúde melhor (e vice-versa), exceptuando nos itens 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b e 11d, que necessitam ser invertidos. Quanto às propriedades psicométricas autores como Ware e colaboradores (1993) e McDowell e Newell (1996), evidenciam a elevada fiabilidade, validade e poder de resposta deste instrumento de medição e respectivas escalas. Numerosos estudos confirmam elevados valores quer para a fiabilidade teste-reteste, inter-observador e coerência interna, assim como para a validade de critério, de constructo e poder de resposta.

Nesta investigação foi utilizada a versão SF-36v2. Trata-se de um dos instrumentos mais amplamente estudados e utilizados na avaliação da QV em populações clínicas e não clínicas. Optámos por utilizar esta medida genérica da QV, e não uma medida específica, dado que nos permite comparar os resultados com o grupo não clínico. O processo de adaptação cultural e linguística deste instrumento para a população portuguesa foi da responsabilidade de Ferreira em 1994, tendo sido aplicado a uma amostra de 930 mulheres grávidas. Foram efectuados testes de validação e de fiabilidade. Para a coerência interna foram encontrados valores de alfa de Cronbach entre 0,60 (função social); 0,87 (função física e saúde geral); valores do r de 0,45 (dor física) a 0,79 (desempenho físico) para a fiabilidade teste-reteste, e valores do coeficiente alfa entre 0,45 (saúde mental e saúde geral) e 0,77 (vitalidade). Foram igualmente analisadas as validades de conteúdo, de construção e de critério da versão portuguesa que permitiram concluir tratar-se de um instrumento válido e fiável. (Anexo 8)

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI)

O índice de funcionamento sexual feminino (FSFI) pretende avaliar as principais dimensões do funcionamento sexual feminino (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). Foi inicialmente desenvolvido por Rosen et al. (2000), e validado para a população portuguesa por Pechorro e Vieira (2008). O estudo inicial versou uma amostra multicêntrica de 131 mulheres sem diagnóstico de disfunção sexual e 128 mulheres com idades emparelhadas e diagnóstico prévio de perturbação da excitação sexual. A validação

ocorreu através de uma amostra comunitária de 151 mulheres e uma amostra clínica de 51 mulheres.

Este inventário de auto resposta é constituído por 19 questões, nas quais a mulher deverá assinalar as suas respostas, numa escala de tipo Likert de 5 ou 6 itens, tendo em conta as que melhor se adequam à sua situação nas últimas quatro semanas.

Este instrumento revelou numa análise de componentes principais, a presença de 6 factores: Desejo/Interesse Sexual (itens 1 e 2); Excitação Sexual (itens 3, 4, 5 e 6), Lubrificação (itens 7, 8, 9 e 10), Orgasmo (itens 11,12, e 13), Satisfação Sexual (itens 14, 15 e 16); Dor Sexual (itens 17, 18 e 19).

O FSFI permite calcular os índices para cada dimensão e um índice total que resulta do somatório dos índices das várias dimensões que constituem a escala. A escolha múltipla para uma única resposta a cada item deste questionário varia entre 0 (não ocorreu actividade sexual) e 5 ou de 1 a 5, sendo que os itens 8, 10, 12, 17, 18 e 19 foram invertidos.

Os valores elevados correspondem a melhores índices de funcionamento sexual. Na cotação da escala, quanto mais elevados forem os valores, melhor é o funcionamento sexual, estudos subsequentes, consideraram que um total inferior a 26 sugere a existência de uma disfunção sexual.⁽⁸⁷⁾

Em termos de precisão, o FSFI tem uma boa consistência interna, dado que obteve alfas de Cronbach de .82 e superiores para cada uma das suas seis dimensões e de .95 para a escala total. A precisão teste-reteste ou estabilidade temporal (de 2 a 4 semanas) foi relativamente alta para todas as dimensões ($r = .79 - .86$) e para a escala total ($r = .88$).

O escrutínio da validade discriminante outorgou diferenças com significado estatístico em cada um dos seis domínios e na escala global.

Os autores demonstraram dissociação estatística entre o funcionamento sexual e a satisfação marital. Verificou-se que as correlações entre os dois testes, mesmo quando apresentavam significado estatístico, eram baixas (coeficiente de correlação de Pearson

de 0,41 na escala global), encontra-se assim demonstrada uma outra propriedade psicométrica, a validade divergente.

Actualmente, em Portugal este questionário tem sido utilizado em estudos sobre a sexualidade feminina por diversas especialidades, nomeadamente urologistas, ginecologistas, psicólogos e também tem sido aplicado nos últimos anos em muitos estudos epidemiológicos por diversos investigadores.⁽⁸⁴⁻⁸⁷⁾ (Anexo 9)

PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

O grupo controlo foi recrutado através do contacto pessoal com várias funcionárias do CHLN e da FML e acompanhantes de doentes onde se explicou em que consistia o estudo, o que se pretendia e que a participação seria voluntária. Após se ter verificado os critérios de inclusão foi marcada uma hora para a realização do questionário. O processo de recolha da amostra do grupo controlo foi realizado no período correspondente à hora de almoço ou no período pós-laboral dependendo da disponibilidade das participantes, numa sala disponibilizada para esse efeito. Foi-lhes entregue uma folha de informação à doente juntamente com o consentimento informado. De seguida, disponibilizou-se ajuda caso fosse necessário esclarecer alguma questão relacionada com o preenchimento ou compreensão dos questionários. Utilizou-se o método de aplicação com recurso a urna para manter a confidencialidade. Relativamente à amostra clínica, devido a esta ter sido recolhida em contexto clínico teve de se seguir uma metodologia de recolha individual. Inicialmente esta amostra foi obtida através de uma pesquisa computadorizada nos ficheiros da consulta de ginecologia da MAC onde se incluiu alguns dos factores de inclusão/exclusão. Posteriormente as participantes foram contactadas telefonicamente onde se verificou os critérios de inclusão/exclusão tendo-se obtido a amostra final. Foi então explicado em que consistia o estudo, o que se pretendia, o motivo porque foram seleccionadas e que a sua participação seria voluntária e que independentemente de aceitarem participar ou não, o seu tratamento não seria afectado. Marcou-se uma consulta na MAC às participantes que aceitaram colaborar. Às participantes que apresentaram

dúvidas sobre o tipo de perguntas que lhe seriam feitas foi-lhes mostrado o questionário antes da aceitação. Foram convidadas a permanecer num gabinete reservado da consulta e foi-lhes entregue uma folha de informação à doente construída para este estudo juntamente com o consentimento informado. Optou-se pela técnica de auto-preenchimento, de modo a que os indivíduos se sentissem mais à-vontade para responder às questões. Disponibilizou-se ajuda caso fosse necessário esclarecer alguma questão relacionada com o preenchimento ou compreensão dos questionários. Posteriormente procedeu-se à selecção dos questionários que cumpriam critérios de inclusão/exclusão. Todos os questionários com respostas omissas foram excluídos.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi autorizado por deliberação do Conselho de Administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e aprovado pela Comissão de Ética do mesmo. (Anexo 5) Obteve-se o consentimento das Mulheres para participar no estudo através do preenchimento voluntário do questionário e da declaração de consentimento informado, considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial. (Anexo 5)

TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a aplicação dos questionários, os dados obtidos foram inseridos numa base de dados informatizada. Os tratamentos estatísticos foram realizados com recurso do SPSS, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19,0 para Windows.

Os resultados estatísticos apresentados neste estudo englobam uma análise descritiva das variáveis recolhidas e uma análise comparativa entre grupos de indivíduos.

Na análise descritiva apresentaram-se as características globais das participantes seleccionadas e as características de cada grupo de participantes.

Para as variáveis contínuas calcularam-se medidas de tendência central e de dispersão: média, desvio padrão, mínimo e máximo. Na descrição de variáveis categóricas utilizaram-se quadros de frequências (N) e representação percentual (%) de cada classe.

Na análise comparativa procedeu-se a um estudo das pontuações obtidas em cada uma das escalas, para cada um dos grupos, considerando-se parâmetros sócio-demográficos e de história clínica.

Previamente à comparação das pontuações inter-grupo, ou seja, entre grupos, procedeu-se à comparação das suas características basais, de forma a serem detectados potenciais factores de enviesamento.

Após a análise de homogeneidade entre grupos compararam-se as pontuações obtidas entre os dois grupos de participantes diferenciados pela cirurgia a que haviam sido submetidos.

Para esta análise utilizaram-se testes estatísticos para a comparação e estudo de associações entre variáveis. A escolha dos testes estatísticos dependeu da natureza da variável a analisar (contínua ou categórica), da relação entre variáveis (variáveis dependentes ou independentes) e da respectiva distribuição.

Para verificar a forma de distribuição da população, a fim de se decidir pela utilização de um teste paramétrico ou por um teste não paramétrico, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Utilizaram-se testes não paramétricos ou testes paramétricos conforme se estava perante ou não de distribuição Normal.

Para o estudo da associação entre variáveis categóricas utilizou-se o estudo do qui-quadrado (χ^2) e para correlação de variáveis contínuas calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman. Trata-se de um coeficiente de correlação utilizado quando as variáveis em análise são qualitativas ordinais. O seu valor varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo dos extremos, -1 e 1, mais forte é a relação entre as duas variáveis. Quando o valor apresenta um sinal negativo significa que à medida que os valores de uma variável aumentam a outra diminui. Se o valor apresentar sinal positivo significa que as variáveis têm uma relação directa, ou seja, à medida que os valores de uma aumentam os valores da outra aumentam também. As correlações foram consideradas fracas, moderadas ou fortes se, respectivamente, $r < 0.4$, $0.4 < r < 0.7$ e $r > 0.7$.⁽⁸⁸⁾

Também se utilizou o teste da análise de variância a 1 factor - ANOVA *One way*. A análise de variância (ANOVA) serve para comparar diferenças entre médias. A ANOVA permite determinar se as amostras em estudo são retiradas da mesma população, analisar dados provenientes de dois ou mais grupos e consiste em comparar a variância dentro de cada grupo com a variância que existe entre os grupos. A estatística calculada numa ANOVA é a razão – F. A variação dos tratamentos no interior do grupo (intragrupo) foi posta em contraste com a existente entre os grupos (intergrupo) para produzir a estatística F. Quando não existiu homogeneidade de variâncias utilizou-se a correcção de Welch para a Anova.

Complementarmente foram efectuadas comparações entre os grupos, através do teste de *U* Mann-Whitney. O teste de Wilcoxon-Mann-Whitney ou simplesmente teste de Mann-Whitney, é o teste não paramétrico adequado para comparar as funções de distribuição de uma variável pelo menos ordinal medida em duas amostras independentes. Este teste pode também ser utilizado como alternativa ao teste *t*-Student para amostras independentes, nomeadamente quando os pressupostos deste teste não são válidos e não é possível, ou desejável, evocar a robustez do teste à violação dos seus pressupostos (o que acontece quando as amostras são de pequena dimensão ou muito diferentes, as distribuições são muito enviesadas ou platicúrticas e/ou as variâncias são muito heterogéneas). No caso em que as distribuições são normais, a eficiência assintótica do teste de Mann-Whitney é 95.5% da eficiência do teste *t*-Student.

Todos os resultados com um nível de significância ($p \leq 0,05$), foram considerados estatisticamente significativos.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Efectuou-se a caracterização sociodemográfica da amostra, através da análise descritiva de cada uma das variáveis consideradas. Em seguida, debruçámo-nos sobre a componente psicométrica dos instrumentos utilizados e posteriormente sobre os resultados das hipóteses propriamente ditas.

Caracterização da Amostra e Estatísticas Descritivas (Anexo 10)

A amostra é constituída por 162 elementos. Destes 95 correspondem às participantes que não foram submetidas a histerectomia (grupo controlo – Grupo 1) e 67 às participantes que foram submetidas a cirurgia (Grupo 2).

A idade média das mulheres no grupo submetido a histerectomia foi de 47.59 anos, enquanto no grupo controlo foi de 48.82. A idade da participante mais nova foi de 32 anos (grupo histerectomizado) e a da mais velha foi de 55 anos. As classes relativas às participantes com mais idade surgiram com maior frequência (classe entre 45-49 anos 19.5% e 22.5% na classe entre os 50-55 anos). Não se verificaram diferenças significativas na idade entre os dois grupos ($p=.125$).

A maioria das participantes era de raça caucasiana (90.74%), tendo-se registado 15 indivíduos de raça negra (9.25%), encontrando-se a maioria no grupo histerectomizado. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($\chi^2= 12.27$, $p=.001$).

A maioria das mulheres que participaram neste estudo era da religião católica. Os dois grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2= 8.98$, $p=.025$).

Todas as participantes neste estudo tinham companheiro e eram activas sexualmente (factor de inclusão). Relativamente ao estado civil das participantes, a maioria era casada (52.47%). Os dois grupos apresentaram diferenças estatisticamente

significativas ($\chi^2= 28.95$, $p=.000$). Apresentavam entre 1 (grupo controlo) a 2 filhos (grupo de mulheres submetidas a histerectomia).

A maioria das participantes apresentava o 2º ciclo de escolaridade (5º ou o 6º ano). Através do Mean Rank verificou-se que, as mulheres pertencentes ao grupo controlo apresentaram um nível de escolaridade superior às do grupo submetido a histerectomia (MR=89.08; MR=70.75). Verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (U=2462, $p=.011$).

De acordo com a classificação do Instituto Nacional de Estatística (2010) as participantes no que se refere à situação profissional distribuem-se pela área dos serviços, pessoal administrativo e profissionais de nível intermédio. Denota-se que as participantes pertencentes ao grupo controlo detêm as profissões mais qualificadas. Perante os resultados obtidos verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=40.27$, $p=.000$).

Relativamente ao nível sócio-económico, 50% das participantes encontram-se num nível baixo. É no grupo controlo que surgem mais participantes nessa situação (25.92%). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas entre os dois grupos ($\chi^2= 3.094$, $p=.236$).

A primeira relação sexual em ambos os grupos ocorreu por volta dos 20 anos. O tempo médio de relacionamento no grupo controlo foi de 11 anos e o do histerectomizado de 23 anos. A maioria das participantes considerou a sexualidade como muito importante mas, foi o grupo submetido a cirurgia que deu mais ênfase a essa importância, tendo-se obtido valores superiores ao grupo controlo. Essa importância reflectiu-se na frequência de relações sexuais (uma a duas vezes por semana), no entanto, a iniciativa partia predominantemente do companheiro. Também se verificou uma ligeira melhoria na frequência sexual no grupo histerectomizado após a histerectomia (antes $M=1,48$; após $M=1.58$). Perante estes resultados, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente

significativas para o tempo de relacionamento ($U=1337.500$, $p=.000$), frequência de relações sexuais ($U=2577.500$, $p=.041$) e iniciativa sexual ($U=1932.000$, $p=.000$) para ambos os grupos.

Analisou-se a distribuição das participantes de acordo com a obtenção de Informação sobre a sexualidade. De acordo com os resultados obtidos verificou-se que a maioria das participantes (83%) não teve qualquer informação sobre a sexualidade antes de iniciar a sua vida sexual. Somente 17% das mulheres possuíam informação à data do início da sexualidade, dessas 11,7% pertenciam ao grupo controlo. Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2=1.252$, $p=.298$).

Relativamente a quem forneceu a informação sobre a sexualidade, essa informação foi essencialmente transmitida pelos pais (65.62%). Perante os resultados obtidos verificou-se a existência de diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2=18.875$, $p=.000$).

Analisou-se a distribuição das participantes de acordo com a fase da menopausa e constatou-se que 65.4% das mulheres encontravam-se na pré-menopausa, enquanto 28.4% na encontravam-se na pós-menopausa. Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas de acordo com a fase da menopausa ($\chi^2=15.375$, $p=.000$).

Verificou-se que 60.5% das participantes não tomava qualquer medicação. O tipo de medicações utilizadas pelas participantes que tomavam medicação foi anti-dislipidemicos e anti-hipertensores. Nenhuma das participantes tomava anti-depressivos, nem fazia qualquer terapia de substituição hormonal (factor de exclusão). Perante os resultados obtidos verificou-se que o grupo controlo era o que tomava mais anti-hipertensores (42.38%) e o histerectomizado anti-dislipidemicos. Constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para o tipo de medicação ($\chi^2=16.281$, $p=.000$).

O tipo de cirurgia mais verificado neste estudo foi a histerectomia sem anexectomia (68.7%). De acordo com a indicação cirúrgica 11.3% das participantes tinha a indicação devido a miomas.

53.7% das participantes foi submetida a uma histerectomia abdominal, das quais 32,8% sofreu intervenção sobre anexos.

Perante a questão se observou ganho de peso após a histerectomia? 58.2% das mulheres referem ter ganho peso, enquanto 41.8% não apresentaram qualquer diferença.

Na questão se sentiu dificuldades em lidar com o seu corpo após a cirurgia? 88% das participantes não apresentaram nenhuma dificuldade em lidar com o seu corpo após a cirurgia e 86.6% responderam negativamente à pergunta: alguma vez sentiu-se “Oca, vazia ou menos feminina”? Nas questões: Sentiu-se apoiada pelo seu companheiro ao longo da sua doença? E se o apoio recebido influenciou a sua forma de viver a sexualidade? 86.6% das participantes responderam positivamente e foi esse apoio que as ajudou e influenciou a forma de encarar positivamente a sexualidade após a histerectomia.

Relativamente à questão Em algum momento do percurso para a cirurgia os profissionais de saúde falaram consigo acerca de aspectos relacionados com a sexualidade? 89.6% responderam que não. As restantes participantes que receberam informação consideram que a mesma foi de encontro às suas necessidades e resolveu as suas dúvidas. 62.7% consideraram que os profissionais de saúde sentem-se pouco à vontade para falar sobre o assunto e não estão preparados para orientar os casais nas dificuldades relacionadas com a sua sexualidade, lamentando que só obtiveram informação devido à sua iniciativa de os questionar, no entanto, consideram que a informação obtida foi insuficiente.

ESTUDO DA FIDELIDADE DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

A consistência interna de uma escala avalia a homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida. A fidelidade dos instrumentos é calculada através do alfa de Cronbach. “O alpha de Cronbach” é a técnica mais correntemente utilizada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida quando existem várias escolhas para o estabelecimento das pontuações. O valor do coeficiente varia de 0 a 1, o valor mais elevado denota uma maior consistência interna.

No quadro abaixo encontra-se os valores de fidelidade para a escala HADS, HADS-A, HADS-D, MOS-SF-36v2 e para o FSFI.

Tabela 1 - Consistência interna para as escalas utilizadas

Escalas	Alpha de Chronbach
HADS Total	.792
HADS-A	.702
HADS-D	.836
MOS-SF-36v2	.903
FSFI	.876

Deste modo, verifica-se que as escalas utilizadas apresentaram uma boa consistência interna.

ESCALA HADS

Estudo da Fidelidade

Foi calculado o alfa de Cronbach da escala HADS total e das duas sub-escalas em separado (ansiedade e depressão).

O coeficiente de fidelidade para a HADS total foi de $\alpha=.792$ indicando uma alta consistência interna dos itens, e as correlações dos itens com o total variam entre os valores de $\alpha=.452$ e $\alpha=.792$. No anexo 11, são apresentados respectivamente, os coeficientes de consistência interna do HADS, para as sub-escalas da ansiedade (HADS-A) e da depressão (HADS-D).

A análise das correlações da HADS-A (Ansiedade) e da HADS-D (Depressão) com o total da escala revelou que todos os itens apresentam correlações acima de $\alpha=.60$ (entre $\alpha=.62$ e $\alpha=.68$ para a HADS-A e entre $\alpha=.64$ e $\alpha=.83$ para a HADS-D). O coeficiente de fidelidade para a sub-escala HADS-A foi de $\alpha=.70$ e para a sub-escala HADS-D foi de $\alpha=.84$. Embora a eliminação de alguns dos itens na sub-escala HADS-D aumentassem o alfa global da sub-escala decidimos mantê-los uma vez que se apresentam como itens significativos a nível clínico. Perante os resultados obtidos podemos dizer que esta escala apresenta uma alta consistência interna.

Estudo da Normalidade

Previamente ao teste de hipótese, revela-se fundamental averiguar se as escalas apresentam uma distribuição normal e homogeneidade de variâncias, para posteriormente escolhermos entre a realização de testes paramétricos ou não paramétricos. Os testes paramétricos aconselham que se realizem com um N superior a 30 casos, em que a variável dependente tenha uma distribuição normal e que as variâncias sejam homogêneas. Deste modo, realizámos o teste não paramétrico de Kolmogorov-Smirnov para averiguarmos se a variável em causa tem ou não uma distribuição normal para um valor $p > 0.05$.

O resultado da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov com correcção de significância de Lilliefors para as variáveis dependentes ansiedade e depressão (HADS), para um valor $p > 0.05$, segue uma distribuição não normal com heterogeneidade de variâncias. Assim, perante a não normalidade destas escalas utilizaram-se testes não paramétricos para testar as hipóteses relacionadas com as mesmas. (Anexo 11)

ANÁLISE DOS RESULTADOS DA ESCALA HADS (Anexo 11)

H1.1- As variáveis independentes (idade, prática religiosa, habilitações literárias, nível sócio-económico, realização de histerectomia, tipo de histerectomia, via de acesso e tempo de cirurgia) estão associadas a diferenças estatisticamente significativas ao nível da ansiedade e depressão.

Idade

A análise da pontuação obtida em cada uma das escalas (ansiedade e depressão) e a idade das participantes, mostra-nos que a faixa etária que obteve valores médios mais elevados para a ansiedade foi a dos 40-44 anos seguida da faixa dos 50-55 anos com valores médios de 8.76 e 8.63. Perante estes resultados, podemos afirmar que as faixas etárias observadas, com excepção da faixa etária dos 35-39 anos que obteve os valores médios normais (6.33), sofrem de leve ansiedade. Relativamente à depressão a faixa etária que obteve valores médios mais elevados foi a dos 35-39 anos com 6.33 enquanto a faixa dos 45-49 anos obteve os valores médios mais baixos 5.44. Verificou-se que todas as faixas etárias analisadas apresentam valores normais para a depressão. No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas, para a: ansiedade, ($\chi^2=3.977$, $p=.409$); nem para a depressão, ($\chi^2=5.783$, $p=.216$).

Habilitações Literárias

Todos os níveis de escolaridade analisados apresentam uma ansiedade considerada como leve. No entanto, as participantes com um nível de escolaridade entre o 7º-9º ano (3º ciclo) apresentam pontuações médias relativas para a escala ansiedade superiores às observadas nos restantes grupos. Relativamente à depressão as participantes que apresentam pontuações médias superiores são as que têm um nível de escolaridade correspondente ao ensino médio. Os valores obtidos nesta escala para todos

os níveis de escolaridade são considerados dentro da normalidade. As diferenças obtidas não são estatisticamente significativas, para a: ansiedade, ($\chi^2=5.352$, $p=.253$); e para a depressão, ($\chi^2=2.896$, $p=.575$).

Religião

A análise dos resultados obtidos em cada uma das escalas (ansiedade e depressão) e a religião, mostra-nos que as participantes não praticantes apresentam valores de ansiedade e depressão inferiores, aquelas que não têm religião. Em contrapartida as participantes sem religião apresentam os valores mais elevados para ambas as escalas. As participantes praticantes e sem religião apresentam valores que se coadunam com uma ligeira ansiedade. Todas as participantes apresentam valores normais para a depressão. Apesar destas diferenças, não serem estatisticamente significativas para a: ansiedade, ($\chi^2=4.737$, $p=.094$); nem para a depressão, ($\chi^2=1.802$, $p=.406$).

Nível-Sócio-Económico (NSE)

As participantes com um nível sócio-económico elevado apresentaram as pontuações mais elevadas para ambas as escalas. No entanto, todas as participantes apresentam valores que se coadunam com uma leve ansiedade. Quanto à depressão todas as participantes apresentam valores normais para a depressão. No entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas (ansiedade $\chi^2 = .299$, $p = .861$; depressão $\chi^2 = .516$, $p = .773$).

Grupo

Após a análise dos dados, verificou-se que o grupo 1 (controlo) apresenta uma pontuação global para a ansiedade de 8.40 e o grupo 2 (submetido a histerectomia) de 8.30. Deste modo, pode-se estar perante um caso duvidoso, uma vez, que os valores obtidos situam-se entre o ponto de corte 8 e 8.5. No entanto, de acordo com Zigmond e

Snaith, os valores obtidos podem-se classificar num nível de ansiedade leve para os dois grupos. Relativamente às pontuações médias obtidas para a depressão foram de 5.95 para o grupo 1 e 5.51 para o grupo 2, indicando que as participantes apresentam uma ausência de sintomatologia depressiva, como se pode verificar na tabela abaixo.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas por grupo

Escala	Grupo 1 (N=95)					Grupo 2 (N=67)				
	M	D.P.	Mi/Ma	Assi.	Curt.	M	D.P.	Mi/Ma	Assi.	Curt.
Ansiedade	8.40	3.12	1-15	-.079	-.196	8.30	2.75	3-15	.083	-.918
Depressão	5.95	1.73	2-10	.920	.908	5.51	1.37	2-10	.958	2.35

Perante os resultados obtidos verificou-se não existirem diferenças significativas entre os dois grupos para a escala ansiedade ($U=3097.0$; $p=.770$) e para a depressão ($U=2758,5$; $p=.138$).

Tipo Cirurgia

Segundo os valores obtidos pode-se afirmar que as participantes que foram submetidas a histerectomia com anexectomia apresentam valores médios para as escalas ansiedade e depressão superiores às participantes que não sofreram anexectomia. Ambas as histerectomias apresentam valores de ansiedade que se enquadram com uma situação clínica. Os valores obtidos para a depressão apresentam-se normais. De acordo com os valores apresentados verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas para a ansiedade ($U=518.0$, $p=.672$) nem para a depressão ($U=476.0$, $p=.325$) em função do tipo de cirurgia.

Via de Acesso

Para as escalas ansiedade e depressão os valores médios mais elevados foram obtidos pelas participantes que se submeteram a histerectomia abdominal. O resultado médio obtido na escala ansiedade indica-nos que as participantes sofrem de uma leve ansiedade. Relativamente à escala depressão podemos afirmar que as participantes

apresentam valores normais para as duas vias de acesso. Não existem diferenças estatisticamente significativas para a ansiedade ($U= 434.000$, $p=.115$), nem para a depressão ($U= 475.000$, $p=.286$) em função da via de acesso.

Tempo de Cirurgia

As participantes que foram submetidas à histerectomia num período inferior a um ano apresentam valores médios mais elevados para as escalas ansiedade e depressão. Os valores mais baixos foram obtidos pelas participantes que foram histerectomizadas há mais de um ano. As participantes que foram submetidas a cirurgia à menos de um ano apresentam leve ansiedade, as restantes apresentam valores normais. Todas as participantes apresentam valores normais para a depressão. Não existem diferenças estatisticamente significativas para a ansiedade ($U= 409.000$, $p=.069$), nem para a depressão ($U= 466.$, $p=.264$) em função do tempo de cirurgia.

ESCALA MOS-SF-36V2

Estudo da Fidelidade

Foi calculado o alfa de Cronbach da escala SF-36v2. O coeficiente de fidelidade para SF-36v2 foi de $\alpha=.903$ e as correlações dos itens com o total variam entre os valores de $\alpha=.196$ e $\alpha=.781$. A eliminação de alguns dos itens não iria aumentar consideravelmente o alfa global. Perante os resultados obtidos podemos dizer que esta escala apresenta uma elevada consistência interna. (Anexo 12)

Estudo da Normalidade

Realizámos o teste não paramétrico de Kolmogorov-Smirnov para averiguarmos se a variável em causa tem ou não uma distribuição normal para um valor $p> 0.05$. Ao verificarmos o pressuposto da normalidade constatou-se, que apenas um dos grupos (participantes histerectomizadas) tem distribuição normal na medida em que a componente física obteve um $p=.080$ e a componente mental $p=.200$. O alpha adoptado é de 0,05 para um intervalo de confiança com 95% de certeza. Pelo contrário, o grupo de participantes

não hysterectomizado (grupo controlo) não segue a normalidade uma vez que $p=.000$. Deste modo, prosseguimos a análise através dos testes: Mann-Whitney para duas amostras independentes, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman.

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA ESCALA MOS-SF-36V2 (ANEXO 12)

Relativamente à descrição das respostas obtidas no SF-36v2, verificou-se que para a questão 1 sobre o estado de sua saúde actual, 22.9% das participantes considerou a sua saúde como boa, 15.1% classificaram-na como muito boa, enquanto, 13.4% consideravam a sua saúde como razoável.

Na função social, a maioria das participantes não teve limitações nem interferências na actividade social normal.

Comparativamente à um ano atrás (questão 2), 35.3% das participantes descreveu o seu estado de saúde como aproximadamente igual e 8.9% como muito melhor.

Em termos de função física, 59.2% referiram sentir-se um pouco limitadas na execução de tarefas violentas, enquanto 22.84% sentiu-se muito limitada. Nas outras actividades, a maioria das participantes referiu estarem um pouco ou nada limitadas. No desempenho físico, o perfil das participantes foi consideravelmente positivo.

Pontuações médias

Comparando os resultados médios obtidos para a escala SF-36v2, verificou-se que o funcionamento físico, funcionamento social e desempenho físico foram as dimensões em que as participantes apresentaram pontuações médias e medianas mais elevadas. Registou-se na dimensão dor corporal e na componente mental a pontuação média mais baixa. A variância das pontuações foi superior nas escalas funcionamento social e saúde mental.

Idade

H1.2a – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é mais elevada em escalões etários inferiores.

A análise da pontuação média obtida em cada uma das dimensões e a idade das participantes revela que a faixa etária dos 30-34 anos apresenta valores mais elevados para as dimensões: funcionamento físico, desempenho físico, funcionamento social e componente física. A faixa dos 50-55 anos apresenta os valores mais elevados nas dimensões dor corporal e desempenho emocional. No entanto, essas diferenças não são estatisticamente significativas.

Religião

H1.2b – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é mais elevada em mulheres com prática religiosa.

Comparando os resultados médios obtidos, verificou-se que as participantes não praticantes alcançaram as pontuações médias mais elevadas nas dimensões: funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, saúde mental componente física e componente mental. As participantes praticantes obtiveram a pontuação média mais elevada na dimensão desempenho emocional. As participantes sem religião, obtiveram os valores mais altos na dimensão funcionamento social. Constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: funcionamento

físico ($\chi^2=6.606$, $p=.037$), desempenho físico ($\chi^2=7.686$, $p=.021$), saúde geral ($\chi^2=15.789$, $p=.000$), vitalidade ($\chi^2=6.511$, $p=.039$) e componente física ($\chi^2=22.704$, $p=.000$).

Habilitações literárias

H1.2c – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é mais elevada em mulheres com mais habilitações literárias.

As participantes com um nível de escolaridade entre o 10^o- 12^o ano apresentam pontuações relativas ao funcionamento físico, ao funcionamento social, à saúde geral, à saúde mental e nas componentes física e mental significativamente superiores às observadas nos restantes grupos. No entanto, as participantes do ensino médio apresentam pontuações superiores na dimensão vitalidade. As pontuações mais elevadas na dimensão dor foram obtidas pelas mulheres com menos habilitações (2^o ciclo).

As diferenças obtidas são estatisticamente significativas, para as dimensões: funcionamento físico ($\chi^2=28.588$, $p=.000$); saúde geral, ($\chi^2=30.626$, $p=.000$); vitalidade, ($\chi^2=19.362$, $p=.001$); funcionamento social, ($\chi^2=23.336$, $p=.000$); saúde mental, ($\chi^2=19.701$, $p=.001$); componente física, ($\chi^2=12.333$, $p=.015$); componente mental, ($\chi^2=20.060$, $p=.000$).

Nível sócio-económico

H1.2d – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é mais elevada nas mulheres com um nível sócio-económico mais elevado.

As participantes com um nível sócio-económico médio apresentaram as pontuações mais elevadas nas dimensões funcionamento social, saúde mental, vitalidade e na componente mental, enquanto, as de nível sócio-económico elevado obtiveram pontuações mais altas no funcionamento social, na saúde geral e na componente física.

Verificaram-se existirem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: funcionamento físico ($\chi^2=17.665$, $p=.000$); saúde geral ($\chi^2=28.303$, $p=.000$); vitalidade ($\chi^2=8.970$, $p=.011$); saúde mental ($\chi^2=8.850$, $p=.033$); funcionamento social ($\chi^2=9.542$, $p=.008$); componente física ($\chi^2=10.977$, $p=.004$); e na componente mental ($\chi^2=6.428$, $p=.040$).

Grupo

H1.2e – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é mais baixo nas mulheres do grupo submetido a histerectomia.

Quanto à comparação das pontuações obtidas nas oito dimensões por grupo (controlo/histerectomizadas), verifica-se existirem diferenças significativas em todas as dimensões com excepção da escala dor corporal e vitalidade. As pontuações revelaram-se superiores no grupo submetido a histerectomia nas dimensões: desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento social e saúde mental.

Tabela 3 – Pontuações médias para as escalas SF-36v2, por grupo

Dimensões	Grupo 1 (N=95)		Grupo 2 (N=67)		W-M-W	
	M	D.P.	M	D.P.	U*	p
Dor Corporal	55.46	14.0	51.07	14.96	2971.0	.450
Desempenho Emocional	50.96	18.39	58.71	19.7	2366.0	.004
Desempenho Físico	61.97	24.71	77.43	21.97	1966.5**	.000
Funcionamento Físico	86.16	12.32	70.37	23.42	1858.0**	.000
Funcionamento Social	64.08	28.73	76.49	22.03	2421.0	.008
Saúde Geral	74.17	17.35	55.54	22.94	1639.5**	.000
Saúde Mental	56.97	27.46	68.24	22.44	2517.5	.023
Vitalidade	58.32	23.01	59.48	18.30	3174.5	.978

* teste Mann-Whitney ** $p<.001$

Após se ter realizado a comparação das pontuações médias obtidas para o total da componente física e da componente mental para os dois grupos através do teste Mann-Whitney para duas amostras independentes, verificou-se a existência de diferenças significativas para ambas as componentes (física $U= 2492.000$, $p=.019$ e mental $U= 2537.000$, $p=.028$). O grupo controlo obteve a melhor pontuação na componente física e o grupo submetido a histerectomia na componente mental.

Tabela 4 - Estatísticas descritivas por grupo

Dimensões	Grupo 1 (N=95)					Grupo 2 (N=67)				
	<i>M</i>	<i>D.P.</i>	<i>Mi/Ma</i>	<i>Assi.</i>	<i>Curt.</i>	<i>M</i>	<i>D.P.</i>	<i>Mi/Ma</i>	<i>Assi.</i>	<i>Curt.</i>
Componente Física	68.53	6.67	56-82	.691	-.187	63.68	11.64	34-83	-.582	-.258
Componente Mental	51.15	14.37	28-75	-.248	-.761	56.12	10.46	29-72	-.613	-.013

Tipo de Histerectomia

H1.2f – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é superior nas mulheres submetidas a histerectomia sem anexectomia.

Perante os valores obtidos nas oito escalas por tipo de cirurgia, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas em todas as escalas com exceção da dor corporal e vitalidade. As participantes que foram submetidas a histerectomia sem anexectomia revelaram pontuações superiores para todas as dimensões, com exceção da dimensão vitalidade.

Via de Acesso

H1.2g – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é superior nas mulheres submetidas a histerectomia vaginal.

De acordo, com as pontuações obtidas por via de acesso, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma dimensão da escala. Constatou-se que as pontuações médias mais elevadas na maioria das dimensões foram obtidas pelas mulheres submetidas a histerectomia vaginal. Nas dimensões funcionamento físico, vitalidade e desempenho emocional a melhor pontuação foi obtida pelas mulheres submetidas a histerectomia abdominal enquanto, as mulheres submetidas a histerectomia vaginal obtiveram a pontuação média mais elevada nas restantes dimensões (desempenho físico, dor corporal, saúde geral, funcionamento social, saúde mental, componente física e mental).

Tempo cirurgia

H1.2h – A qualidade de vida nas dimensões dor corporal, desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento físico, funcionamento social, saúde geral, saúde mental, vitalidade, componente física e mental é superior nas mulheres com maior tempo de cirurgia.

Relativamente à comparação das pontuações obtidas por tempo de cirurgia, registaram-se diferenças significativas nas dimensões dor corporal e desempenho físico com as pontuações mais elevadas. A dimensão dor corporal, revela uma correlação indirecta com o tempo de cirurgia. No entanto, as correlações obtidas são fracas. Deste modo, constata-se através dos resultados obtidos, que quanto maior o tempo decorrido após a cirurgia melhor o desempenho físico e menor a dor corporal.

ESCALA FSFI

Estudo da Fidelidade

A consistência interna refere-se à constância dos valores obtidos por uma mesma pessoa quando testada, ou re-testada, em ocasiões diferentes. O coeficiente de consistência interna Alpha de Cronbach é um dos coeficientes usados para medir esta constância de valores. Foram analisados os coeficientes de consistência interna Alpha de Cronbach para as seguintes subescalas da escala FSFI: Desejo, Excitação, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação e Dor. Constata-se que os valores obtidos variam entre $\alpha=.76$ e $\alpha=.86$. Tendo-se obtido um alpha de Cronbach global de $\alpha=.876$. Como se pode constatar, podemos dizer que estas sub-escalas apresentam uma boa consistência interna.

Após a análise das estatísticas relativas a cada um dos itens constata-se, que a análise das estatísticas relativas a cada um dos itens não melhoraria significativamente o valor global do Alpha de Cronbach ($\alpha=.886$), se alguns dos itens que integram a escala fossem eliminados. (Anexo 13)

Estudo da Normalidade

Realizámos o teste não paramétrico de Kolmogorov-Smirnov para averiguarmos se a variável em causa tem ou não uma distribuição normal para um valor $p > 0.05$. Ao verificarmos o pressuposto da normalidade constatou-se, que apenas um dos grupos (participantes hysterectomizadas) tem distribuição normal na componente FSFI total com um valor $p=.200$. Deste modo, prosseguimos a análise através dos testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e a correlação de Spearman (não paramétricos), Anova one way (paramétricos), correlação e regressão múltipla.

AValiação DOS RESULTADOS DA ESCALA FSFI (Anexo 13)

Após a análise das pontuações médias para a escala FSFI, verificou-se que as participantes obtiveram valores médios mais elevados nas dimensões: satisfação e excitação sexual. O valor mais baixo foi obtido na dimensão dor. O valor médio de FSFI total obtido foi de 22.78. (Anexo 13)

H1.3 - As variáveis independentes (idade, prática religiosa, habilitações literárias, nível sócio-económico, realização de histerectomia, tipo de histerectomia, via de acesso e tempo de cirurgia) estão associadas a diferenças estatisticamente significativas no funcionamento sexual.

Idade

H1.3a – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é mais elevado em escalões etários inferiores.

A análise da pontuação média obtida em cada uma das dimensões do FSFI e a idade das participantes revela que, a faixa etária dos 30-34 anos, apresentou o valor mais elevado para a lubrificação. A faixa dos 35-39 anos apresentou os valores médios mais elevados nas dimensões excitação e orgasmo. A faixa dos 45-49 anos apresentou valores médios mais elevados para as dimensões: desejo sexual, satisfação sexual e FSFI total. Enquanto que, a faixa etária dos 50-55 anos apresentou os valores mais baixos para a maioria das dimensões (desejo sexual, excitação, orgasmo, satisfação e FSFI total. Perante estes valores, verifica-se que as diferenças obtidas são estatisticamente significativas, para as dimensões: desejo sexual, ($\chi^2 = 19.912$, $p = .001$); excitação sexual, ($\chi^2 = 20.795$, $p = .000$); orgasmo, ($\chi^2 = 10.536$, $p = .032$); satisfação sexual, ($\chi^2 = 21.683$, $p = .000$); e FSFI total, ($\chi^2 = 22.393$, $p = .000$).

Religião

H1.3b – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual, é mais elevado nas mulheres sem prática religiosa.

Após se ter realizado a comparação das pontuações médias obtidas nas subescalas do FSFI por prática religiosa, constatou-se que, participantes sem religião obtiveram as pontuações mais elevadas em todas as dimensões, com excepção da subescala desejo sexual obtida pelas participantes não praticantes e a lubrificação obtida pelas participantes praticantes. O valor mais baixo no FSFI total foi obtido pelas participantes com prática religiosa. Perante os resultados obtidos verificamos que as diferenças obtidas são estatisticamente significativas, para as dimensões: excitação ($\chi^2=12.918$, $p=.002$); orgasmo, ($\chi^2=8.714$, $p=.013$); satisfação ($\chi^2=8.430$, $p=.015$); dor ($\chi^2=20.688$, $p=.000$); e FSFI total ($\chi^2=13.714$, $p=.001$).

Habilitações Literárias

H1.3c – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é mais elevado em mulheres com mais habilitações literárias.

Analisando os resultados para o índice de funcionamento sexual total e a escolaridade constatou-se que as participantes pertencentes às 3 classes com mais habilitações literárias obtiveram as pontuações mais elevadas. As que frequentaram o 10º ao 12º ano apresentam os valores mais elevados para as dimensões desejo sexual, orgasmo, satisfação e FSFI total. As participantes com a escolaridade mais baixa (2º ciclo) apresentam os valores mais baixos em todas as dimensões excepto para a dor e para a

lubrificação onde apresentam os valores mais altos. As participantes com o 3º ciclo apresentam os valores mais elevados para a excitação.

De acordo com os resultados obtidos verificamos que as diferenças obtidas são estatisticamente significativas, para todas as dimensões: desejo sexual, ($\chi^2=31.995$, $p=.000$), excitação sexual, ($\chi^2=33.487$, $p=.000$); lubrificação, ($\chi^2=13.260$, $p=.010$); orgasmo, ($\chi^2=31.799$, $p=.000$); satisfação, ($\chi^2=38.109$, $p=.000$); dor, ($\chi^2=10.596$, $p=.031$); e FSFI total ($\chi^2=40.231$, $p=.000$).

Nível Sócio-Económico

H1.3d – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é mais elevado nas mulheres com um nível sócio-económico mais elevado.

Comparando as subescalas do FSFI e o nível sócio-económico, verificou-se que os grupos pertencentes ao nível médio e elevado apresentam as pontuações mais elevadas em todas as subescalas com exceção das subescalas lubrificação e dor que foram obtidos pelas participantes de nível baixo.

Perante estes resultados podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as escalas com exceção da escala dor. As diferenças obtidas são estatisticamente significativas, para as dimensões: desejo sexual, ($\chi^2 =15.631$, $p=.000$); excitação sexual, ($\chi^2=10.149$, $p=.006$); lubrificação, ($\chi^2=10.309$, $p=.006$); orgasmo, ($\chi^2=13.132$, $p=.001$); satisfação, ($\chi^2 = 18.253$, $p=.000$); e FSFI total ($\chi^2 =15,747$, $p=.000$).

Grupo

H1.3e – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é mais baixo nas mulheres do grupo submetido a histerectomia.

De acordo com os resultados obtidos por grupo constatou-se que, as participantes do grupo controlo apresentam as pontuações mais elevadas em todas as subescalas com excepção da lubrificação e dor que foram obtidos pelas participantes submetidas a histerectomia. Deste modo, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões com excepção da dimensão dor. As diferenças obtidas são estatisticamente significativas, para os valores do teste Mann-Whitney para as dimensões: desejo sexual, $U=1872.000$, $p=.000$; excitação, $U=1689.000$, $p=.000$; lubrificação, $U=1979.000$, $p=.000$; orgasmo, $U=1913,500$, $p=.000$; satisfação, $U=1811.000$, $p=.000$; e para a dimensão: FSFI total, $U= 1521,500$, $p=.000$.

Tabela 5 – Pontuações médias para a escala FSFI por grupo

Grupo	Estatística descritiva	Desejo						FSFI Total
		Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	
Controlo	<i>M</i>	4,41	4,90	2,88	4,09	5,57	1,78	23,73
	<i>D.P.</i>	1,174	1,003	,427	,523	,752	,654	2,962
	<i>Assi.</i>	-,491	-,925	2,544	-1,810	-2,138	,800	-1,750
	<i>Curt.</i>	-,134	-,097	7,205	3,092	4,177	-,334	5,583
	<i>N</i>	95	95	95	95	95	95	95
Histerectomizadas	<i>M</i>	3,49	3,94	3,26	3,72	4,90	2,11	21,43
	<i>D.P.</i>	1,186	1,185	,589	,591	,953	1,165	2,519
	<i>Assi.</i>	-,132	-,247	,004	-,624	-,422	,955	-,035
	<i>Curt.</i>	-,798	-,721	-1,165	-,388	-,878	-,499	-,948
	<i>N</i>	67	67	67	67	67	67	67

Tipo de Histerectomia

H1.3f – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é superior nas mulheres submetidas a histerectomia sem anexectomia.

Na análise dos resultados obtidos verificou-se que as participantes que foram submetidas a histerectomia sem anexectomia apresentam pontuações mais elevadas para a maioria das escalas, enquanto as participantes que foram submetidas a histerectomia com anexectomia apresentam, as pontuações mais elevadas para as subescalas lubrificação e dor. Deste modo, constatou-se a existência de diferenças estatisticamente

significativas em todas as subescalas (desejo sexual, $U=303.500$, $p=.002$; excitação, $U=277.000$, $p=.000$; lubrificação, $U=369.500$, $p=.020$; satisfação, $U=250.500$, $p=.000$; e FSFI total, $U= 297.500$, $p=.001$) com exceção da subescala orgasmo ($U=421,000$, $p=.091$).

Via de Acesso

H1.3g – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é superior nas mulheres submetidas a histerectomia vaginal.

De acordo com os resultados obtidos, verifica-se que as pontuações médias mais elevadas e mais baixas ocorreram nas participantes submetidas a histerectomia vaginal. As pontuações médias mais elevadas foram obtidas nas dimensões: desejo sexual, excitação sexual, orgasmo, satisfação e FSFI total, enquanto, as pontuações médias mais baixas foram obtidas nas subescalas lubrificação e dor. Existem diferenças estatisticamente significativas nas subescalas desejo sexual, $U=379.000$, $p=.023$; satisfação, $U=307.500$, $p=.001$; e dor, $U=350.000$, $p=.006$.

Tempo de Cirurgia

H1.3h – O funcionamento sexual feminino nas componentes de desejo sexual, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é superior nas mulheres com maior tempo de cirurgia.

Perante os resultados obtidos, constata-se que as participantes que foram submetidas a cirurgia há mais de 1 ano obtiveram as pontuações médias mais elevadas em todas as dimensões com exceção da subescala orgasmo que teve a melhor pontuação nas participantes que tinham sido operadas há menos de um ano. O valor mais

baixo de FSFI total foi obtido pelas participantes operadas à menos de um ano. As diferenças são estatisticamente significativas para as subescalas excitação sexual, $U=376.000$, $p=.026$; e para o FSFI total, $U=387.500$, $p=.038$, para as restantes escalas não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

H2 - O FSFI nas componentes de desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual é mais elevado nas mulheres com iniciativa para a actividade sexual.

Perante os resultados obtidos constata-se que as mulheres que têm a iniciativa sexual e/ou as que a partilham com o companheiro obtêm pontuações mais elevadas na maioria das subescalas comparativamente com aquelas que deixam a iniciativa sexual ao companheiro. As participantes cujo companheiro é que tem predominantemente a iniciativa sexual obtiveram os valores mais altos na lubrificação e os mais baixos no FSFI total. Deste modo, as diferenças encontradas são estatisticamente significativas para todas as subescalas.

H3 - O FSFI nas componentes de desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual é mais elevado nas mulheres que tiveram mais informação sobre a histerectomia.

Através da análise dos resultados verificou-se que as participantes que obtiveram informação sobre a histerectomia obtiveram os valores mais elevados na maioria das escalas, enquanto, as que não tiveram informação obtiveram as pontuações mais altas nas subescalas lubrificação e dor. Constataram-se diferenças estatisticamente significativas para todas as subescalas com excepção da subescala dor.

H4 - O FSFI nas componentes de desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual, dor sexual é mais baixo nas mulheres com maior tempo de relacionamento.

De acordo com os valores obtidos verifica-se que as mulheres com maior tempo de relacionamento apresentam valores inferiores na maioria das subescalas do FSFI, com exceção das subescalas lubrificação e dor. Relativamente ao valor do FSFI total, constata-se que as pontuações mais elevadas foram obtidas pelas participantes com menor tempo de relacionamento (0-5 anos), enquanto os valores mais baixos foram obtidos pelas participantes com maior tempo de relacionamento (> 20 anos). Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as escalas.

COMPARAÇÃO DAS ESCALAS UTILIZADAS (HADS, SF36V2 E FSFI)

Após a análise dos resultados podemos verificar que as participantes do grupo controlo apresentam pontuações superiores nas escalas depressão, ansiedade, componente física, desejo sexual, excitação sexual, orgasmo e satisfação comparativamente com as participantes submetidas a histerectomia. Estas apresentam valores médios superiores nas subescalas: componente mental, lubrificação e dor. Pode-se constatar que as participantes do grupo controlo apresentam um valor de FSFI total superior (MR=98.98) ao das histerectomizadas (MR=56.71). De acordo com estes valores verifica-se a existência de diferenças significativas para a componente física, componente mental, desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e FSFI total. (Anexo 13)

COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DO SF-36 E FSFI TOTAL

Após a análise da relação existente entre as pontuações obtidas com SF-36 e com o FSFI, verificou-se a existência de uma relação linear de intensidade média ($r=.595$), medida através do coeficiente de regressão de Spearman entre a componente mental da

qualidade de vida e a componente física. As relações existentes entre o FSFI e a componente física ($r=.217$) e a componente mental ($r=.013$) são baixas e fracas. Este indicador foi calculado para todo o grupo em análise. (Anexo 13)

COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO ENTRE SF-36 E FSFI TOTAL POR GRUPO

Quando analisados os grupos em separado, verifica-se que a relação existente entre os valores dos questionários do indicador SF-36 (qualidade de vida) e do indicador FSFI, é moderada para o grupo submetido a histerectomia, mas fraca para o grupo controlo. Verificou-se a existência de uma relação linear de intensidade média, entre a componente mental da qualidade de vida e a componente física ($r=.595$), entre o FSFI e a componente física ($r=.610$) e entre o FSFI e a componente mental ($r=.507$). (Anexo 13)

REGRESSÃO MÚLTIPLA

Realizou-se uma análise através da regressão múltipla entre o FSFI e a qualidade de vida (componente física e componente mental) uma vez que o tema do nosso estudo incide sobre o funcionamento sexual e a qualidade de vida.

A regressão múltipla permite prever os valores da variável dependente a partir de um conjunto de variáveis independentes. No caso da regressão múltipla pretende-se avaliar o contributo de duas (ou mais) variáveis independentes sobre a variável dependente. Uma fase importante da regressão múltipla é avaliar separadamente o contributo de cada variável independente para a explicação da variável dependente; esse contributo pode ou não ser significativo, pode ser complementar ou pode sobrepor-se.

Perante os valores obtidos verifica-se que o valor médio de FSFI total obtido pelas participantes foi de $22.78(\pm 3.0)$, enquanto na componente física obteve-se uma pontuação média de $66.52(\pm 9.34)$ e na componente mental de $53.20(\pm 13.1)$. Constata-se a existência de uma correlação moderada e significativa entre a componente física e a componente

mental ($r=.545$, $p=.000$) e entre a componente física e o FSFI ($r=.356$, $p=.000$). A componente mental correlaciona-se fracamente e negativamente com o FSFI ($r=-.011$, $p=.894$), no entanto, esse valor não é significativo.

Da análise dos resultados constata-se também, que $R^2=.186$, ou seja, o conjunto dos dois preditores da qualidade de vida (componentes física e mental) explicam 18.6% da variação do FSFI (com um erro estimado de 2,72). A componente física é responsável por 12,7% da variação do FSFI enquanto a componente mental por 5.9%. O modelo de regressão é significativo [$F(2,159)=18.212$, $p=.000$], ou seja, a qualidade de vida através das suas duas componentes apresenta um contributo significativo na explicação da variação do funcionamento sexual. No nosso estudo, a componente física tem mais importância que a componente mental no funcionamento sexual. Embora o efeito de ambos os preditores seja significativo, o efeito da componente física ($\beta=.515$, $t=6.033$, $p=.000$) é maior que o efeito da componente mental ($\beta=.291$, $t=3.411$, $p=.001$). (Anexo 14)

REGRESSÃO MÚLTIPLA DO GRUPO SUBMETIDO A HISTERECTOMIA

Perante os resultados obtidos fez-se uma nova regressão ao grupo submetido a histerectomia e verifica-se que o valor médio de FSFI total obtido pelas participantes foi de 21.42(± 2.51), enquanto na componente física obteve-se uma pontuação média de 63.68(± 11.6) e na componente mental de 56.12(± 10.46). Constata-se a existência de uma correlação moderada e significativa entre a componente física e mental ($r=.661$). Verificaram-se correlações moderadas e significativas entre o FSFI e a componente física ($r=.611$) e a mental ($r=.529$).

Da análise dos resultados constata-se também, que $R^2=.401$, ou seja, o conjunto dos dois preditores da qualidade de vida (componentes física e mental) explicam 40.1% da variação do FSFI (com um erro estimado de 1,98). A componente física é responsável por 37.4% da variação do FSFI. O modelo de regressão é significativo [$F(2,64)=21.45$, $p=.000$], ou seja, a qualidade de vida através das suas duas componentes apresenta um contributo significativo na explicação da variação do funcionamento sexual. No nosso estudo, a

componente física tem mais importância que a componente mental no funcionamento sexual. Embora o efeito de ambos os preditores seja significativo, o efeito da componente física ($\beta=.464$, $t=3.599$, $p=.001$) é maior que o efeito da componente mental ($\beta=.221$, $t=1.725$, $p=.009$). (Anexo 14).

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Face aos resultados encontrados vamos procurar responder às hipóteses previamente delineadas no estudo. Assim dentro das possibilidades metodológicas, orientámos a nossa discussão para o estudo de possíveis associações entre as variáveis, mais do que relações de causalidade. Desta forma, vamos elaborar uma síntese que destaque os resultados que julgamos de maior relevância.

O estudo comparativo verificou algumas diferenças estatisticamente significativas quanto ao domínio sócio-demográfico de ambos os grupos. Relativamente ao estado civil das participantes, a maioria era casada e tinham entre 1 (grupo controlo) a 2 filhos (grupo de mulheres submetidas a histerectomia). Segundo Laumann et al. (1999) em relação ao estado civil, revelam que homens e mulheres casados apresentam menos problemas ao nível do desejo, quando comparados com indivíduos solteiros e divorciados. A investigação sugere igualmente uma maior tendência para dificuldades orgásticas nas mulheres não casadas, comparativamente às mulheres casadas. A presença e o número de filhos, parecem poder influenciar a vida sexual dos casais e a resposta sexual feminina. Por exemplo, Call e colaboradores (1995) analisaram os resultados de um inquérito envolvendo 6.785 pessoas tendo verificado que a frequência dos encontros sexuais nos casais com filhos pequenos era significativamente inferior, comparativamente a não ter filhos ou ter filhos mais velhos. Curiosamente, e em contraste, verificaram que os casais com filhos com idades entre os 5 e os 18 anos eram aqueles que tinha maior actividade sexual. Num estudo realizado por Witting e colaboradores (2008), as mulheres múltiparas mostraram ter menos problemas orgásticos do que as mulheres nulíparas. De modo geral, a literatura referente ao efeito dos filhos na sexualidade, é ambígua.

No sentido de não se verificar o enviesamento de resultados devido as variações hormonais que ocorrem na menopausa, procedeu-se ao estudo desta variável, tendo sido encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto à fase da menopausa. McCoy

(1992), sugere que a menopausa pode ter um papel importante na resposta sexual das mulheres na meia-idade, de forma directa e indirecta, através de mudanças nos níveis hormonais. A par com a diminuição dos níveis de estrogénio circulante, pode ocorrer alguma mudança no funcionamento sexual feminino, sendo relativamente comuns as queixas de falta de desejo, diminuição da actividade sexual, dor aquando da penetração, diminuição da responsividade sexual, dificuldade em atingir o orgasmo e diminuição das sensações genitais de excitação sexual. Koster e Garde (1993), por exemplo, verificaram, numa amostra de mulheres menopausicas, que a frequência do desejo sexual estava fortemente associada a expectativas negativas quanto aos sintomas da menopausa, especificamente a antecipação de diminuição do desejo sexual. Mansfield, et al. (2000), contestam o modelo puramente biomédico, argumentando a importância de outros factores contextuais capazes de explicar melhor o declínio no funcionamento sexual feminino na meia-idade, nomeadamente o facto de se ter parceiro ou de ser casado, a idade ou a auto-avaliação da saúde como sendo fraca e a antecipação dos sintomas menopausicos. No entanto, não existem certezas quanto ao efeito directo ou indirecto da menopausa na sexualidade.

Ansiedade e Depressão

- Após a análise das diversas variáveis em estudo para as escalas ansiedade e depressão, verificaram-se algumas diferenças, mas estas não foram estatisticamente significativas.
- Constataram-se que os resultados obtidos para a escala ansiedade enquadram-se na ansiedade ligeira para ambos os grupos (submetido a histerectomia e grupo controlo).
- Na escala depressão estes encontram-se dentro dos valores da normalidade para ambos os grupos.
- Perante estes valores rejeitou-se a hipótese H1.1.

A ansiedade relacionada à perda do útero e o próprio desconhecimento do corpo feminino e da função dos órgãos envolvidos na excitação e no prazer sexual podem interferir de forma desfavorável na qualidade de vida sexual. Segundo Segal (2004), o medo de sentir dor também pode estar presente na mulher, provocando uma atitude de evitamento em relação ao sexo. Bare e Smeltzer (2002) salientam a importância de explicações e informações claras sobre o procedimento cirúrgico e suas possíveis consequências a fim de aliviar a ansiedade.

Relativamente à depressão a revisão de Khastgir, Studd e Catalão (2000) mostraram que os efeitos adversos psicológicos não são directamente resultado das histerectomias. As queixas de depressão em mulheres histerectomizadas, encontram-se presentes no período pré-operatório, principalmente no momento em que as mulheres se deparam com a notícia da necessidade da remoção do útero e a consequente perda da fertilidade. Naquele momento é percebida a importância que o útero tem, associando a sua ausência com a perda do desejo sexual e libido.⁽⁷¹⁾

O sofrimento psíquico após a histerectomia pode ser o resultado da idade, da situação geral da vida da mulher, ou seja, a saída dos filhos de casa, a doença dos pais a tristeza pela perda da atracção, fertilidade e juventude e não pela perda fisiológica do estrogénio (no caso de remoção dos ovários).⁽⁷²⁾

As mulheres com transtornos psiquiátricos pré-existentes podem estar em maior risco para a morbidade psiquiátrica pós-histerectomia.

Idade

Relativamente à influência da variável idade na qualidade de vida e no funcionamento sexual, existem estudos que antevêm um declínio progressivo destas à medida que a idade aumenta.

Face aos resultados obtidos na escala qualidade de vida, verificou-se que:

- A faixa etária dos 30-34 anos apresenta valores mais elevados para as dimensões: funcionamento físico, desempenho físico, funcionamento social, e componente física.
- A faixa dos 50-55 anos apresenta os valores mais elevados nas dimensões dor corporal e desempenho emocional.
- No entanto, essas diferenças não são estatisticamente significativas.
- Perante estes valores rejeitou-se a hipótese H1.2a.

Nas dimensões do índice de funcionamento sexual:

- A faixa etária dos 30-34 anos, apresentou o valor mais elevado para a lubrificação.
- A faixa dos 35-39 anos apresentou os valores médios mais elevados nas dimensões excitação e orgasmo.
- A faixa dos 45-49 anos apresentou valores médios mais elevados para as dimensões: desejo sexual, satisfação sexual e FSFI total.
- Enquanto, a faixa etária dos 50-55 anos apresentou os valores mais baixos para a as dimensões desejo sexual, excitação, orgasmo, satisfação e FSFI total.
- De acordo com os resultados obtidos rejeitou-se a hipótese H1.3a.

Estes resultados são corroborados por grande parte dos estudos que indicam maioritariamente uma tendência para um decréscimo progressivo no desejo sexual, na excitação sexual, na lubrificação e no orgasmo conforme a idade vai aumentando. Com a idade também são observadas alterações anatómicas incluindo uma diminuição do comprimento vaginal, o tecido vaginal torna-se mais fino e menos elástico, dá-se a

retracção dos grandes lábios, adelgaçamento dos pequenos lábios, perda da sensibilidade e redução do clítoris, diminuição do tônus muscular do períneo e deterioração da plataforma orgástica.⁽²²⁾ Um estudo de Lorenzi e Baracat mostrou uma prevalência de disfunções sexuais em mulheres na faixa etária dos 35 aos 59 anos de 25% a 33% e de 51% a 75% entre as de 60 a 65 anos de idade. Hawton e colaboradores (1994), numa amostra comunitária de 436 mulheres e respectivos companheiros, verificaram que as mulheres com idades mais jovens e um bom ajustamento marital tinham encontros sexuais mais frequentes e obtinham mais orgasmos e prazer com a actividade sexual. Num estudo que envolveu 156 casais em idades mais avançadas e relações de longa duração, Levenson e colaboradores (1995) verificaram que, nos casais insatisfeitos, a área sexual constituía uma das principais fontes de descontentamento marital. Na mesma linha, o estudo de Haavio-Mannila e Kontula (1997), mostrou que, nas mulheres, a descrição mais frequente da actividade sexual como sendo “muito agradável” acontecia por volta dos 30 anos e depois começava a diminuir de frequência, de modo consistente, até aos 60 anos. Outros estudos mostram que, nas mulheres, tal como nos homens, a actividade sexual tende a diminuir com a idade mas que, ao contrário do que acontece nos homens, em que essa diminuição tem a ver com problemas de saúde, nas mulheres tem sobretudo a ver com a ausência de um parceiro funcional. No entanto, no estudo de Laumann e colaboradores (1999) a idade revelou não estar significativamente associada a problemas a nível do orgasmo feminino, foi mesmo encontrada uma diminuição das dificuldades orgásticas com a idade, e que, à excepção da lubrificação, a idade pode ter um papel muito positivo em várias dimensões das experiências sexuais femininas.

Prática religiosa

Os resultados obtidos para a variável prática religiosa relativamente à qualidade de vida indicaram que:

- As participantes não praticantes alcançaram as pontuações médias mais elevadas nas dimensões: funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade e saúde mental.
- As participantes não praticantes também obtiveram as pontuações médias mais elevadas nos totais da qualidade de vida: componente física e componente mental.
- As participantes praticantes obtiveram a pontuação média mais elevada na dimensão desempenho emocional
- As participantes sem religião, obtiveram os valores mais altos na dimensão funcionamento social.
- Constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em algumas dimensões – rejeita-se H1.2b.

Relativamente ao FSFI constatou-se que:

- As participantes sem religião obtiveram as pontuações mais elevadas em todas as dimensões, com exceção da subescala desejo sexual obtida pelas participantes não praticantes e lubrificação obtida pelas participantes praticantes.
- O valor mais baixo no FSFI total foi obtido pelas participantes com prática religiosa.
- Perante os resultados obtidos verificamos que as diferenças obtidas são estatisticamente significativas em algumas dimensões - rejeita-se a hipótese H1.3b.

A maior parte das investigações tem demonstrado que os indivíduos religiosos e aqueles que são mais devotos, tendem a ser sexualmente mais conservadores do que os que não professam qualquer religião, ou são ateístas ou que não praticam a sua religião de modo activo. Sneddon e Kremer (1992) encontraram também uma relação negativa entre religiosidade e abertura à experiência sexual numa amostra de estudantes no norte da Irlanda. Este estudo mostrou ainda que as mulheres e os frequentadores regulares da igreja tendem a preocupar-se mais com a permissividade e a promiscuidade que os homens e os frequentadores irregulares da igreja. Davidson e colaboradores (1995) encontraram diferenças significativas a nível da idade de iniciação sexual, atitudes face ao sexo não-procriativo e culpa relativamente à masturbação, em função do grau de religiosidade (frequência de idas à igreja). Em Portugal, Alferes (1997), encontrou também o factor religiosidade negativamente associado à experiência e às atitudes sexuais. De modo geral, o maior grau de prática religiosa tem mostrado estar relacionado com uma maior abstinência sexual, menos actividade sexual, menor número de parceiros sexuais e adiamento da idade de início da actividade sexual. Contudo, de acordo com os resultados encontrados por Smith (1998), a frequência da actividade sexual não mostrou associação com a religião. Num estudo recente, realizado com uma amostra de 1413 jovens adultos, Ahrold, et al. (2010) verificaram que mesmo quando se controlavam diferenças individuais em termos de espiritualidade, as mulheres religiosas referiam significativamente menos fantasias sexuais do que as não religiosas (ateístas e agnósticas).

Habilitações literárias e nível sócio-económico

- As mulheres pertencentes ao grupo controlo apresentaram um nível de escolaridade superior às do grupo submetido a histerectomia e detêm as profissões mais qualificadas.
- Constatou-se que as participantes com um nível de escolaridade mais elevado (10º-12º ano) são as que apresentaram pontuações médias superiores nas escalas da qualidade de vida e do funcionamento sexual.

- As pontuações mais elevadas na dimensão dor foram obtidas pelas mulheres com menos habilitações (2º ciclo).
- Os grupos pertencentes ao nível sócio-económico médio e elevado apresentam as pontuações mais elevadas na maioria das escalas da qualidade de vida e do funcionamento sexual.
- Estes resultados não vão de encontro às hipóteses H1.2c e a H1.3c; H1.2d e a H1.3d.

O nível educacional é uma variável que tem mostrado estar fortemente associada com a problemática sexual, sendo que as mulheres menos instruídas, em comparação com as que têm mais estudos, apresentam maior frequência de problemas de desejo sexual e orgasmo.⁽⁸⁷⁾ Quanto ao estatuto socioeconómico, Hawton e colaboradores (1994), não encontraram associação com o orgasmo ou o prazer na actividade sexual. Barrientos e Páez (2006) encontraram mais relatos de “elevado funcionamento e satisfação sexual” nas classes médias e altas (cerca de 49% das mulheres nestas classes) e percentagens mais baixas (37%) em mulheres com um nível socioeconómico mais baixo. Alguns estudos de Rogers (1996), sugerem que as mulheres activas, sobretudo quando têm trabalhos muito exigentes e a tempo inteiro e, adicionalmente, papéis familiares que lhes exigem um grande desdobramento e níveis de energia suplementares, podem ter menor disponibilidade para o relacionamento íntimo, interferindo na qualidade da expressão sexual. Alguns estudiosos defendem que, pelo contrário, o facto de uma mulher ter um emprego e uma remuneração, traz consigo a oportunidade de reforçar o seu sentido de competência e de ter maior suporte social, aumenta o seu poder na família, contribui para diminuir as restrições financeiras da familiar e portanto pode melhorar o relacionamento conjugal e íntimo. Deste modo, as mulheres com mais informações e conhecimentos e com um nível sócio-económico mais elevado estão mais atentas ao seu corpo, estão mais conscientes do seu problema, têm maior capacidade para procurar, aceder e assimilar a informação sempre

que são confrontadas com alguma situação adversa a nível da qualidade de vida ou a nível do funcionamento sexual, podem recorrer mais facilmente a estratégias de coping, adoptarem comportamentos adaptativos ou de encontrarem soluções adequadas de modo a ultrapassarem-nos. Assim, as mulheres com um alto nível educacional e social funcionam sexualmente melhor.

Grupo submetido a histerectomia e grupo controlo

- Na qualidade de vida as pontuações mais elevadas foram obtidas pelo grupo histerectomizado nas dimensões: desempenho emocional, desempenho físico, funcionamento social e saúde mental.
- O grupo de controlo obteve uma melhor pontuação na componente física e o grupo submetido a histerectomia na componente mental.
- As hipóteses em estudo não se verificam para as dimensões da qualidade de vida, deste modo rejeita-se H1.2e.
- No funcionamento sexual, as participantes do grupo controlo apresentam as pontuações mais elevadas em todas as escalas com excepção da lubrificação e dor que foram obtidos pelas participantes submetidas a histerectomia, deste modo rejeita-se a hipótese H1.3e.

Relativamente à importância das intervenções ginecológicas na sexualidade feminina, os estudos são contraditórios e nem sempre conclusivos. Outros estudos mostram que a histerectomia e a ooforectomia bilateral por exemplo, constituem importantes preditores de dificuldades sexuais. Para Flory et al., (2006), a histerectomia pode ter efeitos positivos ao nível da resposta sexual feminina. Bradford e Meston (2007) sublinham a importância da educação acerca dos potenciais efeitos negativos na sexualidade, como forma de minimizar esses mesmos efeitos e de aumentar a satisfação sexual e a satisfação com a histerectomia. Aspectos que podem interferir na sexualidade após a histerectomia são a lubrificação vaginal que diminui, mas ao longo deste estudo, foram poucas as participantes

submetidas a histerectomia que se queixaram desse facto. Tendo-se verificado ao longo do estudo que as mulheres submetidas a histerectomia apresentaram sempre pontuações superiores ao grupo controlo quanto à lubrificação. Existe no entanto, uma relação entre a histerectomia e o aumento da frequência de dispareunia devido ao encurtamento da vagina, acarretando dor na sua parte média e profunda, prejudicando a penetração, a libido e o orgasmo o que pode afectar a harmonia e a vida sexual do casal.^(68,69)

Tipo de cirurgia

- As mulheres submetidas a histerectomia sem anexectomia obtiveram as pontuações mais elevadas na maioria das escalas da qualidade de vida (excepto na vitalidade) e do funcionamento sexual (excepto na lubrificação e dor).
- Verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as subescalas da QV (com excepção da dor corporal e vitalidade) e do funcionamento sexual (com excepção da subescala orgasmo).
- Rejeita-se H1.2f e H1.3f.

O funcionamento sexual e a qualidade de vida, na maioria dos casos não é afectado pela histerectomia, no entanto, algumas cirurgias lesam vasos importantes que nutrem os ovários. Destaca-se o tecido cicatricial produzido pela operação que pode interromper o fluxo de sangue aos órgãos genitais. Além disso, o nervo do plexo hipogástrico inferior, que contém os nervos simpático e parassimpático que comunicam directamente com os órgãos genitais pode ser danificado.⁽⁶⁸⁾ Em 1/3 das mulheres a intensidade e satisfação do orgasmo pode variar subjectivamente após a cirurgia. Isto pode ser devido à ausência de contracção uterina. Uma vez que as contracções uterinas estão relacionadas com a excitação sexual e o orgasmo. No entanto, isso não afecta totalmente a satisfação sexual obtida durante o acto sexual.⁽⁶⁹⁾

Via de acesso

- A maioria das pontuações médias mais elevadas ocorreu nas participantes submetidas a histerectomia vaginal em ambas as escalas da qualidade de vida e do funcionamento sexual.
- Rejeita-se H1.2g e H1.3g.

Existem dados na literatura que apontam uma superioridade da via vaginal sobre a abdominal quando se avalia a: duração da cirurgia,⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾ a incidência de complicações intra e pós-operatórias, o tempo de internamento, o custo do procedimento e o tempo de recuperação⁽⁶¹⁾, no entanto, tem-se demonstrado uma prevalência de incontinência urinária. Mesmo havendo vantagens da via vaginal sobre as outras vias, na grande maioria dos países observa-se um predomínio da via abdominal sobre a vaginal como nos EUA,⁽⁶⁷⁾ chegando à proporção de três histerectomias por via abdominal para uma por via vaginal. O mesmo acontecendo na Finlândia (89%) na Dinamarca (80%), na Inglaterra (74%), e em menores proporções na Holanda (54%)⁽⁶⁸⁻⁶⁹⁾ e em Portugal. O predomínio da via abdominal sobre a vaginal talvez se deva a inúmeros factores como: facilidade da remoção do órgão por ampla incisão abdominal quando comparada à exígua amplitude da via vaginal, dificuldade de treino em cirurgia vaginal, alta incidência de cesarianas ou cirurgias pélvicas anteriores, ausência de critérios precisos para a selecção de pacientes, que, somados à falta de informação das mesmas sobre as diferentes vias de acesso ao útero, fazem com que se crie uma crença de que a histerectomia vaginal se restringe aos casos em que há prolapso uterino.

Tempo de cirurgia

- Constata-se através dos resultados obtidos, que quanto maior o tempo decorrido após a cirurgia melhor a QV.
- No FSFI constata-se que as participantes que foram submetidas a cirurgia num período >1 ano obtiveram as pontuações médias mais elevadas em todas as

dimensões com excepção da subescala orgasmo que teve a melhor pontuação nas participantes que tinham sido operadas há menos de um ano.

- O valor mais baixo de FSFI total foi obtido pelas participantes operadas há menos de um ano.
- Aceita-se a hipótese H1.2h e rejeita-se H1.3h.

É no primeiro ano após a cirurgia que a doente manifesta maiores dificuldades, sendo estas provocadas pela sua nova condição. Rhodes et al., avaliaram a função sexual a 1101 pacientes com idades entre os 35 e 49 anos antes da histerectomia e após os 6, 12, 18 e 24 meses e verificaram que a percentagem de mulheres que manteve relações sexuais aumentou significativamente de 70,5% antes da histerectomia para 77,6% após os 12 meses e 76,12%, 24 meses depois da histerectomia. O índice de dispareunia caiu significativamente de 18,6% antes para 4,3% aos 12 meses e 3,6% após os 24 meses. O número de mulheres que não tinha orgasmos caiu de 7,6% para 5,2% e 4,9% aos 12 e 24 meses após a cirurgia. A lubrificação vaginal durante o acto sexual aumentou de 37,3% para 46,8% e 46,7% aos 12 e 24 meses. Neste estudo verificaram que a função sexual e a frequência da actividade sexual melhoraram após a histerectomia.

Iniciativa Sexual

- As mulheres que têm a iniciativa sexual e/ou as que a partilham com o companheiro obtiveram pontuações mais elevadas na maioria das subescalas do funcionamento sexual comparativamente com aquelas que deixaram a iniciativa sexual ao companheiro.
- As participantes cujo companheiro é que tem predominantemente a iniciativa sexual obtiveram os valores mais altos na lubrificação.
- As participantes cujo companheiro é que tem predominantemente a iniciativa sexual obtiveram os valores mais baixos no FSFI total.

- As diferenças encontradas são estatisticamente significativas para todas as escalas - aceita-se H2.

De modo geral, as mulheres que referem iniciativa sexual apresentam maior abertura e conforto em relação à sua sexualidade, sendo também as que mais frequentemente relatam maior frequência da actividade sexual, melhor funcionamento e maior satisfação com a componente sexual. Heiman e LoPiccolo (1988) descreveram um conjunto de mitos sexuais característicos de mulheres com problemas sexuais, aos quais estariam subjacentes crenças sexuais relacionadas com o conservadorismo sexual. Também Hawton (1985) chamou a atenção para alguns mitos femininos, nomeadamente reflectindo o duplo padrão sexual, permissivo e exigente para o homem e permissivo para a mulher, entre os quais a noção de que “um homem não pode dizer não ao sexo/ uma mulher não pode dizer sim ao sexo”, “qualquer mulher que inicie uma relação sexual é imoral”, “a masturbação no âmbito de uma relação sexual é errada”, ou “é errado ter fantasias durante uma relação”, por exemplo. No estudo de Nobre e Pinto-Gouveia (2006), verificaram que as mulheres com diagnóstico de disfunção sexual revelaram ter um número significativamente superior de crenças sexuais disfuncionais relacionadas com o papel da idade (e.g., “após a menopausa a mulher deixa de sentir desejo sexual”) e com a importância da imagem corporal e da beleza física no funcionamento feminino (e.g., “mulheres fisicamente pouco atraentes não conseguem ser felizes”). Crenças sexuais conservadoras e crenças na actividade sexual como pecado (“ter prazer durante uma relação sexual não é correcto numa mulher de bem”), Aumentar o conhecimento da mulher acerca da sua própria resposta sexual e desmistificar estes mitos e falsos conceitos irá também facilitar a comunicação ao companheiro acerca das suas preferências sexuais ou daquilo que lhe dá mais prazer.

Informação sobre a histerectomia

- As participantes que obtiveram informação sobre a histerectomia obtiveram os valores mais elevados na maioria das escalas.
- As participantes que não tiveram informação obtiveram as pontuações mais altas nas subescalas lubrificação e dor.
- Constataram-se diferenças estatisticamente significativas para todas as subescalas com excepção da subescala dor - rejeita-se H3.

O desconhecimento do próprio corpo e da função dos órgãos envolvidos na excitação e no prazer sexual podem interferir de forma desfavorável no funcionamento e na qualidade de vida sexual.⁽⁷⁶⁾

As mulheres que fazem histerectomia raramente são informadas sobre os potenciais efeitos sobre a sua função sexual. Declaram que só lhes é fornecida informação acerca da cirurgia propriamente dita e pouca ou nenhuma informação lhes é transmitida acerca das alternativas ou vantagens ou desvantagens dos diferentes tipos de histerectomia, o que esperarem após a cirurgia e os efeitos a nível sexual., deste modo, a mulher deve estar bem informada sobre tudo o que irá acontecer para não sofrer impactos negativos após a cirurgia. Sabemos que a histerectomia no momento actual, não altera tanto a sexualidade como antigamente mas os medos e dúvidas de uma mulher histerectomizada são muitos e passam principalmente pela área psicológica.

Tempo de relacionamento

As mulheres com maior tempo de relacionamento apresentam valores inferiores na maioria das subescalas do FSFI, com excepção das subescalas lubrificação e dor.

- Relativamente ao valor do FSFI total, constata-se que as pontuações mais elevadas foram obtidas pelas participantes com menor tempo de relacionamento (0-5 anos).
- Os valores mais baixos foram obtidos pelas participantes com maior tempo de relacionamento (> 20 anos).

- Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as escalas - aceita-se H4.

Fugl-Meyer e Fugl-Meyer no seu estudo encontraram uma relação directa entre a diminuição do desejo a maior duração do relacionamento. Klusmann (2002), encontrou algumas particularidades ligadas ao género, designadamente o facto de o desejo sexual feminino ter tendência a diminuir com o número de anos em conjunto; por outro lado, verificou que o desejo de carinho e proximidade emocional aumentava nas mulheres e diminuía nos homens. Segundo Byers e Wang (2004), uma possível explicação para a diminuição da frequência sexual em relacionamentos de longa duração, poderá estar relacionada com o balanço entre ganhos e custos sexuais, nomeadamente a frequente percepção que tende a existir nos casais, com o decorrer dos anos, quanto à diminuição nos ganhos devido a fenómenos de habituação ou diminuição do efeito de novidade. Deste modo, a relação entre a mulher e o seu parceiro é um importante factor de previsão da qualidade de vida sexual que ela esperará usufruir no período pós-operatório. As mulheres com dificuldade na relação ou ambivalentes relativamente ao parceiro, correm maior risco de deterioração da sexualidade. Se, por um lado, a duração do relacionamento afecta a frequência e qualidade do relacionamento sexual, diferenças entre os géneros e factores relacionais parecem determinantes dos padrões sexuais desenvolvidos pelo casal. No entanto, e embora a maioria dos estudos mostre que a actividade sexual pode tornar-se menos frequente ao longo do tempo da relação, outros dados indicam que ela não se torna necessariamente menos prazerosa, sendo que os níveis de satisfação sexual podem manter-se idênticos ao longo dos anos. Portanto, pode-se dizer que alguns transtornos sexuais podem não apresentar vínculo directo com a variável histerectomia, e sim com outros factores intervenientes como a falta de oportunidade na relação sexual, pela presença de conflitos não resolvidos, o facto de a pessoa não se sentir amada, ou a distância emocional experienciada pelos parceiros, ou por uma doença do parceiro, ou

até mesmo ter como factor inibidor o relacionamento marital pobre podem reflectir-se de forma marcante na qualidade da interacção sexual e no funcionamento sexual.^(74,75)

No final deste estudo verificou-se que as participantes do grupo controlo apresentaram:

- Um valor de ansiedade superior (MR=82.40) ao do grupo submetido a histerectomia (MR=80.22);
- Um valor de depressão superior (MR=85.96) ao do grupo submetido a histerectomia (MR=75.17);
- Um valor na componente física total da qualidade de vida superior (MR=88.71) relativamente ao do grupo submetido a histerectomia (MR=71.19);
- Um valor na componente mental total da qualidade de vida inferior (MR=74.71) ao do grupo submetido a histerectomia (MR=91.13);
- O FSFI total obtido foi superior (MR=98.98) ao do grupo submetido a histerectomia (MR=56.71).

Da análise dos resultados totais constata-se que, o conjunto dos dois preditores da qualidade de vida (componentes física e mental) explica 18.6% da variação do FSFI. A componente física é responsável por 12,7% dessa variação. Na análise ao grupo submetido a histerectomia verifica-se que o conjunto dos dois preditores da qualidade de vida (componentes física e mental) explica 40.1% da variação do FSFI. A componente física é responsável por 37.4% dessa variação.

CAPÍTULO V – CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Neste estudo verificou-se que as mulheres submetidas a histerectomia apresentaram valores mais baixos na componente física da QV e no FSFI e os valores mais elevados na componente mental da QV comparativamente com o grupo controlo. A qualidade de vida através das suas duas componentes apresentou um contributo significativo na explicação da variação do funcionamento sexual. Constatou-se também, que a componente física possui mais importância que a componente mental no funcionamento sexual. No entanto, a maioria dos estudos publicados sobre o tema demonstram que a histerectomia não apresenta qualquer efeito sobre a sexualidade da mulher e que em alguns casos, pode mesmo melhorá-la.

Acreditamos ser fundamental que as mulheres e os parceiros recebam informações adequadas dos profissionais de saúde, a fim de dissiparem os seus medos de que a histerectomia pode afetar a atracção ou a resposta sexual. Os esforços devem ser direccionados para fornecer informações precisas e actuais, que incluam aspectos físicos e psicossociais da histerectomia de modo a desmistificar as crenças e equívocos que são transmitidos de geração em geração.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As principais limitações deste estudo foram a dificuldade em reunir todos os documentos necessários para obter a autorização da comissão de ética da Maternidade Dr. Alfredo da Costa para a realização do estudo.

Tentámos ultrapassar o facto da recolha da amostra ter sido efectuada num único local, em contexto hospitalar, através da elaboração de critérios de inclusão e exclusão da amostra, que reduzissem a probabilidade de enviesamento do estudo.

As dimensões da amostra clínica são reduzidas (com apenas n=67 indivíduos) sendo uma amostra de conveniência e não-representativa da população o que, no mínimo, limita a possibilidade de quaisquer conclusões minimamente robustas e generalizáveis às populações donde a amostra foi retirada.

Com o mesmo intuito, foi também efectuado um pré-teste que visava colmatar algumas possíveis falhas no preenchimento do instrumento de colheita de dados, no sentido da maximização da validade dos resultados. A aplicação de um questionário com aspectos tão íntimos e intrusivos relativos à sexualidade e o facto, das participantes terem de se deslocar propositadamente à MAC para responderem ao questionário foram entraves importantes do estudo, no entanto, os esclarecimento de dúvidas, a disponibilidade da investigadora e a relação estabelecida por telefone e, mais tarde, pessoalmente foram factores determinantes para tentar ultrapassar esta limitação. O facto de o questionário ser de auto preenchimento acarretou algumas dúvidas e dificuldades de compreensão que puderam ser esclarecidas no momento. Outra das limitações refere-se ao facto de apenas se avaliar o funcionamento sexual das mulheres, quando, para uma melhor compreensão deste conceito deveria ter sido efectuada a avaliação do casal. Tal como sucede em vários estudos sobre sexualidade, a taxa de resposta desta investigação verificou-se baixa, o que reduz, de modo significativo, a dimensão da amostra.

Em termos das escalas utilizadas, julgamos que os cuidados tidos no estudo psicométrico foram suficientes na contribuição para a fiabilidade dos resultados, no entanto, estes devem ser interpretados com a devida prudência. Do ponto de vista da validade interna, salienta-se as limitações resultantes dos instrumentos usados e da dificuldade em controlar as múltiplas variáveis que, casualmente, possam ter interferido nos dados obtidos.

Por outro lado, este estudo assenta em instrumentos de avaliação subjectiva, de auto-resposta, pelo que é de considerar a possibilidade de ocorrerem enviesamentos na percepção e no acesso às memórias, reflectindo-se nas respostas. Uma sugestão para contornar esta limitação passaria pelo recurso a metodologias mais controladas, de cariz experimental. Além disso, o estudo tem um desenho transversal, o que dificulta a determinação da causalidade nas relações encontradas. Para ajudar a esclarecer estas questões, seriam necessários estudos longitudinais prospectivos ou experimentais.

Estas foram as limitações que se consideraram mais relevantes, embora possam existir outras que não foi possível identificar no decurso da investigação.

Para finalizar, apresentam-se algumas sugestões para futuras investigações:

- Comparar a função e satisfação sexual antes e após a histerectomia.
- Avaliar o impacto da histerectomia sobre a sexualidade, à luz do olhar dos parceiros, que são esquecidos e relegados para segundo plano.
- Uma abordagem mais qualitativa deve ser incluída em futuras investigações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion [online] 2010. Disponível em: <http://www.cdc.gov/search.do?q=hysterectomy&spell=1&ie=utf8>
2. Graves EJ. National hospital discharge survey: annual summary, 1990. National Center for Health Statistics; 1992, Vital Health Stat Series 13, No 112.
3. Bachmann GA. Hysterectomy. A critical review. *J Reprod Med* 1990 Sep; 35(9):839-62.
4. Sutton C. Hysterectomy: a historical perspective. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1997 Mar; 11(1):1-22.
5. Lepine LA, Hillis SD, Marchbanks PA, Koonin LM, Morrow B, Kieke BA, et al. Hysterectomy surveillance United States, 1980–1993; 1997, *MMWR CDC Surveillance Summary*, 46, 1–15.
6. Pokras R, Hufnagel VG. Hysterectomies in the United States, 1965–1984. Vital and health statistics. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 1987, Series 13, No. 92, DHHS Publication (No. PHS 87-1753).
7. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States, 1988–1990. *Obstetrics and Gynecology*; 1994, 83, 549–555.
8. Van Keep PA, Wildemeersch D, Lehert P. Hysterectomy in six European countries. *Maturitas*; 1983, 5:69-75.
9. Vessey MP, Villard-Mackintosh I, McPherson K et al. The epidemiology of hysterectomy findings in a large cohort study. *Br. J. Obstet. Gynaecol*; 1992, 99, 402-407.
10. Bureau of Census. [online] 2011. Disponível em: http://search.census.gov/search?q=hysterectomy&client=default_frontend&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=default_frontend&sort=date%3AD%3AL%3Ad1&entq=3&oe=UTF-8&ie=UTF-8&ud=1&site=census
11. Meikle S, Brody H, Pysh F. An investigation into the psychological effects of hysterectomy. *Journal of Nervous and Mental Disorders*; 1979,164.

12. Clayton RD. Hysterectomy. Best practice and research. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2006 Feb; 20(1):73-87.
13. Baptista, A. "Mitos e sexualidade feminina". *Acta Portuguesa de Sexologia*, Numero especial do V Congresso Nacional de sexologia, conferencias e resumos.
14. Mead M. Macho e Fêmea: um estudo dos sexos num mundo em transformação. Rio de Janeiro: ed. Vozes Ltda; 1971.
15. Anker LW. Vivências psicológicas associadas à histerectomia: um enfoque psicanalítico. *Rev Psicol Hosp* 1993; 5:20-3.
16. Dennerstein L, Van Hall E. *Psychosomatic Gynaecology: Total Approach to Women's Health Problems*. Medilibris, 1996.
17. Testut L, Latarjet A. *Tratado de Anatomia Humana*. Vol IV. Salvat Editores SA; 1984.
18. Kierszenbaum AL. *Histologia e Biologia Celular: Uma introdução à Patologia*. Elsevier editora Lda; 2004.
19. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de Fisiologia Médica*. Editora Guanabara Koogan SA; 2002.
20. Levine, S. Intrapyschic and individual aspects of sexual desire. In S. Leiblum & R. Rosen (Eds.), *Sexual desire disorders*; 1988, (pp. 21-44). New York: Guilford.
21. Levine, S. Reexploring the concept of sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*; 2002, 28, 39-51.
22. Masters WH, Johnson VE. *A resposta sexual humana*. São Paulo: Roca; 1984.
23. Centerwall BS. Early postoperative mortality following hysterectomy. A Danish population based study, 1977-1981. *Br J Obstet Gynaecol*; 1991 Feb; 98 (2):147-54.
24. Moore MC, Costa CM. *Do you really need surgery?: A sensible guide to hysterectomy and other procedures for women*; 2004, Rutgers University Press. New Jersey.
25. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações*. Climepsi editores; 2002.

26. Kaplan HS. A nova terapia do sexo. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1978. p. 493. 20a) kaplan; 1977.
27. Levine, S. The nature of sexual desire: A clinician's perspective. *Archives of Sexual Behavior*; 2003, 32, 279-285.
28. Martins S, Alterações do Desejo Sexual Masculino. In Fonseca L, Soares C, Vaz JM. *A Sexologia- Perspectiva Multidisciplinar I*. Coimbra. Quarteto Editora, 2003:145-160.
29. Kaplan HS. O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983.
30. Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther*. 2001; 27:33-43.
31. Basson R, Althof S, Davis S, Fugl-Meyer K, Goldstein I, Leiblum S, et al Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med*. 2004; 1:24-34.
32. Lins R, Braga F. O livro de ouro do sexo. Rio de Janeiro. Ediouro; 2005.
33. Heiman J R, LoPiccolo J. *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women* (Rev. ed.): 1988, New York: Prentice-Hall.
34. Aziz A, Bergquist C, Nordholm L, Moller A, Silfverstolpe G. Prophylactic oophorectomy at elective hysterectomy Effects on psychological well-being at 1-year follow-up and its correlations to sexuality. *Maturitas*, 2005; 51: 349–357.
35. De Gelder R, Richters A, Peters L. The integration of a woman's perspective in hysterectomy decisions. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005; 26:53-62.
36. Vollenhoven B. The epidemiology of uterine leiomyomas. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*; 1998, vol 12, Nº. 2, June.
37. Mukhopadhaya N et al. Uterine fibroids: impact on fertility and pregnancy loss. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*; 2007, pp 311-317.
38. Marchionni M et al. Reproductive performance before and after abdominal myomectomy: a retrospective analysis. *Fertility and Sterility*; 2004, Vol. 82, nº. 1, pp. 154-159.

39. Febrasgo. Leiomioma Uterino - manual de orientação. Federação brasileira das sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2004, Editor Nilo Bozzini.
40. Wise LA, Palmer JR, Spiegelman D et al. Influence of body size and body fat distribution on risk of uterine leiomyomata in U.S. black women. *Epidemiology*; 2005, 16: 346-354.
41. Parazzini F, Negri E, La Vecchia C et al. Uterine myomas and smoking. Results from a Italian study. *J Reprod Med*; 1996, 41: 316-320.
42. Pritts EA, Parker WH et al. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertility and Sterility*; 2008.
43. Summers WE, Watson RL, Wooldridge WH et al. Hypertension, obesity and fibromyomata uteri, as a syndrome. *Arch Intern Med*; 1971, 128: 750-754.
44. Pabón IP et al. Pregnancy after uterine fibroid embolization: follow-up of 100 patients embolized using tris-acryl gelatine microspheres. *Fertility and Sterility*; 2008.
45. Chiaffarino F, Parazzini F, La Vecchia C et al. Diet and uterine miomas. *Obstet Gynecol*; 1999, 94: 395-398.
46. Gupta S, Jude J, Manyonda I. Clinical presentation of fibroids. *Best Practice and research clinical Obstetrics and Gynaecology*; 2008, Vol.22, Nº 4, pp 615-626.
47. Marshall LM, Spiegelman D, Barbieri RL et al. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. *Obstet Gynecol*; 1997, 90: 967-973.
48. Katz VL, Lentz GM, Lobo RA and Garshenson DM (eds), (2007). *Comprehensive Gynecology*. 5th edn. Philadelphia: Mosby.
49. Shikora SA, Niloff JM, Bistran BR et al. Relationship between obesity and uterine leiomyomata. *Nutrition* 1991; 7: 193-198.
50. Lemgruber I, Lemgruber M. Histerectomias. In: Oliveira HC, Lemgruber I. *Tratado de ginecologia FEBRASGO*. Rio Janeiro: Revinter; 2000. v. 2, p. 1383-401.
51. Manyonda I. Medical management of fibroids. *Best Practice and research clinical Obstetrics and Gynaecology*; 2008. Vol.22, Nº 4, pp 655-676.

52. Polat D, Ayhan A, Kuscu E. Nerve-sparing radical hysterectomy for cervical carcinoma. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*; 2009, 70, 195-205.
53. Reich H, DeCaprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg* 1989; 5: 213-16.
54. Lopes HB, Pais-Ribeiro JL, Leal IP. Estudos sobre qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia ou anexectomia para tratamento de cancro do útero ou ovário. *Análise Psicológica*, 1999; 3 (XVII): 483-497.
55. Caliri MHL, Cunha AMP. A experiência da mulher ao enfrentar a histerectomia. *Femina*. 1998; 26:749-52.
56. Giffin HM. Nosso corpo nos pertence: a dialéctica do biológico e do social. *Cad Saúde Pública*. 1991; 17:190-200.
57. Fleischer R, Weston GC et al. Pathophysiology of fibroid disease: angiogenesis and regulation of smooth muscle proliferation. *Best Practice and research clinical Obstetrics and Gynaecology*; 2008. Vol.22, Nº 4, pp 603-614.
58. Evans P et al. Uterine fibroid tumors: diagnosis and treatment. *American Family Physician*; 2007, Vol. 75, Nº10, p. 1503-1508.
59. Kilkku P. Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. Effects on coital frequency and dyspareunia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983; 62:141-5.
60. Parazzini F, Negri E, Vecchia C, Luchini L, Mazzopane R. Hysterectomy, oophorectomy, and subsequent ovarian cancer risk. *Obstet Gynecol*; 1993, 81:363-6.
61. Beard CM, Hartmann LC, Atkinson EJ, et al. The epidemiology of ovarian cancer: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, 1935-1991. *Ann Epidemiol* 2000; 10:14-23.
62. Borell U, Fernström I. The adnexal branches of the uterine artery. *Acta Radiol*; 1953, 40:561-82.
63. Hufnagel V, Golant SK. No more hysterectomies. Why is the uterus important? New York, USA: A Plume Book; 1989. p. 81-90.

64. Janson PO, Janson I. The acute effect of hysterectomy on ovarian blood flow. *Am J Obstet Gynecol*, 1977; 127:349-52.
65. Souza AZ, Fonseca AM, Izzo VM, Clauzet RM, Salvatore CA. Ovarian histology and function after total abdominal hysterectomy. *Obstet Gynecol*, 1986; 68:847-849.
66. Siddle N, Sarrel P, Whitehead M. The effect of hysterectomy on the age at ovarian failure: identification of a subgroup of women with premature loss of ovarian function and literature review. *Fertil Steril*, 1987; 47:94-100.
67. Bhattacharya S, Mollison J, Pinion S, et al. A comparison of bladder and ovarian function two years following hysterectomy or endometrial ablation. *Br J Obstet Gynaecol*, 1996; 103:898-903.
68. Dicker RC, Greenspan JR, et al. Complication of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *Am. J. Obstet. Gynecol*, 1982; 144:841-8.
69. Harris, WJ. Complication of hysterectomy. *Obstet. Gynecol. Clin.* 1997; 40:928-38.
70. Hemsell, DL. Infection after gynecologic surgery. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am*, 1989; 16:381-99.
71. Nappi RE; Lachowsky M. Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*, v. 63, n. 2; Jun. 2009. pp. 138-141.
72. Quinn AJ, Barrett T, Kingdom JCP, Murray GD. Relationship between hysterectomy and subsequent ovarian function in a district hospital population. *J. Obstet. Gynaecol.*, 14:103; 1994.
73. Helstrom L, Weiner E, Sorbrom D, Backstrom T. Predictive value of psychiatric history, genital pain and menstrual symptoms for sexuality after hysterectomy. *Acta Obstetrics Gynecology Scandinavia*; 1994, 73, 575–580.
74. Farquhar CM, Harvey SA, Yu Y, Sadler L, Stewart AW. A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 7:11-7.

75. Cabness J. The psychosocial dimensions of hysterectomy: Private places and the inner spaces of women at midlife. *Social Work in Health Care*; 2010, 49, 211-226.
76. Hysterectomy and Sexual Functioning. [On line] disponível em: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/282/20/1934>
77. Nobre P. *Disfunções Sexuais: Teoria, investigação e tratamento*. Lisboa. Climepsi editores; 2006.
78. Ribeiro J. A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*; 1994, 2-3(12), 179-191.
79. WHO. The World Health Organization's WHOQOL-Bref Quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qualis Life Res* 2004; 13:299-310.
80. Fortin MF. *O processo de investigação: da concepção à realização*; 2003. Loures: Lusociência.
81. Marôco J. *Análise Estatística com utilização do SPSS*; 2003, Lisboa. Edições Sílabo.
82. Marôco J. *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*; 2010. Reportnumber.
83. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale Psychology. *Health & Medicine*. 2007; 12(2): 225 – 237.
84. Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I: adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*. 13 (2000a) 55-66.
85. Ferreira, PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF- 36. Parte II: testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*. 13 (2000b) 119-127.
86. Pechorro P, Vieira RX. (2005). *Sexuality of Women Across The Life Span: a sample of portuguese women*. Proceedings of the XVII World Congress of Sexology, Montreal, Canada, 10-15 Julho.

87. Rosen et al. The sexual function of female index (FSFI). *Journal of Sex and Marital Therapy*; 2000, 26, 191-208.
88. Rosen et al. The sexual function of female index (FSFI):cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex and Marital Therapy*; 2005, 31, 1-20.
89. Pestana MH, Gageiro JN. Contingência, associação e correlação. In: Pestana MH, Gageiro JN, editores. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 4.^a edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2005. p. 179-84.

Anexos

ANEXO 1 - PEDIDO AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR AS ESCALAS

2 de Setembro de 2009 09:34

[victoria cacador](#)

<victoriaccacador@gmail.com>

Para: jlpr@fpce.up.pt

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Lisboa, 2 de Setembro de 2009

Exmo. Sr. Prof. Doutor José Pais-Ribeiro

Eu, Victória Maria da Cunha Caçador, aluna do mestrado em Sexualidade Humana na Faculdade de Medicina de Lisboa, pretendo realizar a tese intitulada "Funcionamento Sexual e Qualidade de Vida em mulheres submetidas a histerectomia".

O objectivo do estudo é o de avaliar a função sexual e a qualidade de vida desses pacientes comparativamente com um grupo não histerectomizado. Contudo, para a realização deste estudo, necessito da aplicação de um questionário para avaliar ansiedade e depressão (HADS) e tomei conhecimento que foi validado para a população portuguesa pelo Exmo. Prof. Doutor José Pais-Ribeiro. Assim, venho por este meio pedir a autorização para utilizar o questionário HADS, comprometendo-me a não alterar o questionário, a utilizá-lo de acordo com os procedimentos propostos, cumprir todos os procedimentos para o uso do mesmo e os dados obtidos com o questionário assim como os resultados finais do estudo podem ser fornecidos caso seja interesse de V. Exa. Sem outro assunto e na expectativa de uma resposta favorável por parte de V.Exa, agradeço a atenção dispensada, despeço-me com os melhores cumprimentos.

Atentamente,

Victória Caçador

Para: victoria cacador <victoriaccacador@gmail.com>

4 de Setembro de 2009 09:01

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

O HADS tem um proprietário que é uma organização que os vende. Por essa razão não posso autorizar. Não me importo que utilize a minha versão até porque a empresa que os vende não tem a versão em Português. No entanto como imagina isto não é uma autorização formal para utilizar dado que o questionário tem dono que não sou eu.

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile/cell phone (351) 965045590

<http://paisribeiro.googlepages.com/>

Permissions

<permissions@gl-assessment.co.uk>


[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Dear Sirs

My name is Victória Caçador and I am doing my Master's thesis in Human Sexuality in Faculdade de Medicina de Lisboa (Portugal). I would like to have your permission to use HADS scale (Zigmond & Snaith, 1983). My e-mail is victoriaccacador@gmail.com expecting ear from you

Best regards

Victória Caçador

 7 de Setembro de 2009 09:38

Permissions

<permissions@gl-assessment.co.uk>

Para: victoria cacador <victoriaccacador@gmail.com>


[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Hello Victoria

Thank you for your email. Please find attached all necessary forms and information that you require to obtain permission for the HADS scale.

Regards,

Lorraine

 28 de Setembro de 2009 14:29

Permissions

<permissions@gl-assessment.co.uk>

Para: victoriaccacador@gmail.com

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Dear Victoria

Thank you for your payment

Please find attached signed agreement and questionnaire

Regards

Permissions

From: Permissions

Sent: 22 September 2010 13:50

To: 'victoria cacador'

- (c) If the Licensee is declared insolvent or bankrupt or goes into liquidation (other than voluntary liquidation for the purpose of reconstruction only) or if a Receiver is appointed.

Termination shall be without prejudice to any monies which may be due to the Publishers from the Licensee and without prejudice to any claim which the Publishers may have for damages and/or otherwise.

Upon termination of this Agreement for any reason the Licensee shall immediately cease to use the Material.

15. This Agreement constitutes the entire agreement between the parties in respect of the Translated Material and supersedes all prior oral or written proposals, agreements or undertakings concerning the same.
16. This Agreement shall not be amended or modified in any way other than by an agreement in writing and signed by both parties or their duly authorised representatives and shall come into effect on receipt of the payment in full as specified above and a counter-signed copy of this Agreement.
17. This Agreement shall be governed by and construed in all respects in accordance with English Law.

AS WITNESS THE HANDS OF THE PARTIES
hereto the day and year first above written

Signed on behalf of GL Assessment Limited

Richard Toomey 28/9/2010

Signed by the Licensee: *Please print this page, sign, and attach this signature page as a scanned document along with your typed User Agreement form, sent as a Word doc*

User's Signature (handwritten): <u><i>Richard Toomey</i></u>	Company/Organisation Stamp (if applicable):
Title: <u><i>MD</i></u>	
Company/Organisation: _____	
Date: 13 September 2010 _____	

13 de Setembro de 2010 10:00

victoria cacador

<victoriaccacador@gmail.com>


Para: pedrof@fe.uc.pt

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Exmo. Sr. Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Chamo-me Victória Caçador, sou licenciada em psicologia e pretendo utilizar a SF-36 na recolha da amostra para a minha tese em sexualidade, embora tenha já pedido autorização à empresa detentora dos direitos da escala "QualityMetric" necessito também da sua autorização para completar o processo na Comissão de Ética da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, sem isso não posso continuar este processo. Assim deste modo venho pedir a sua autorização. Sem outro assunto e na expectativa de uma resposta favorável por parte de V.Exa, agradeço a atenção dispensada, despeço-me com os melhores cumprimentos.

Atentamente,
Victória Caçador

 13 de Setembro de 2010 10:50

Pedro Lopes Ferreira

<pedrof@fe.uc.pt>

Para: victoria cacador <victoriaccacador@gmail.com>

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Junto envio a autorização

Pedro

Pedro Lopes Ferreira

Av. Dias da Silva, 165

Prof. Associado com Agregação

3004-512 Coimbra - Portugal

pedrof@fe.uc.pt

Tel: [+351 239 790 552](tel:+351239790552) / 507

Fax: [+351 239 790 514](tel:+351239790514)



Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra

Pedro Lopes Ferreira

Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt

ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 13 Setembro 2010

Ex.ma Senhora Dr^a Victoria Caçador:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-36 versão 2 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA •

tel/Fax 239 790 507

7 de Setembro de 2009 21:57

[victoria cacador](#)

<victoriaccacador@gmail.com>

Para: llaplante@qualitymetric.com

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Dear Sirs

My name is Victória Caçador and I am doing my Master's thesis in Human Sexuality in Faculdade de Medicina de Lisboa (Portugal). I would like to have your permission to use SF-36v2. My e-mail is victoriaccacador@gmail.com expecting ear from you

Best regards

Victória Caçador

6 de Setembro de 2010 21:48

[Lynda LaPlante](#)

<llaplante@qualitymetric.com>

Para: victoria cacador <victoriaccacador@gmail.com>

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Dear Victoria,

You have our permission to use this scale.

It would be nice to have a copy of any publications that result.

Good luck in your research!

Kind Regards,
Lynda

[Lynda LaPlante](#)

Administrator, Office of Grants and Scholarly Research (OGSR) •

QualityMetric now part of **Ingenix**

Main: [\(401\) 334-8800 Ext. 249](tel:(401)334-8800) • Direct: [\(401\) 642-9249](tel:(401)642-9249) • Fax: [\(401\) 642-9349](tel:(401)642-9349)

7 de Setembro de 2009 22:23

victoria cacador

<victoriaccacador@gmail.com>

Para: info@fsfi-questionnaire.com

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Dear Sirs

My name is Victória Caçador and I am doing my Master's thesis in Human Sexuality in Faculdade de Medicina de Lisboa (Portugal). I would like to have your permission to use FSFI scale. My e-mail is victoriaccacador@gmail.com expecting ear from you

Best regards

Victória Caçador

8 de Setembro de 2009 16:25

Jules Mitchel

<julesmitchel@targethealth.com>

Para: victoria cacador <victoriaccacador@gmail.com>

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

You may use it. Please send us any publications.

Jules T. Mitchel, MBA, Ph.D.
President
Target Health Inc.
261 Madison Avenue, 24th Floor
New York, NY 10016
Ph [212-681-2100](tel:212-681-2100) ext 0
Fax [212-681-2105](tel:212-681-2105)
Cell [917-992-2428](tel:917-992-2428)
eFax [928-438-2359](tel:928-438-2359)
SKYPE drmitchel
julesmitchel@targethealth.com
<http://blog.targethealth.com>
www.targethealth.com

victoria cacador

<victoriaccacador@gmail.com>

Para: Prof Rui Xavier <ruivie2@gmail.com>

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Exma Sr. Prof. Doutor Rui Xavier

Eu, Victória Maria da Cunha Caçador, aluna do mestrado em Sexualidade Humana na Faculdade de Medicina de Lisboa, a realizar a tese intitulada "Funcionamento Sexual e Qualidade de Vida em mulheres submetidas a histerectomia".

O objectivo do estudo é o de avaliar a função sexual e a qualidade de vida desses pacientes comparativamente com um grupo não histerectomizado. Contudo, para a realização deste estudo, necessito da aplicação de um questionário e pensei utilizar o FSFI tradução portuguesa, comprometendo-me a não alterar o questionário, a utilizá-lo de acordo com os procedimentos propostos, cumprir todos os procedimentos para o uso do mesmo. Sem outro assunto e na expectativa de uma resposta favorável por parte de V.Exa, agradeço a atenção dispensada, despeço-me com os melhores cumprimentos.

Atentamente,

Victória Caçador

Rui Vieira

<ruivie2@gmail.com>

Para: victoria cacador <victoriaccacador@gmail.com>

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Cara Mestranda penso que pode utilizar para os fins a que se destina. Deverá sempre fazer referencia a todos os autores da Escala.

Cumprimentos

Rui Xavier Vieira

victoria cacador

<victoriaccacadr@gmail.com>

Para: pechorro@portugalmail.pt

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Exma Sr. Prof. Doutor Pedro Pechorro

Eu, Victória Caçador, aluna do mestrado em Sexualidade Humana na Faculdade de Medicina de Lisboa, pretendo realizar a tese intitulada "Funcionamento Sexual e Qualidade de Vida em mulheres submetidas a histerectomia".

O objectivo do estudo é o de avaliar a função sexual e a qualidade de vida desses pacientes comparativamente com um grupo não histerectomizado. Contudo, para a realização deste estudo, necessito da aplicação de um questionário e pensei utilizar o FSFI tradução portuguesa, comprometendo-me a não alterar o questionário, a utilizá-lo de acordo com os procedimentos propostos, cumprir todos os procedimentos para o uso do mesmo. Sem outro assunto e na expectativa de uma resposta favorável por parte de V.Exa, agradeço a atenção dispensada, despeço-me com os melhores cumprimentos.

Atentamente,
Victória Caçador

Pedro Pechorro

<ppechorro@gmail.com>

Para: victoria cacador <victoriaccacador@gmail.com>

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Boa tarde

Tem a minha autorização para utilizar a validação portuguesa do FSFI.

Cumprimentos,

Pedro Pechorro

**ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO PROJECTO TESE PELO CONSELHO CIENTIFICO DA
FML**



Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina

Grande-Oficial da Ordem de S. Tiago de Espada

Instituto de Formação Avançada

Gabinete de Formação Contínua
Gabinete de Mestrados e Doutoramentos
Gabinete de Educação Médica
Gabinete de Apoio à Investigação Científica, Tecnológica e Inovação

Gabinete de Mestrados e Doutoramentos

Exma. Senhora

Victoria Maria da Cunha Caçador

Rua Victor Hugo, nº14 - 2º Dtº

1000-294 LISBOA

N. Ref.º: GMD/184/2010

Data: 2010-03-23

Assunto: Aceitação do Projecto de Tese

Cumpre-nos informar V.Ex.ª de que por despacho do Presidente do Conselho Científico de 02-03-2010, foi aceite o seu Projecto de Tese com vista à realização da Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Sexualidade Humana (2ª edição).

Com os melhores cumprimentos,


Prof. Dr. Lucindo Ormonde

Sub Director do Instituto de Formação Avançada

ANEXO 3 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA MAC

Exma. Sr.^a Presidente da Comissão de
Ética da Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Prof.^a Doutora Regina Corado

Victória Maria da Cunha Caçador, psicóloga clínica, vem por este meio solicitar a V.^a Ex.^a a autorização para a realização de um estudo do domínio científico no seguimento do segundo ano do mestrado em Sexualidade Humana (2^a edição), administrado na Faculdade de Medicina de Lisboa. Assim, delineou-se como temática para este estudo o “*Funcionamento Sexual e Qualidade de Vida em mulheres submetidas a Histerectomia*”.

No presente estudo será assegurado os princípios éticos e as boas práticas de investigação, sublinhamos a obtenção do consentimento informado e esclarecido, a não identificação dos dados para análise estatística e o respeito pelo direito de não participação dos indivíduos.

Em particular será garantido que:

- I. O participante é livre de escolher integrar o estudo e a decisão de não o fazer não terá nenhuma consequência na utilização dos serviços de saúde;
- II. O participante é livre de, em qualquer altura, decidir abandonar o estudo e, caso o faça, todos os dados que identifiquem a sua participação serão destruídos;
- III. O participante ficará com uma cópia do documento de consentimento informado e esclarecido assinada pelo investigador;
- IV. Quaisquer dados de identificação do participante serão codificados e destruídos após o fim do estudo;
- V. No caso de resultarem publicações e apresentações científicas deste estudo, não serão divulgados dados individuais que possam identificar os participantes, mas apenas estatísticas de grupo.

Em anexo enviamos o protocolo do projecto que inclui aspectos da amostragem e recrutamento, recolha de dados, bem como de análise dos dados recolhidos. Anexamos, igualmente, o documento de consentimento informado e esclarecido a obter das participantes.

Gratos pela vossa consideração, aguardando a autorização de V.^a Ex.^a para a concretização deste estudo subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos,

O Investigador Principal,

Victória Caçador

ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA MAC

21 de Julho de 2010 16:57

Conselho de Administração

<secretariadoca@mac.min-saude.pt>

Para: victoria cacador <victoriaccacador@gmail.com>

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Eliminar](#) | [Mostrar original](#)

Exm^a Senhora

somos a informar que o pedido foi autorizado.

Para a realização do estudo na MAC, deverá ser previamente contactada a responsável pelo Serviço de Psicologia Clínica, Dr^a Maria de Jesus Correia (ext. 1316), responsável pelo Serviço de Psicologia Clínica, que acompanhará e monitorizará o mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

Prof. Doutor Jorge Branco

ANEXO 5 – INFORMAÇÃO AO DOENTE E CONSENTIMENTO INFORMADO

FOLHA DE INFORMAÇÃO A(O) DOENTE

Funcionamento Sexual e Qualidade de Vida em mulheres submetidas a Histerectomia

Introdução

A investigadora Victória Caçador está a realizar um estudo sobre o “*funcionamento sexual e a qualidade de vida em mulheres que foram submetidas a histerectomia*” (remoção do útero), no âmbito do segundo ano do mestrado em Sexualidade Humana (2ª edição). Deste modo, estamos a convidá-la a participar neste estudo observacional. “Observacional” significa que será recolhida informação sobre o seu estado de saúde e tratamentos efectuados, sem que o seu tratamento e cuidados médicos sejam modificados pelo facto de participar neste estudo. A sua médica continuará a tomar todas as decisões no que respeita ao seu tratamento e cuidados adequados.

Antes de decidir se quer ou não participar no estudo, é importante que compreenda porque está a ser efectuada esta investigação e o que irá envolver.

Por favor, leia cuidadosamente a seguinte informação.

Não hesite em contactar a sua médica em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informações.

Qual é o objectivo do estudo?

Tendo em conta o problema desta pesquisa, saber qual o impacto da histerectomia na sexualidade da mulher, este estudo tem como objectivo avaliar a qualidade de vida, o funcionamento e a satisfação sexual das mulheres submetidas a histerectomia comparativamente com um grupo de mulheres que não sofreram histerectomia.

Porque foi escolhida para participar neste estudo?

Este estudo irá envolver aproximadamente 60 mulheres que foram submetidas a histerectomia. Prevê-se iniciar o estudo em Janeiro de 2011 e terminá-lo em Maio de 2011. A amostra será recrutada na consulta de ginecologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa durante o período de Janeiro a Março de 2011.

Todas as mulheres que reunirem os requisitos necessários serão convidadas a participar neste estudo pelo seu médico(a).

A sua médica acha que você preenche os requisitos para participar neste estudo, que são:

- Idade compreendida entre os 20 e 55 anos
- Sexualmente activa com parceiro fixo e capacitado para o coito
- Relacionamento estável
- Não estar a tomar anti-depressivos.

- Não ter doença psiquiátrica

Será que tenho de participar?

A sua participação neste estudo é voluntária. Pode decidir participar ou não neste estudo. Se decidir participar, ser-lhe-á entregue esta Informação ao Doente para guardar e ser-lhe-á pedido que assine o Consentimento Informado. Se decidir participar pode desistir a qualquer altura sem ter que dar qualquer justificação. A decisão de desistir a qualquer altura ou a decisão de não participar, não irá afectar a qualidade dos cuidados médicos que está a receber. Irá receber o mesmo tratamento e cuidados médicos, independentemente de participar ou não no estudo.

A sua participação no estudo não será remunerada.

O que me irá acontecer se participar?

Este estudo não envolve a investigação de novos medicamentos ou tratamentos. Qualquer tratamento que lhe seja fornecido será o resultado da decisão do seu médico e da prática clínica comum.

Se concordar em participar neste estudo, o seu médico irá recolher esta informação em formulários específicos do estudo. Na sua visita ser-lhe-á pedido que preencha um protocolo de investigação composto por vários questionários onde serão recolhidas várias informações como: os seus dados sócio-demográficos, informação clínica, questionário sobre auto-estima, qualidade de vida, funcionamento e satisfação sexual antes e após a histerectomia. Se desejar a investigadora pode mostrar-lhe estes questionários antes de decidir se quer participar no estudo, que não devem levar mais de 15 minutos a preencher.

A minha participação no estudo será mantida confidencial?

Sim. Os dados obtidos no estudo, não a identificam, serão codificados, guardados e processados num computador. Para tal, é necessário o seu consentimento expresso. Ao assinar o consentimento Informado, está a autorizar a revisão do seu processo clínico, do processamento, armazenamento da informação, a transferência e publicação de dados, conforme descrito nesta Informação ao Doente. A informação obtida não será utilizada para quaisquer outros fins.

O que irá acontecer aos resultados do estudo?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em revistas médicas e/ou apresentados em congressos/jornadas. Quando tal acontecer a investigadora estará disponível para a informar como pode ter acesso a estas publicações. Você não será identificada em nenhuma publicação ou relatório.

Quem se encontra disponível para prestar mais informações?

Se tiver alguma dúvida ou pergunta adicional relativa a este estudo, é favor contactar:

Dr.^a Victória Caçador
Número de telefone: 965778898

Agradecemos o tempo que despendeu a ler esta Informação e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar o Consentimento Informado assinado, que deverá guardar.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Funcionamento Sexual e Qualidade de Vida em mulheres submetidas a

Histerectomia

Ao assinar esta página, confirmo o seguinte:

- Li e compreendi a Informação ao Doente do estudo acima referido e foi-me dada a oportunidade de pensar sobre isso, e de colocar questões.
- Todas as minhas questões foram respondidas satisfatoriamente.
- Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer altura sem dar qualquer justificação, sem que os meus cuidados médicos ou direitos legais sejam afectados.
- Autorizo que os meus registos clínicos sejam consultados pelo meu médico, e pelo promotor ou por autoridades reguladoras, tal como descrito na Informação ao Doente.
- Consinto participar neste estudo e a divulgação dos dados como descrito anteriormente.
- Recebi uma cópia, que devo guardar, da Informação ao Doente e do Consentimento Informado deste estudo.

Nome do Doente:

Assinatura da Doente:

Data:
(datada pelo doente)

Nome da Investigadora:

Assinatura da Investigadora:

Data:

**ANEXO 6 – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE COMPORTAMENTOS
SEXUAIS**

Este questionário destina-se à recolha de dados para a elaboração de um estudo intitulado “Funcionamento Sexual e Qualidade de Vida em mulheres submetidas a Histerectomia”, no âmbito do mestrado em Sexualidade Humana.

Não existem respostas certas nem erradas. Não demore muito tempo com cada afirmação. Os dados recolhidos neste questionário destinam-se exclusivamente à elaboração deste estudo, como tal o seu sigilo fica automaticamente salvaguardado. Responda a todas as perguntas que se seguem sem deixar nenhuma em branco. Desde já agradecemos a sua colaboração.

1. Idade ____ anos

2. Habilitações Literárias:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1º ciclo (1ª à 4ª classe) | <input type="checkbox"/> 10º ao 12º ano |
| <input type="checkbox"/> 2º ciclo (5º e 6º ano) | <input type="checkbox"/> Ensino Médio |
| <input type="checkbox"/> 3º ciclo (7º ao 9º ano) | <input type="checkbox"/> Ensino Superior |
| <input type="checkbox"/> Outra Qual? _____ | |

3. Estado Civil:

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Solteira | <input type="checkbox"/> União de Facto |
| <input type="checkbox"/> Casada | <input type="checkbox"/> Divorciada |
| <input type="checkbox"/> Separada | <input type="checkbox"/> Viúva |

4. Religião:

- | | Praticante | Não Praticante |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Católica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Protestante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sem religião (Ateia/Agnóstica) | | |
| | Outra Qual? _____ | |

5. Etnia:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caucasiana (Branca) | <input type="checkbox"/> Negra |
| <input type="checkbox"/> Cigana | <input type="checkbox"/> Outra Qual? _____ |

6. Profissão? _____

7. Rendimento mensal: <500€ 500-1000€ 1000-1500€ 1500-2000€ > 2000€

8. Tem filhos? Não Sim Quantos? _____

9. Idade da primeira relação sexual _____ anos

10. Recebeu orientação sobre sexualidade? Não Sim De quem? _____

11. Tem actualmente um companheiro com o qual se relaciona sexualmente? Não Sim

12. Tempo de relacionamento _____

13. Que importância tem a sexualidade na sua vida?

- Extremamente importante Muito importante Moderadamente importante
 Pouco importante Nada importante

14. Frequência das relações sexuais mantidas actualmente:

- 1x/semana 2a3x/semana >3x/semana quinzenal mensal anual nunca

15. Quem é que geralmente toma a iniciativa de terem actividade sexual?

- Sempre o seu companheiro
 Predominantemente o seu companheiro, mas algumas vezes você
 Iguamente o seu companheiro e você
 Predominantemente você, mas algumas vezes o seu companheiro
 Sempre você

16. Tem alguma doença que a impeça de ter um relacionamento sexual com o seu companheiro?

- Não Sim Qual? _____

17. Está actualmente a tomar algum tipo de medicamento? Não Sim

- anti-depressivos anti-diabéticos anti-dislipidemicos (baixar colesterol)
 anti-convulsivantes anti-hipertensores benzodiazepinas (tranquilizantes)

18. Relativamente à menopausa encontra-se em que fase?

- Pré-menopausa (ainda não entrou na menopausa)
 Peri-menopausa (está actualmente a entrar na menopausa)
 Pós-menopausa (paragem completa da menstruação há pelo menos um ano)

19. Fez Histerectomia? Não (passe para a pág. nº 4) Sim

20. Tipo de cirurgia?

- Histerectomia com anexectomia (remoção do útero e anexos)
 Histerectomia sem anexectomia (remoção só do útero)
 Outra Qual? _____

21. Via de Acesso:

- Abdominal Vaginal Laparoscópica

22. Data da cirurgia _____

23. Indicação Cirúrgica:

- pólipos prolapso uterino cancro hemorragias endometriose
 miomas dor pélvica Outra Qual? _____

24. Faz terapêutica de substituição hormonal? Não Sim Qual? _____

25. Frequência de relações sexuais mantidas antes da cirurgia:

- 1x/semana 2a3x/semana >3x/semana quinzenal mensal anual nunca

ANEXO 7 - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

(HADS: Zigmond & Snaith, 1983; Pais-Ribeiro et al.; 2007)

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior á resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me **tensa** ou **nervosa**:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda **sinto prazer** nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma **sensação de medo**, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou **capaz de rir** e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de **preocupações**:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me **animada**:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentada e sentir-me **relaxada**:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

8. Sinto-me **mais lenta**, como se fizesse as coisas mais devagar:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

9. Fico de tal **forma apreensiva** (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- Nunca
- Por vezes
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em **cuidar do meu aspecto físico**:

- Completamente
- Não dou a atenção que devia
- Talvez cuide menos que antes
- Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma **inquieta** que não consigo estar parada:

- Muito
- Bastante
- Não muito
- Nada

12. Penso com **prazer nas coisas** que podem acontecer no futuro:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Bastante menos agora
- Quase nunca

13. De repente, tenho **sensações de pânico**:

- Muitas vezes
- Bastantes vezes
- Por vezes
- Nunca

14. Sou capaz de **apreciar** um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- Muitas vezes
- De vez em quando
- Poucas vezes
- Quase nunca

ANEXO 8 - QUESTIONÁRIO DO ESTADO DE SAÚDE (SF36)

QUESTIONÁRIO DO ESTADO DE SAÚDE

(SF-36v2; Ware et al. 1996; Ferreira, 2003)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

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

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima 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, assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitada	Sim, um pouco limitada	Não, nada limitada
a) Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b) Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escada	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 km	1	2	3
h) Andar várias centenas de metros	1	2	3
i) Andar uma centena de metros	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

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

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades diárias (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

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)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2	3	4	5

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 quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no 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 quatro 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	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 de 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 deprimido/a?	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. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente Verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente 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 de que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

ANEXO 9 – ÍNDICE DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL FEMININO (FSFI)

FSFI

(Rosen R, 2000; Pechorro e Vieira, 2008)

Por favor responda mesmo que não tenha tido actividade sexual.

Definições:

Actividade sexual: inclui carícias, preliminares, masturbação e relação sexual

Relação sexual: penetração do pénis na vagina

Estimulação sexual: preliminares com um parceiro, auto-estimulação ou fantasia sexual

Desejo ou interesse sexual: sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se receptiva à iniciativa sexual de um parceiro, pensar ou fantasiar acerca de ter sexo

Excitação sexual: sentimento que inclui aspectos físicos como a lubrificação e mentais.

Questões (assinale apenas uma opção)

1 – Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre ou 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 ou nunca

2 – Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível de desejo ou interesse sexual?

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

3 – Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante a actividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre ou 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 ou nunca

4 – Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível de excitação sexual durante a actividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

5 – Nas últimas 4 semanas, qual a sua confiança em conseguir ficar sexualmente excitada durante a actividade sexual ou a relação sexual?

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

6 – Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a actividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre ou 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 ou nunca

7 – Nas últimas 4 semanas, com que frequência ficou lubrificada (“molhada”) durante a actividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre ou 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 ou nunca

8 – Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante a actividade sexual ou a relação sexual?

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

9 – Nas últimas 4 semanas, com que frequência manteve a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da actividade sexual ou a relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre ou 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 ou nunca

10 – Nas últimas 4 semanas, qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da actividade sexual ou a relação sexual?

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

11 – Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que frequência atingiu o orgasmo?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre ou 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 ou nunca

12 – Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a dificuldade que teve em atingir o orgasmo?

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

13 – Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade de atingir o orgasmo durante a actividade sexual ou a relação sexual?

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

14 – Nas últimas 4 semanas, 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 – Nas últimas 4 semanas, qual 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 – Nas últimas 4 semanas, 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 – Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre ou 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 ou nunca

18 – Nas últimas 4 semanas, com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre ou 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 ou nunca

19 – Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu nível de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

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

**ANEXO 10 – OUTPUTS DO STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES
(SPSS) DA CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

ESTATÍSTICA DESCRITIVA

IDADE

Grupo		Statistic	Std. Error	
Não histerectomizadas	Mean	47,59	,505	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	46,59	
		Upper Bound	48,59	
	5% Trimmed Mean	47,66		
	Median	48,00		
	Variance	24,245		
	Std. Deviation	4,924		
	Minimum	35		
	Maximum	55		
	Interquartile Range	8		
	Skewness	-,064	,247	
	Kurtosis	-,885	,490	
	histerectomizadas	Mean	48,82	,626
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	47,57	
		Upper Bound	50,07	
5% Trimmed Mean		49,15		
Median		50,00		
Variance		26,240		
Std. Deviation		5,123		
Minimum		32		
Maximum		55		
Interquartile Range		7		
Skewness		-,745	,293	
Kurtosis		,380	,578	

IDADE (CLASSES)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30-34 anos	1	,3	,6	,6
	35-39 anos	3	1,0	1,9	2,5
	40-44 anos	34	11,6	21,0	23,5
	45-49 anos	57	19,5	35,2	58,6
	50-55 anos	67	22,9	41,4	100,0
Total		162	55,5	100,0	
Missing System			44,5		
Total			100,0		

ETNIA

		Grupo		Total
		Não histerectomizadas	histerectomizadas	
caucasiana	Count	92	55	147
	Expected Count	85.8	61.2	147.0
	% within Etnia	62.6%	37.4%	100.0%
	% within Grupo	97.9%	82.1%	91.3%
	Adjusted Residual	3.5	-3.5	
Negra	Count	3	12	15
	Expected Count	8.2	5.8	15.0
	% within Etnia	14.3%	85.7%	100.0%
	% within Grupo	2.1%	17.9%	8.7%
	Adjusted Residual	-3.5	3.5	
Total	Count	95	67	162
	Expected Count	95.0	67.0	162.0
	% within Etnia	58.4%	41.6%	100.0%
	% within Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	12.273 ^a	1	.000	.001	.001	
Continuity Correction ^b	10.366	1	.001			
Likelihood Ratio	12.789	1	.000	.001	.001	
Fisher's Exact Test				.001	.001	
Linear-by-Linear Association	12.197 ^c	1	.000	.001	.001	.001
N of Valid Cases	161					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.83.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 3.492.

RELIGIÃO

		Grupo		Total
		Não histerectomizadas	histerectomizadas	
católica praticante	Count	16	16	32
	Expected Count	18.7	13.3	32.0
	% within Religião	50.0%	50.0%	100.0%
	% within Grupo	17.0%	23.9%	19.9%
	Adjusted Residual	-1.1	1.1	
católica não praticante	Count	65	38	103
	Expected Count	59.6	42.4	103.0
	% within Religião	62.7%	37.3%	100.0%
	% within Grupo	68.1%	56.7%	63.4%
	Adjusted Residual	1.5	-1.5	
evangélica praticante	Count	0	5	5
	Expected Count	2.9	2.1	5.0
	% within Religião	.0%	100.0%	100.0%
	% within Grupo	.0%	7.5%	3.1%
	Adjusted Residual	-2.7	2.7	
sem religião (Ateia/Agnóstica)	Count	14	8	22
	Expected Count	12.8	9.2	22.0
	% within Religião	63.6%	36.4%	100.0%
	% within Grupo	14.9%	11.9%	13.7%
	Adjusted Residual	.5	-.5	
Total	Count	95	67	162
	Expected Count	94.0	67.0	162.0
	% within Religião	58.4%	41.6%	100.0%
	% within Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	8.989 ^a	3	.029	.025		
Likelihood Ratio	10.740	3	.013	.018		
Fisher's Exact Test	8.692			.028		
Linear-by-Linear Association	.231 ^b	1	.631	.636	.335	.031
N of Valid Cases	161					

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.08.

b. The standardized statistic is -.480.

ESTADO CIVIL

		Grupo		Total
		Não histerectomizadas	histerectomizadas	
Solteira	Count	26	3	29
	Expected Count	16.9	12.1	29.0
	% within Estado_Civil	89.7%	10.3%	100.0%
	% within Grupo	27.7%	4.5%	18.0%
	Adjusted Residual	3.8	-3.8	
Casada	Count	39	47	86
	Expected Count	49.6	35.4	86.0
	% within Estado_Civil	44.7%	55.3%	100.0%
	% within Grupo	40.4%	70.1%	52.8%
	Adjusted Residual	-3.7	3.7	
Separada	Count	4	1	5
	Expected Count	2.9	2.1	5.0
	% within Estado_Civil	80.0%	20.0%	100.0%
	% within Grupo	4.3%	1.5%	3.1%
	Adjusted Residual	1.0	-1.0	
União de facto	Count	5	7	12
	Expected Count	7.0	5.0	12.0
	% within Estado_Civil	41.7%	58.3%	100.0%
	% within Grupo	5.3%	10.4%	7.5%
	Adjusted Residual	-1.2	1.2	
Divorciada	Count	21	6	27
	Expected Count	15.8	11.2	27.0
	% within Estado_Civil	77.8%	22.2%	100.0%
	% within Grupo	22.3%	9.0%	16.8%
	Adjusted Residual	2.2	-2.2	
Viúva	Count	0	3	3
	Expected Count	1.8	1.2	3.0
	% within Estado_Civil	.0%	100.0%	100.0%
	% within Grupo	.0%	4.5%	1.9%
	Adjusted Residual	-2.1	2.1	
Total	Count	95	67	162
	Expected Count	95.0	67.0	162.0
	% within Estado_Civil	58.4%	41.6%	100.0%
	% within Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	28.947 ^a	5	.000	.000		
Likelihood Ratio	32.564	5	.000	.000		
Fisher's Exact Test	29.641			.000		
Linear-by-Linear Association	.139 ^b	1	.709	.735	.375	.042
N of Valid Cases	161					

a. 5 cells (41.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.25.

b. The standardized statistic is .373.

NÚMERO DE FILHOS

Grupo		Statistic	Std. Error	
Não histerectomizadas	Mean	,98	,076	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,83	
		Upper Bound	1,13	
	5% Trimmed Mean	,98		
	Median	1,00		
	Variance	,553		
	Std. Deviation	,743		
	Minimum	0		
	Maximum	2		
	Interquartile Range	2		
	Skewness	,034	,247	
	Kurtosis	-1,169	,490	
	histerectomizadas	Mean	1,73	,120
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	1,49	
		Upper Bound	1,97	
5% Trimmed Mean		1,70		
Median		2,00		
Variance		,957		
Std. Deviation		,978		
Minimum		0		
Maximum		4		
Interquartile Range		1		
Skewness		,471	,293	
Kurtosis		,095	,578	

HABILITAÇÕES

		Grupo		Total
		Não histerectomizadas	histerectomizadas	
2º ciclo (5º e 6º ano)	Expected Count	23	29	52,0
	% within Habilitações	44,2%	55,8%	100,0%
	% within Grupo	24,2%	43,3%	32,1%
	% of Total	14,2%	17,9%	32,1%
	Adjusted Residual	-2,6	2,6	
3º ciclo (7º ao 9º ano)	Expected Count	29	17,0	46,0
	% within Habilitações	63,0%	37,0%	100,0%
	% within Grupo	30,5%	25,4%	28,4%
	% of Total	17,9%	10,5%	28,4%
	Adjusted Residual	,7	-,7	
10º ao 12º ano	Expected Count	21	12	33,0
	% within Habilitações	63,6%	36,4%	100,0%
	% within Grupo	22,1%	17,9%	20,4%
	% of Total	13,0%	7,4%	20,4%
	Adjusted Residual	,7	-,7	
Ensino médio	Expected Count	4	3	7,0
	% within Habilitações	57,1%	42,9%	100,0%
	% within Grupo	4,2%	4,5%	4,3%
	% of Total	2,5%	1,9%	4,3%
	Adjusted Residual	-,1	,1	
Ensino superior	Expected Count	18	6	24,0
	% within Habilitações	75,0%	25,0%	100,0%
	% within Grupo	18,9%	9,0%	14,8%
	% of Total	11,1%	3,7%	14,8%
	Adjusted Residual	1,8	-1,8	
Total	Expected Count	95,0	67,0	162,0
	% within Habilitações	58,6%	41,4%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	58,6%	41,4%	100,0%

Test Statistics^a

	Habilitações
Mann-Whitney U	2462,000
Wilcoxon W	4740,000
Z	-2,538
Asymp. Sig. (2-tailed)	,011
Exact Sig. (2-tailed)	,011
Exact Sig. (1-tailed)	,005
Point Probability	,000

a. Grouping Variable: Grupo

PROFISSÃO

		Grupo		Total
		Não histerectomizadas	histerectomizadas	
Quadros Sup. Adm. Pública, Dirigentes e Quadros Sup.	Expected Count	18,0	4,0	22,0
	% within Profissão	81,8%	18,2%	100,0%
	% within Grupo	18,9%	6,0%	13,6%
	% of Total	11,1%	2,5%	13,6%
	Adjusted Residual	2,4	-2,4	
Especialistas Prof. Intelectuais e científicas	Expected Count	,0	2,0	2,0
	% within Profissão	,0%	100,0%	100,0%
	% within Grupo	,0%	3,0%	1,2%
	% of Total	,0%	1,2%	1,2%
	Adjusted Residual	-1,7	1,7	
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	Expected Count	24,0	2,0	26,0
	% within Profissão	92,3%	7,7%	100,0%
	% within Grupo	25,3%	3,0%	16,0%
	% of Total	14,8%	1,2%	16,0%
	Adjusted Residual	3,8	-3,8	
Pessoal Adm. e Similares	Expected Count	21,0	9,0	30,0
	% within Profissão	70,0%	30,0%	100,0%
	% within Grupo	22,1%	13,4%	18,5%
	% of Total	13,0%	5,6%	18,5%
	Adjusted Residual	1,4	-1,4	
Pessoal dos Serviços e Vendedores	Expected Count	20,0	20,0	40,0
	% within Profissão	50,0%	50,0%	100,0%
	% within Grupo	21,1%	29,9%	24,7%
	% of Total	12,3%	12,3%	24,7%
	Adjusted Residual	-1,3	1,3	
Trab. Não qualificados	Expected Count	7,0	12,0	19,0
	% within Profissão	36,8%	63,2%	100,0%
	% within Grupo	7,4%	17,9%	11,7%
	% of Total	4,3%	7,4%	11,7%
	Adjusted Residual	-2,1	2,1	
Desempregada	Expected Count	,0	1,0	1,0
	% within Profissão	,0%	100,0%	100,0%
	% within Grupo	,0%	1,5%	,6%
	% of Total	,0%	,6%	,6%
	Adjusted Residual	-1,2	1,2	
Doméstica	Expected Count	5,0	14,0	19,0
	% within Profissão	26,3%	73,7%	100,0%
	% within Grupo	5,3%	20,9%	11,7%
	% of Total	3,1%	8,6%	11,7%
	Adjusted Residual	-3,0	3,0	
Reformada	Expected Count	,0	3,0	3,0
	% within Profissão	,0%	100,0%	100,0%
	% within Grupo	,0%	4,5%	1,9%
	% of Total	,0%	1,9%	1,9%
	Adjusted Residual	-2,1	2,1	
Total	Expected Count	95,0	67,0	162,0
	% within Profissão	58,6%	41,4%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	58,6%	41,4%	100,0%
	Adjusted Residual			

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	40,267 ^a	8	,000	,000		
Likelihood Ratio	45,739	8	,000	,000		
Fisher's Exact Test	40,810			,000		
Linear-by-Linear Association	27,509 ^b	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	162					

a. 6 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

b. The standardized statistic is 5,245.

NÍVEL SÓCIO-ECONÓMICO

		Grupo		Total
		Não hysterectomizadas	histerectomizadas	
NSE baixo	Expected Count	42,0	39,0	81,0
	% within NSE	51,9%	48,1%	100,0%
	% within Grupo	44,2%	58,2%	50,0%
	% of Total	25,9%	24,1%	50,0%
	Adjusted Residual	-1,8	1,8	
NSE médio	Expected Count	41,0	22,0	63,0
	% within NSE	65,1%	34,9%	100,0%
	% within Grupo	43,2%	32,8%	38,9%
	% of Total	25,3%	13,6%	38,9%
	Adjusted Residual	1,3	-1,3	
NSE elevado	Expected Count	12,0	6,0	18,0
	% within NSE	66,7%	33,3%	100,0%
	% within Grupo	12,6%	9,0%	11,1%
	% of Total	7,4%	3,7%	11,1%
	Adjusted Residual	,7	-,7	
Total	Expected Count	95,0	67,0	162,0
	% within NSE	58,6%	41,4%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	58,6%	41,4%	100,0%

Chi-Square Tests

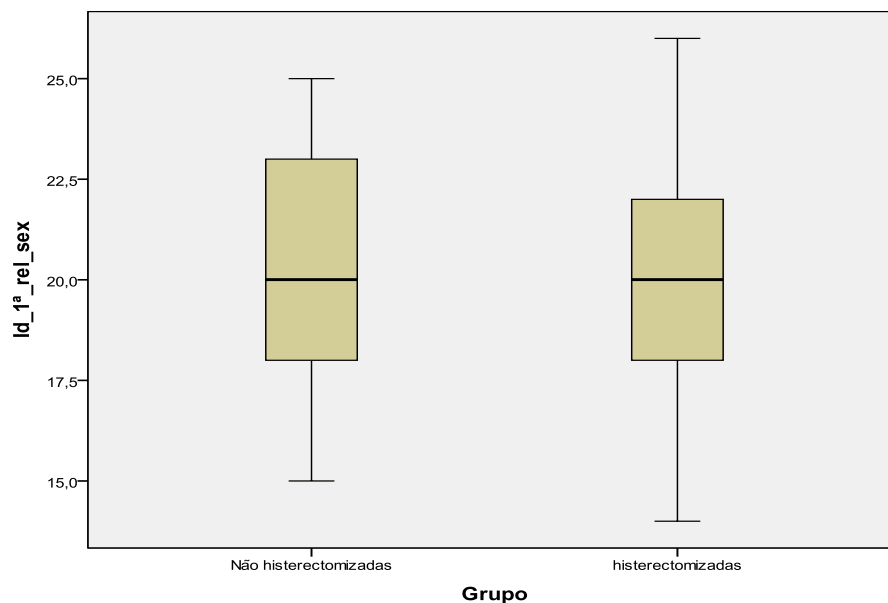
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	3,094 ^a	2	,213	,236		
Likelihood Ratio	3,106	2	,212	,242		
Fisher's Exact Test	3,027			,242		
Linear-by-Linear Association	2,653 ^b	1	,103	,127	,065	,025
N of Valid Cases	162					

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,44.

b. The standardized statistic is -1,629.

IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL

Grupo		Statistic	Std. Error	
Não hysterectomizadas	Mean	20,38	,332	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	19,72	
		Upper Bound	21,04	
	5% Trimmed Mean	20,41		
	Median	20,00		
	Variance	10,451		
	Std. Deviation	3,233		
	Minimum	15		
	Maximum	25		
	Interquartile Range	5		
	Skewness	,212	,247	
	Kurtosis	-1,277	,490	
	hysterectomizadas	Mean	19,64	,340
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	18,96	
		Upper Bound	20,32	
5% Trimmed Mean		19,60		
Median		20,00		
Variance		7,749		
Std. Deviation		2,784		
Minimum		14		
Maximum		26		
Interquartile Range		4		
Skewness		,222	,293	
Kurtosis		-,541	,578	



TEMPO DE RELACIONAMENTO

Grupo		Statistic	Std. Error	
Não histerectomizadas	Mean	11,24	,853	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	9,55	
		Upper Bound	12,93	
	5% Trimmed Mean	10,73		
	Median	10,00		
	Variance	69,058		
	Std. Deviation	8,310		
	Minimum	2		
	Maximum	30		
	Range	28		
	Interquartile Range	10		
	Skewness	,922	,247	
	Kurtosis	-,075	,490	
	Histerectomizadas	Mean	23,51	1,342
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	20,83	
		Upper Bound	26,19	
5% Trimmed Mean		24,06		
Median		28,00		
Variance		120,739		
Std. Deviation		10,988		
Minimum		1		
Maximum		36		
Range		35		
Interquartile Range		13		
Skewness		-,924	,293	
Kurtosis		-,437	,578	

FREQUÊNCIA DE RELAÇÕES SEXUAIS ACTUALMENTE

Grupo		Statistic	Std. Error	
Não hysterectomizadas	Mean	,96	,080	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,80	
		Upper Bound	1,12	
	5% Trimmed Mean	,95		
	Median	1,00		
	Variance	,615		
	Std. Deviation	,784		
	Minimum	0		
	Maximum	2		
	Range	2		
	Interquartile Range	2		
	Skewness	,075	,247	
	Kurtosis	-1,362	,490	
	hysterectomizadas	Mean	1,58	,183
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	1,22	
		Upper Bound	1,95	
5% Trimmed Mean		1,54		
Median		1,00		
Variance		2,247		
Std. Deviation		1,499		
Minimum		0		
Maximum		4		
Range		4		
Interquartile Range		3		
Skewness		,421	,293	
Kurtosis		-1,372	,578	

FREQUÊNCIA DE RELAÇÕES SEXUAIS ANTES DA HISTERECTOMIA

		Statistic	Std. Error
Mean		1,48	,182
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,11	
	Upper Bound	1,84	
5% Trimmed Mean		1,39	
Median		1,00	
Variance		2,223	
Std. Deviation		1,491	
Minimum		0	
Maximum		5	
Range		5	
Interquartile Range		3	
Skewness		,737	,293
Kurtosis		-,620	,578

INICIATIVA DA ACTIVIDADE SEXUAL POR GRUPO

Grupo			Statistic	Std. Error	
Não histerectomizadas	Mean		1,61	,089	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,43		
		Upper Bound	1,79		
	5% Trimmed Mean		1,62		
	Median		2,00		
	Variance		,751		
	Std. Deviation		,867		
	Minimum		0		
	Maximum		3		
	Range		3		
	Interquartile Range		1		
	Skewness		,052		,247
	Kurtosis		-,698		,490
	histerectomizadas	Mean			,94
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	,70		
		Upper Bound	1,18		
5% Trimmed Mean			,88		
Median			1,00		
Variance			,996		
Std. Deviation			,998		
Minimum			0		
Maximum			3		
Range			3		
Interquartile Range			2		
Skewness			,782	,293	
Kurtosis			-,459	,578	

PREDOMINÂNCIA DA INICIATIVA SEXUAL

		Grupo		Total
		Não histerectomizadas	histerectomizadas	
sempre o companheiro	Expected Count	21,1	14,9	36,0
	% within Iniciativa_activ_sex	22,2%	77,8%	100,0%
	% within Grupo	8,4%	41,8%	22,2%
	% of Total	4,9%	17,3%	22,2%
	Adjusted Residual	-5,0	5,0	
predominante/ o comp mas algumas vezes a mulher	Expected Count	34,6	24,4	59,0
	% within Iniciativa_activ_sex	62,7%	37,3%	100,0%
	% within Grupo	38,9%	32,8%	36,4%
	% of Total	22,8%	13,6%	36,4%
	Adjusted Residual	,8	-,8	
igual/o comp e a mulher	Expected Count	25,8	18,2	44,0
	% within Iniciativa_activ_sex	77,3%	22,7%	100,0%
	% within Grupo	35,8%	14,9%	27,2%
	% of Total	21,0%	6,2%	27,2%
	Adjusted Residual	2,9	-2,9	
predominante/a mulher mas algumas vezes o homem	Expected Count	13,5	9,5	23,0
	% within Iniciativa_activ_sex	69,6%	30,4%	100,0%
	% within Grupo	16,8%	10,4%	14,2%
	% of Total	9,9%	4,3%	14,2%
	Adjusted Residual	1,1	-1,1	
Total	Expected Count	95,0	67,0	162,0
	% within Iniciativa_activ_sex	58,6%	41,4%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	58,6%	41,4%	100,0%

IMPORTÂNCIA DA SEXUALIDADE

Grupo		Statistic	Std. Error	
Não histerectomizadas	Mean	1,42	,091	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1,24	
		Upper Bound	1,60	
	5% Trimmed Mean	1,37		
	Median	1,00		
	Variance	,778		
	Std. Deviation	,882		
	Minimum	0		
	Maximum	4		
	Range	4		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	,958	,247	
	Kurtosis	1,457	,490	
	histerectomizadas	Mean	1,54	,115
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	1,31	
		Upper Bound	1,77	
5% Trimmed Mean		1,51		
Median		1,00		
Variance		,889		
Std. Deviation		,943		
Minimum		0		
Maximum		4		
Range		4		
Interquartile Range		1		
Skewness		,392	,293	
Kurtosis		,085	,578	

INFORMAÇÃO SOBRE A SEXUALIDADE

		Grupo		Total
		Não histerectomizadas	histerectomizadas	
Não	Count	76	58	134
	Expected Count	77.7	55.3	134.0
	% within Inform_sex	56.4%	43.6%	100.0%
	% within Grupo	79.8%	86.6%	82.6%
	Adjusted Residual	-1.1	1.1	
Sim	Count	19	9	28
	Expected Count	16.3	11.7	28.0
	% within Inform_sex	67.9%	32.1%	100.0%
	% within Grupo	20.2%	13.4%	17.4%
	Adjusted Residual	1.1	-1.1	
Total	Count	95	67	162
	Expected Count	95.0	67.0	162.0
	% within Inform_sex	58.4%	41.6%	100.0%
	% within Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1.252 ^a	1	.263	.298	.182	
Continuity Correction ^b	.824	1	.364			
Likelihood Ratio	1.281	1	.258	.298	.182	
Fisher's Exact Test				.298	.182	
Linear-by-Linear Association	1.244 ^c	1	.265	.298	.182	.092
N of Valid Cases	161					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11.65.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is -1.115.

QUEM FORNECEU A INFORMAÇÃO

		Grupo		Total	
		Não histerectomizadas	histerectomizadas		
mãe, pai	Count	20	2	22	
	Expected Count	12.3	8.7	21.0	
	% within De_quem	90.5%	9.5%	100.0%	
	% within Grupo	20.2%	3.0%	13.0%	
	Adjusted Residual	3.2	-3.2		
amigas	Count	0	2	2	
	Expected Count	1.2	.8	2.0	
	% within De_quem	.0%	100.0%	100.0%	
	% within Grupo	.0%	3.0%	1.2%	
	Adjusted Residual	-1.7	1.7		
prof saúde (médicos, enf, cons planeamento)	Count	0	2	2	
	Expected Count	1.2	.8	2.0	
	% within De_quem	.0%	100.0%	100.0%	
	% within Grupo	.0%	3.0%	1.2%	
	Adjusted Residual	-1.7	1.7		
livros, revistas	Count	4	1	5	
	Expected Count	2.9	2.1	5.0	
	% within De_quem	80.0%	20.0%	100.0%	
	% within Grupo	4.3%	1.5%	3.1%	
	Adjusted Residual	1.0	-1.0		
pais e prof saúde	Count	0	2	2	
	Expected Count	1.2	.8	2.0	
	% within De_quem	.0%	100.0%	100.0%	
	% within Grupo	.0%	3.0%	1.2%	
	Adjusted Residual	-1.7	1.7		
ninguém	Count	71	58	129	
	Expected Count	75.3	53.7	129.0	
	% within De_quem	55.0%	45.0%	100.0%	
	% within Grupo	75.5%	86.6%	80.1%	
	Adjusted Residual	-1.7	1.7		
Total	Count	95	67	162	
	Expected Count	95.0	67.0	162.0	
	% within De_quem	58.4%	41.6%	100.0%	
	% within Grupo	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	18.875 ^a	5	.002	.000		
Likelihood Ratio	22.912	5	.000	.000		
Fisher's Exact Test	18.382			.000		
Linear-by-Linear Association	6.608 ^b	1	.010	.010	.005	.001
N of Valid Cases	161					

a. 8 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .83.

b. The standardized statistic is 2.571.

FASE DA MENOPAUSA

			Grupo		Total
			Não histerectomizadas	histerectomizadas	
pré-menopausa	Count		75	64	139
	Expected Count		80.6	57.4	138.0
	% within Fase_menop		53.6%	46.4%	100.0%
	% within Grupo		78.7%	95.5%	85.7%
	Adjusted Residual		-3.0	3.0	
peri-menopausa	Count		4	0	4
	Expected Count		2.3	1.7	4.0
	% within Fase_menop		100.0%	.0%	100.0%
	% within Grupo		4.3%	.0%	2.5%
	Adjusted Residual		1.7	-1.7	
pós-menopausa	Count		16	3	19
	Expected Count		11.1	7.9	19.0
	% within Fase_menop		84.2%	15.8%	100.0%
	% within Grupo		17.0%	4.5%	11.8%
	Adjusted Residual		2.4	-2.4	
Total	Count		95	67	162
	Expected Count		94.0	67.0	162.0
	% within Fase_menop		58.4%	41.6%	100.0%
	% within Grupo		100.0%	100.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	9.355 ^a	2	.009	.006		
Likelihood Ratio	11.486	2	.003	.004		
Fisher's Exact Test	9.155			.006		
Linear-by-Linear Association	7.805 ^b	1	.005	.006	.003	.002
N of Valid Cases	161					

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.66.

b. The standardized statistic is -2.794.

TOMA DE MEDICAÇÃO

		Grupo		Total
		Não histerectomizadas	histerectomizadas	
Não	Expected Count	57,5	40,5	98,0
	% within Toma_medic	67,3%	32,7%	100,0%
	% within Grupo	69,5%	47,8%	60,5%
	% of Total	40,7%	19,8%	60,5%
	Adjusted Residual	2,8	-2,8	
Sim	Expected Count	37,5	26,5	64,0
	% within Toma_medic	45,3%	54,7%	100,0%
	% within Grupo	30,5%	52,2%	39,5%
	% of Total	17,9%	21,6%	39,5%
	Adjusted Residual	-2,8	2,8	
Total	Expected Count	95,0	67,0	162,0
	% within Toma_medic	58,6%	41,4%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	58,6%	41,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	7,750 ^a	1	,005	,006	,004	
Continuity Correction ^b	6,869	1	,009			
Likelihood Ratio	7,744	1	,005	,009	,004	
Fisher's Exact Test				,006	,004	
Linear-by-Linear Association	7,703 ^c	1	,006	,006	,004	,003
N of Valid Cases	162					

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,47.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 2,775.

TIPO DE MEDICAÇÃO

		Grupo		Total	
		Não histerectomizadas	histerectomizadas		
anti-dislipidémicos	Expected Count	0	5,0	5,0	
	% within Tipo_medic	,0%	100,0%	100,0%	
	% within Grupo	,0%	13,5%	7,6%	
	% of Total	,0%	7,6%	7,6%	
	Adjusted Residual	-2,1	2,1		
anti-hipertensores	Expected Count	25,0	20,0	45,0	
	% within Tipo_medic	64,1%	35,9%	100,0%	
	% within Grupo	86,2%	37,8%	59,1%	
	% of Total	37,9%	21,2%	59,1%	
	Adjusted Residual	4,0	-4,0		
anti-hipertensores e anti- dislipidémicos	Expected Count	4,0	5,0	9,0	
	% within Tipo_medic	18,2%	81,8%	100,0%	
	% within Grupo	13,8%	48,6%	33,3%	
	% of Total	6,1%	27,3%	33,3%	
	Adjusted Residual	-3,0	3,0		
Total	Expected Count	29,0	37,0	66,0	
	% within Tipo_medic	43,9%	56,1%	100,0%	
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	43,9%	56,1%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	16,281 ^a	2	,000	,000		
Likelihood Ratio	18,741	2	,000	,000		
Fisher's Exact Test	16,172			,000		
Linear-by-Linear Association	2,128 ^b	1	,145	,206	,105	,059
N of Valid Cases	66					

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,20.

b. The standardized statistic is 1,459.

TIPO DE CIRURGIA

		Grupo	
		histerectomizadas	Total
histerectomia com anexectomia	Expected Count	29,0	29,0
	% within Tipo_de_cirurgia	100,0%	100,0%
	% within Grupo	43,3%	43,3%
	% of Total	43,3%	43,3%
	Adjusted Residual	.	
histerectomia sem anexectomia	Expected Count	38,0	38,0
	% within Tipo_de_cirurgia	100,0%	100,0%
	% within Grupo	56,7%	56,7%
	% of Total	56,7%	56,7%
	Adjusted Residual	.	
Total	Expected Count	67,0	67,0
	% within Tipo_de_cirurgia	100,0%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%
	% of Total	100,0%	100,0%

INDICAÇÃO CIRURGICA

		Grupo	
		histerectomizadas	Total
polipos	Expected Count	15,0	15,0
	% within Indicação_cirurgica	100,0%	100,0%
	% within Grupo	22,4%	22,4%
	% of Total	22,4%	22,4%
	Adjusted Residual	.	
miomas	Expected Count	33,0	33,0
	% within Indicação_cirurgica	100,0%	100,0%
	% within Grupo	49,3%	49,3%
	% of Total	49,3%	49,3%
	Adjusted Residual	.	
miomas, polipos, hemorragias	Expected Count	18,0	18,0
	% within Indicação_cirurgica	100,0%	100,0%
	% within Grupo	26,9%	26,9%
	% of Total	26,9%	26,9%
	Adjusted Residual	.	
ruptura do útero pelo DIU	Expected Count	1,0	1,0
	% within Indicação_cirurgica	100,0%	100,0%
	% within Grupo	1,5%	1,5%
	% of Total	1,5%	1,5%
	Adjusted Residual	.	
Total	Expected Count	67,0	67,0
	% within Indicação_cirurgica	100,0%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%
	% of Total	100,0%	100,0%

VIA DE ACESSO

		Grupo	
		histerectomizadas	Total
Histerectomia abdominal (HTA)	Expected Count	14,0	14,0
	% within Via_de_acesso	100,0%	100,0%
	% within Grupo	20,9%	20,9%
	% of Total	20,9%	20,9%
	Adjusted Residual	.	.
HTA + Intervenção sobre anexos	Expected Count	22,0	22,0
	% within Via_de_acesso	100,0%	100,0%
	% within Grupo	32,8%	32,8%
	% of Total	32,8%	32,8%
	Adjusted Residual	.	.
HV + correcção de prolapso	Expected Count	6,0	6,0
	% within Via_de_acesso	100,0%	100,0%
	% within Grupo	9,0%	9,0%
	% of Total	9,0%	9,0%
	Adjusted Residual	.	.
Histerectomia Vaginal	Expected Count	18,0	18,0
	% within Via_de_acesso	100,0%	100,0%
	% within Grupo	26,9%	26,9%
	% of Total	26,9%	26,9%
	Adjusted Residual	.	.
HV + intervenção sobre anexos	Expected Count	3,0	3,0
	% within Via_de_acesso	100,0%	100,0%
	% within Grupo	4,5%	4,5%
	% of Total	4,5%	4,5%
	Adjusted Residual	.	.
HV + intervenção sobre anexos+ correcção de prolapso	Expected Count	4,0	4,0
	% within Via_de_acesso	100,0%	100,0%
	% within Grupo	6,0%	6,0%
	% of Total	6,0%	6,0%
	Adjusted Residual	.	.
Total	Expected Count	67,0	67,0
	% within Via_de_acesso	100,0%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%
	% of Total	100,0%	100,0%

TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO HORMONAL

		Grupo		Total
		Não histerectomizadas	histerectomizadas	
Não	Expected Count	95,0	67,0	162,0
	% within Terap_subst_hormonal	58,6%	41,4%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	58,6%	41,4%	100,0%
	Adjusted Residual	.	.	.
Total	Expected Count	95,0	67,0	162,0
	% within Terap_subst_hormonal	58,6%	41,4%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	58,6%	41,4%	100,0%

GANHO DE PESO

		Grupo	
		histerectomizadas	Total
não observou ganho de peso	Expected Count	28,0	28,0
	% within Ganho_peso	100,0%	100,0%
	% within Grupo	41,8%	41,8%
	% of Total	41,8%	41,8%
	Adjusted Residual	.	
observou ganho de peso	Expected Count	39,0	39,0
	% within Ganho_peso	100,0%	100,0%
	% within Grupo	58,2%	58,2%
	% of Total	58,2%	58,2%
	Adjusted Residual	.	
Total	Expected Count	67,0	67,0
	% within Ganho_peso	100,0%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%
	% of Total	100,0%	100,0%

DIFICULDADE EM LIDAR COM O CORPO

		Grupo	
		histerectomizadas	Total
Não	Expected Count	59,0	59,0
	% within Dificuld_lidar_corpo	100,0%	100,0%
	% within Grupo	88,1%	88,1%
	% of Total	88,1%	88,1%
	Adjusted Residual	.	
Sim	Expected Count	8,0	8,0
	% within Dificuld_lidar_corpo	100,0%	100,0%
	% within Grupo	11,9%	11,9%
	% of Total	11,9%	11,9%
	Adjusted Residual	.	
Total	Expected Count	67,0	67,0
	% within Dificuld_lidar_corpo	100,0%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%
	% of Total	100,0%	100,0%

SENTIU-SE OCA, VAZIA, MENOS FEMININA

		Grupo	Total
		histerectomizadas	
Não	Expected Count	58,0	58,0
	% within Oca_vazia_menos_feminina	100,0%	100,0%
	% within Grupo	86,6%	86,6%
	% of Total	86,6%	86,6%
	Adjusted Residual	.	
Sim	Expected Count	9,0	9,0
	% within Oca_vazia_menos_feminina	100,0%	100,0%
	% within Grupo	13,4%	13,4%
	% of Total	13,4%	13,4%
	Adjusted Residual	.	
Total	Expected Count	67,0	67,0
	% within Oca_vazia_menos_feminina	100,0%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%
	% of Total	100,0%	100,0%

APOIO DO COMPANHEIRO

		Grupo	Total
		histerectomizadas	
Não	Expected Count	1,0	1,0
	% within Apoio_comp	100,0%	100,0%
	% within Grupo	1,5%	1,5%
	% of Total	1,5%	1,5%
	Adjusted Residual	.	
Sim	Expected Count	58,0	58,0
	% within Apoio_comp	100,0%	100,0%
	% within Grupo	86,6%	86,6%
	% of Total	86,6%	86,6%
	Adjusted Residual	.	
mais dos filhos	Expected Count	8,0	8,0
	% within Apoio_comp	100,0%	100,0%
	% within Grupo	11,9%	11,9%
	% of Total	11,9%	11,9%
	Adjusted Residual	.	
Total	Expected Count	67,0	67,0
	% within Apoio_comp	100,0%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%
	% of Total	100,0%	100,0%

APOIO INFLUÊNCIOU A SEXUALIDADE

		Grupo	
		histerectomizadas	Total
Não	Expected Count	20,0	20,0
	% within Apoio_infl_viv_sex	100,0%	100,0%
	% within Grupo	29,9%	29,9%
	% of Total	29,9%	29,9%
	Adjusted Residual	.	
Sim	Expected Count	47,0	47,0
	% within Apoio_infl_viv_sex	100,0%	100,0%
	% within Grupo	70,1%	70,1%
	% of Total	70,1%	70,1%
	Adjusted Residual	.	
Total	Expected Count	67,0	67,0
	% within Apoio_infl_viv_sex	100,0%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%
	% of Total	100,0%	100,0%

PROFISSIONAIS FALARAM SOBRE A SEXUALIDADE

		Grupo	
		histerectomizadas	Total
Não	Expected Count	60,0	60,0
	% within Prof_falaram_sex	100,0%	100,0%
	% within Grupo	89,6%	89,6%
	% of Total	89,6%	89,6%
	Adjusted Residual	.	
Sim	Expected Count	7,0	7,0
	% within Prof_falaram_sex	100,0%	100,0%
	% within Grupo	10,4%	10,4%
	% of Total	10,4%	10,4%
	Adjusted Residual	.	
Total	Expected Count	67,0	67,0
	% within Prof_falaram_sex	100,0%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%
	% of Total	100,0%	100,0%

PROFS. SAÚDE PREPARADOS PARA ORIENTAR CASAIS NA SEXUALIDADE

		Grupo	
		Histerectomizadas	Total
Não	Expected Count	42,0	42,0
	% within Prof_saud_prep_orien_sex_cas	100,0%	100,0%
	% within Grupo	62,7%	62,7%
	% of Total	62,7%	62,7%
	Adjusted Residual	.	.
Sim, mas não falam, ou a informação é insuficiente	Expected Count	25,0	25,0
	% within Prof_saud_prep_orien_sex_cas	100,0%	100,0%
	% within Grupo	37,3%	37,3%
	% of Total	37,3%	37,3%
	Adjusted Residual	.	.
Total	Expected Count	67,0	67,0
	% within Prof_saud_prep_orien_sex_cas	100,0%	100,0%
	% within Grupo	100,0%	100,0%
	% of Total	100,0%	100,0%

**ANEXO 11 – COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA, TESTE DE
NORMALIDADE E RESTANTES OUTPUTS DO HOSPITAL ANXIETY AND
DEPRESSION SCALE**

**COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA DO HOSPITAL ANXIETY AND
DEPRESSION SCALE (HADS)**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha HADS	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,792	,780	14

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1_HADS	16,48	33,233	,505	,432	,690
item2_HADS	17,54	28,846	,662	,711	,625
item3_HADS	16,79	34,403	,422	,257	,700
item4_HADS	17,73	31,364	,572	,700	,649
item5_HADS	16,95	34,482	,682	,321	,709
item6_HADS	16,22	35,413	,536	,527	,711
item7_HADS	17,75	35,131	,554	,207	,691
item8_HADS	15,92	31,093	,418	,441	,660
item9_HADS	18,06	36,344	,422	,416	,701
item10_HADS	15,91	26,519	,645	,738	,614
item11_HADS	16,72	35,071	,457	,168	,709
item12_HADS	17,31	28,103	,603	,581	,627
item13_HADS	17,09	35,371	,403	,423	,697
item14_HADS	17,62	29,704	,638	,772	,633

Coeficientes de consistência interna da HADS-A (Ansiedade)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,702	,352	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1_HADS	6,52	5,518	,640	,308	,589
item3_HADS	6,83	6,674	,620	,248	,642
item7_HADS	7,80	7,853	,629	,168	,589
item5_HADS	6,99	6,292	,621	,178	,641
item9_HADS	8,10	8,964	,643	,196	,572
item11_HADS	6,77	6,951	,645	,055	,488
item13_HADS	7,13	7,530	,678	,089	,568

Coefficientes de consistência interna da HADS-D (Depressão)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,836	,839	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item2_HADS	9,19	19,531	,644	,670	,805
item4_HADS	9,38	20,584	,716	,657	,802
item6_HADS	7,86	23,887	,628	,404	,878
item8_HADS	7,56	20,148	,645	,421	,820
item10_HADS	7,55	15,814	,835	,728	,766
item12_HADS	8,95	18,457	,637	,506	,806
item14_HADS	9,26	19,560	,716	,681	,696

TESTE DA NORMALIDADE PARA A HADS

Tests of Normality

Grupo		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade	Não hysterectomizadas	,113	95	,004	,972	95	,042
	hysterectomizadas	,165	67	,000	,943	67	,004
Depressão	Não hysterectomizadas	,214	95	,000	,908	95	,000
	hysterectomizadas	,196	67	,000	,888	67	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Estatísticas descritivas totais HADS por idade

Escalas	Idade	N	M	D.P.	Mi/Ma
Ansiedade	30-34 anos	1	8.00	-	8-8
	35-39 anos	3	6.33	5.033	1-11
	40-44 anos	34	8.76	2.425	4-13
	45-49 anos	57	7.86	2.806	1-14
	50-55 anos	67	8.63	3.228	1-15
Depressão	30-34 anos	1	6.00	-	6-6
	35-39 anos	3	6.33	2.517	4-9
	40-44 anos	34	5.79	1,298	4-9
	45-49 anos	57	5.44	1.464	2-10
	50-55 anos	67	5.97	1,792	2-11

Test Statistics^{b,c,d}

	Ansiedade	Depressão
Chi-Square	3,977	5,783
df	4	4
Asymp. Sig.	,409	,216
Exact Sig.	.	.
Point Probability	.	.

Estatísticas descritivas totais HADS por Habilitações Literárias

Escalas	Habilitações	N	M	D.P.
Ansiedade	2º ciclo (5º e 6º ano)	52	8,10	3,126
	3º ciclo (7º ao 9º ano)	46	9,13	2,762
	10º ao 12º	33	8,27	2,809
	ensino médio	7	7,29	2,289
	ensino superior	24	7,88	3,275
Depressão	2º ciclo (5º e 6º ano)	52	5,90	1,390
	3º ciclo (7º ao 9º ano)	46	5,54	1,410
	10º ao 12º	33	5,76	1,678
	ensino médio	7	6,57	2,225
	ensino superior	24	5,67	2,078

Test Statistics^{b,c,d}

	Ansiedade	Depressão
Chi-Square	5,352	2,896
df	4	4
Asymp. Sig.	,253	,575
Exact Sig.	.	^a
Point Probability	.	.

Estatísticas descritivas totais HADS por religião

Escalas	Religião	N	M	D.P.
Ansiedade	Praticante	37	8.85	3.106
	Não praticante	103	8.08	2.862
	Sem religião	22	9.18	2.938
Depressão	Praticante	37	5,95	1,736
	Não praticante	103	5.66	1,525
	Sem religião	22	6.09	1.900

Test Statistics^{b,c,d}

	Ansiedade	Depressão
Chi-Square	4,737	1,802
df	2	2
Asymp. Sig.	,094	,406
Exact Sig.	.	^a
Point Probability	.	.

Estatísticas descritivas totais HADS por NSE

Escalas	NSE	N	M	D.P.
Ansiedade	NSE baixo	81	8,27	2,846
	NSE médio	63	8,38	3,185
	NSE elevado	18	8,67	2,849
Depressão	NSE baixo	81	5,72	1,296
	NSE médio	63	5,79	1,851
	NSE elevado	18	5,89	1,997

Test Statistics^{b,c,d}

	Ansiedade	Depressão
Chi-Square	,299	,516
df	2	2
Asymp. Sig.	,861	,773
Exact Sig.	.	^a
Point Probability	.	.

Estadísticas descriptivas HADS por Grupo

Test Statistics^a

	Ansiedade	Depressão
Mann-Whitney U	3097,000	2758,500
Wilcoxon W	5375,000	5036,500
Z	-,294	-1,485
Asymp. Sig. (2-tailed)	,769	,138
Exact Sig. (2-tailed)	,770	,138
Exact Sig. (1-tailed)	,385	,069
Point Probability	,001	,000

a. Grouping Variable: Grupo

Estadísticas descriptivas HADS por tipo de cirurgia

Escalas	Tipo de cirurgia	N	M	D.P.	Mi/Ma	Assi.	Curt.
Ansiedade	histerectomia com anexectomia	29	8,52	3,055	4-15	.293	-1.131
	histerectomia sem anexectomia	38	8,13	2,527	3-12	-.283	-.990
Depressão	histerectomia com anexectomia	29	5,79	1,544	4-10	1.435	2.137
	histerectomia sem anexectomia	38	5,29	1,206	2-8	-.011	.804

Test Statistics^a

	Ansiedade	Depressão
Mann-Whitney U	518,000	476,000
Wilcoxon W	1259,000	1217,000
Z	-,423	-,985
Asymp. Sig. (2-tailed)	,672	,325
Exact Sig. (2-tailed)	,676	,329
Exact Sig. (1-tailed)	,338	,165
Point Probability	,002	,001

a. Grouping Variable: Tipo de cirurgia

Estadísticas descriptivas HADS por via de acceso

Escalas	Via de Acceso	N	M	D.P.	Mi/Ma	Assi.	Curt.
Ansiedad	Histerectomia abdominal (HTA)	36	8.83	2,731	4-15	-0.73	-.827
	Histerectomia Vaginal	31	7,68	2,688	3-13	.269	-.837
Depressão	Histerectomia abdominal (HTA)	36	5,78	1,495	4-10	1.436	1.897
	Histerectomia Vaginal	31	5,19	1,167	2-7	-.537	.176

Test Statistics^{b,c,d}

	Ansiedad	Depressão
Chi-Square	4,769	4,286
df	5	5
Asymp. Sig.	,445	,509
Exact Sig.	. ^a	
Point Probability	.	

Estadísticas descriptivas HADS por tempo de cirurgia

Escalas	Tempo cirurgia	N	M	D.P.	Mi/Ma	Assi	Curt.
Ansiedad	≤1 ano	38	8.76	2.655	4-13	-.233	-1.222
	>1 ≤2 años	29	7.69	2.804	3-15	.530	.011
Depressão	≤1 ano	38	5.71	1.431	4-10	1.476	2.739
	>1 ≤2 años	29	5.24	1,272	2-8	-.041	.456

Test Statistics^{b,c}

	Score_Ansiedad_TOTAL	Score_Depressão_TOTAL
Chi-Square	4,463	1,407
df	3	3
Asymp. Sig.	,216	,704
Exact Sig.	. ^a	,712
Point Probability	.	,000

**ANEXO 12 – COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA, TESTE DE
NORMALIDADE E RESTANTES OUTPUTS DO SHORT FORM-36V2**

COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA MOS-SF-36V2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1_SF_36	119,25	361,653	,412	.	,900
item2_SF_36	119,73	392,159	-,389	.	,910
item3a_SF_36	120,53	367,399	,450	.	,901
item3b_SF_36	119,82	370,625	,350	.	,902
item3c_SF_36	119,90	364,746	,612	.	,899
item3d_SF_36	120,18	365,627	,513	.	,900
item3e_SF_36	119,63	376,795	,138	.	,903
item3f_SF_36	120,00	370,374	,315	.	,902
item3g_SF_36	119,83	370,693	,346	.	,902
item3h_SF_36	119,73	371,350	,364	.	,902
item3i_SF_36	119,66	371,265	,400	.	,901
item3j_SF_36	119,58	375,320	,205	.	,903
item4a_SF_36	118,76	351,441	,552	.	,898
item4b_SF_36	118,89	353,588	,556	.	,898
item4c_SF_36	118,70	349,035	,644	.	,897
item4d_SF_36	118,63	344,628	,754	.	,895
item5a_SF_36	118,47	353,971	,652	.	,897
item5b_SF_36	118,74	356,630	,491	.	,899
item5c_SF_36	120,73	372,187	,108	.	,905
item6_SF_36	118,63	353,717	,511	.	,899
item7_SF_36	119,75	391,604	-,222	.	,916
item8_SF_36	117,84	358,334	,344	.	,902
item9a_SF_36	118,32	351,693	,522	.	,899
item9b_SF_36	118,72	337,649	,678	.	,895
item9c_SF_36	117,87	337,996	,712	.	,895
item9d_SF_36	118,84	337,408	,693	.	,895
item9e_SF_36	118,60	342,778	,648	.	,896
item9f_SF_36	118,24	331,067	,779	.	,893
item9g_SF_36	118,57	343,727	,657	.	,896
item9h_SF_36	118,32	349,384	,505	.	,899
item9i_SF_36	118,66	344,854	,761	.	,895
item10_SF_36	118,79	348,561	,619	.	,897
item11a_SF_36	118,43	361,001	,363	.	,901
item11b_SF_36	118,59	365,165	,290	.	,902
item11c_SF_36	118,86	369,004	,200	.	,904
item11d_SF_36	118,97	363,022	,359	.	,901

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha MOS-SF-36v2	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,903	,910	36

Teste da Normalidade de Kolmogorov-Smirnov para a SF-36v2 e suas dimensões

Tests of Normality

Grupo		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Funcionamento Físico	Não histerectomizadas	,189	95	,000	,847	95	,000
	histerectomizadas	,205	67	,000	,893	67	,000
Desempenho Físico	Não histerectomizadas	,122	95	,001	,924	95	,000
	histerectomizadas	,187	67	,000	,858	67	,000
Dor Corporal	Não histerectomizadas	,325	95	,000	,854	95	,000
	histerectomizadas	,237	67	,000	,869	67	,000
Saúde Geral	Não histerectomizadas	,139	95	,000	,902	95	,000
	histerectomizadas	,109	67	,047	,972	67	,132
Vitalidade	Não histerectomizadas	,162	95	,000	,914	95	,000
	histerectomizadas	,108	67	,050	,968	67	,086
Funcionamento Social	Não histerectomizadas	,238	95	,000	,846	95	,000
	histerectomizadas	,170	67	,000	,883	67	,000
Desempenho Emocional	Não histerectomizadas	,210	95	,000	,840	95	,000
	histerectomizadas	,209	67	,000	,915	67	,000
Saúde Mental	Não histerectomizadas	,139	95	,000	,915	95	,000
	histerectomizadas	,136	67	,004	,939	67	,003
Componente Física	Não histerectomizadas	,189	95	,000	,870	95	,000
	histerectomizadas	,102	67	,080	,954	67	,015
Componente Mental	Não histerectomizadas	,136	95	,000	,921	95	,000
	histerectomizadas	,086	67	,200*	,952	67	,012

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Distribuição das participantes de acordo com estado de saúde actual

item1_SF_36

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Optima	6	2,1	3,7	3,7
	muito boa	44	15,1	27,2	30,9
	Boa	67	22,9	41,4	72,2
	Razoável	39	13,4	24,1	96,3
	Fraca	6	2,1	3,7	100,0
	Total	162	55,5	100,0	
Missing	System	130	44,5		
Total		292	100,0		

Distribuição das participantes de acordo com estado de saúde há um ano atrás

item2_SF_36

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito melhor	26	8,9	16,0	16,0
	com algumas melhoras	12	4,1	7,4	23,5
	aproximadamente igual	103	35,3	63,6	87,0
	um pouco pior	18	6,2	11,1	98,1
	muito pior	3	1,0	1,9	100,0
	Total	162	55,5	100,0	
Missing	System	130	44,5		
Total		292	100,0		

Pontuações médias para a escala SF-36v2

Statistics

	Func. Físico	Desemp. Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Func. Social	Desemp. Emocional	Saúde Mental	Comp. Física	Comp. Mental
N	162	162	162	162	162	162	162	162	162	162
M	79,63	68,36	53,65	66,46	58,80	69,21	54,17	61,63	66,52	53,20
Mediana	85,00	75,00	50,00	72,00	60,00	75,00	50,00	60,00	65,80	54,00
D.P.	19,349	24,753	14,520	21,820	21,138	26,804	19,266	26,032	9,343	13,098
Variância	374,396	612,719	210,838	476,101	446,834	718,437	371,161	677,676	87,292	171,555
Assi.	-1,473	-,465	,439	-,657	-,183	-,446	,565	-,466	-,708	-,472
Curt.	1,779	-,743	,407	-,267	-,720	-1,166	,051	-,644	1,225	-,437
Mínimo	20	6	22	5	10	25	17	12	34	28
Máximo	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Hipótese 1.2a - Pontuações médias para a escala SF-36v2, por idade

Dimensões	Idade	N	M	D.P.	Mi/Ma	χ^2	p
Dor Corporal	30-34 anos	1	50.00	--	50-100	1.419	.841
	35-39 anos	3	48.67	4.163	44-100		
	40-44 anos	34	52.65	14.058	45-100		
	45-49 anos	57	54.04	13.419	22-100		
	50-55 anos	67	54.10	16.125	22-100		
Desempenho Emocional	30-34 anos	1	66.67	--	67-100	3.367	.498
	35-39 anos	3	66.67	8.333	58-100		
	40-44 anos	34	51.72	16.125	33-100		
	45-49 anos	57	55.26	21.341	25-100		
	50-55 anos	67	69.21	26.804	25-100		
Desempenho Físico	30-34 anos	1	100.00	--	100-100	5.913	.206
	35-39 anos	3	72.92	23.662	56-100		
	40-44 anos	34	67.28	21.599	25-100		
	45-49 anos	57	63.38	28.161	25-100		
	50-55 anos	67	72.48	22.719	19-100		
Funcionamento Físico	30-34 anos	1	100.00	--	100-100	6.618	.157
	35-39 anos	3	85.00	25.981	55-100		
	40-44 anos	34	80.88	15.149	45-100		
	45-49 anos	57	82.63	16.853	30-100		
	50-55 anos	67	75.90	22.511	20-100		
Funcionamento Social	30-34 anos	1	75.00	--	75-100	.090	.999
	35-39 anos	3	66.67	28.868	50-100		
	40-44 anos	34	69.85	26.848	25-100		
	45-49 anos	57	67.54	30.423	25-100		
	50-55 anos	67	70.34	24.018	25-100		
Saúde Geral	30-34 anos	1	72.00	--	72-100	8.937	.063
	35-39 anos	3	75.33	12.583	62-100		
	40-44 anos	34	70.35	14.585	30-100		
	45-49 anos	57	70.79	23.076	25-100		
	50-55 anos	67	60.33	23.076	25-100		
Saúde Mental	30-34 anos	1	60.00	--	60-100	2.018	.732
	35-39 anos	3	74.67	16.853	58-100		
	40-44 anos	34	67.18	16.993	44-100		
	45-49 anos	57	57.05	31.228	22-100		
	50-55 anos	67	62.15	25.119	22-100		
Vitalidade	30-34 anos	1	50.00	--	50-100	5.165	.271
	35-39 anos	3	55.00	17.231	45-100		
	40-44 anos	34	66.32	16.344	35-100		
	45-49 anos	57	55.96	21.390	25-100		
	50-55 anos	67	57.69	22.802	20-100		
Componente Física	30-34 anos	1	76.40	--	76-100	1,887	,756
	35-39 anos	3	69.60	9,625	60-100		
	40-44 anos	34	67.28	8,231	45-100		
	45-49 anos	57	67.23	8,976	49-100		
	50-55 anos	67	65.25	10,180	34-100		
Componente Mental	30-34 anos	1	53.00	--	53-100	1.130	,889
	35-39 anos	3	57.00	8.544	48-100		
	40-44 anos	34	55.85	7.921	46-100		
	45-49 anos	57	51.49	15.722	28-100		
	50-55 anos	67	53.15	12.976	28-100		

Hipótese 1.2b - Pontuações médias para a escala SF-36v2, por religião

Subescalas	religião	N	Mean Rank	χ^2	P
Funcionamento Físico	praticante	37	64,59	6.606	.037
	não praticante	103	87,48		
	sem religião	22	81,93		
Desempenho Físico	praticante	37	81,47	7.686	.021
	não praticante	103	86,85		
	sem religião	22	56,50		
Dor Corporal	praticante	37	78,12	4.231	.121
	não praticante	103	86,17		
	sem religião	22	65,32		
Saúde Geral	praticante	37	60,36	15.789	.000
	não praticante	103	92,48		
	sem religião	22	65,66		
Vitalidade	praticante	37	65,65	6.511	.039
	não praticante	103	88,12		
	sem religião	22	77,16		
Funcionamento Social	praticante	37	70,28	2.869	.238
	não praticante	103	84,63		
	sem religião	22	85,70		
Desempenho Emocional	praticante	37	92,68	4.738	.094
	não praticante	103	75,59		
	sem religião	22	90,36		
Saúde Mental	praticante	37	77,55	2.920	.232
	não praticante	103	85,77		
	sem religião	22	68,14		
Componente Física	praticante	37	56,96	22.704	.000
	não praticante	103	94,75		
	sem religião	22	60,73		
Componente Mental	praticante	37	73,85	2.829	.243
	não praticante	103	86,17		
	sem religião	22	72,50		

Hipótese 1.2c - Pontuações médias para a escala SF-36v2, por habilitações literárias

Dimensões	2ºciclo		3º ciclo		10-12º ano		E médio		E Superior	
	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.	M	D.P.
Dor Corporal	56.15	17.86	51.15	12.30	54.52	14.64	52.0	9.31	52.29	11.02
Desempenho Emocional	49.68	19.17	55.07	11.45	60.10	23.45	51.19	33.48	54.86	19.18
Desempenho Físico	69.47	18.71	65.35	24.74	75.38	27.77	66.96	23.02	62.50	24.75
Funcionamento Físico	70.0	24.17	82.61	13.65	89.85	12.90	77.86	4.88	81,25	18.49
Funcionamento Social	65.14	21.91	71.47	26.96	84.09	27.11	55.36	28.74	57.29	27.06
Saúde Geral	56.81	20.55	65.28	20.14	78.61	21.45	63.57	25.68	73.79	17.52
Saúde Mental	60.08	21.94	64.87	21.99	73.09	29.33	55.43	31.36	44.83	27.48
Vitalidade	54.23	20.18	62.17	15.41	67.73	23.89	68.57	19.73	47.08	22.55
Totais										
Componente física	63.09	10.19	66.15	7.77	72.20	9.43	65.20	2.35	67.24	7.94
Componente mental	51.04	10.35	54.98	10.49	59.76	15.78	52.14	13.74	45.79	14.69

Test Statistics^{b,c,d}

	Desemp Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Func. Social	Desemp Emocional	Func Físico	Saúde Mental	Comp Física	Comp Mental
Chi-Square	5,445	3,873	30,626	19,362	23,336	6,249	28,588	19,701	12,333	20,060
df	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,245	,423	,000	,001	,000	,181	,000	,001	,015	,000
Exact Sig. Point Probability					. a	. a				

Hipótese 1.2d - Pontuações médias para a escala SF-36v2, por NSE

Dimensões	Baixo		Médio		Elevado	
	<i>M</i>	<i>D.P.</i>	<i>M</i>	<i>D.P.</i>	<i>M</i>	<i>D.P.</i>
Dor Corporal	53.77	14.80	53.86	15.58	52.39	8.87
Desempenho Emocional	52.57	17.81	57.14	20.84	50.93	19.57
Desempenho Físico	66.98	20.85	72.22	25.52	61.11	35.52
Funcionamento Físico	73.83	21.42	84.60	16.23	88.33	9.55
Funcionamento Social	67.28	23.43	75.20	28.53	56.94	30.68
Saúde Geral	58.64	21.03	72.67	20.91	79.94	14.35
Saúde Mental	63.56	22.86	64.38	26.53	43.33	31.50
Vitalidade	57.41	19.29	64.05	20.79	46.67	25.26
Totais						
Componente física	63.59	9.033	69.40	9.283	69.67	6.805
Componente mental	53.06	10.93	55.78	13.66	44.83	16.82

Test Statistics^{b,c,d}

	Desemp Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Func. Social	Desemp Emocional	Func Físico	Saúde Mental	Comp Física	Comp Mental
Chi-Square	2,870	1,147	28,303	8,970	9,542	1,805	17,665	6,850	10,977	6,428
df	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,238	,563	,000	,011	,008	,406	,000	,033	,004	,040

Hipótese 1.2e – Teste Mann-Whitney para a escala SF-36v2, por Grupo

	Componente Física	Componente Mental
Mann-Whitney U	2492,000	2537,000
Wilcoxon W	4770,000	7097,000
Z	-2,351	-2,201
Asymp. Sig. (2-tailed)	,019	,028
Exact Sig. (2-tailed)	,018	,028
Exact Sig. (1-tailed)	,009	,014
Point Probability	,000	,000

a. Grouping Variable: Grupo

Hipótese 1.2f – Pontuações médias para a escala SF-36v2, por tipo de cirurgia

Escalas	Tipo de cirurgia	N	M	D.P.	Mi/Ma	U*	P
Funcionamento Físico	Com anexectomia	29	61,21	27,113	20-100	1858.000	.000
	Sem anexectomia	38	77,37	17,504	35-100		
Desempenho Físico	Com anexectomia	29	73,06	20,465	19-100	1966.500	.000
	Sem anexectomia	38	80,76	22,762	6-100		
Dor Corporal	Com anexectomia	29	50,00	17,167	22-100	2971.000	.450
	Sem anexectomia	38	51,89	13,205	22-100		
Saúde Geral	Com anexectomia	29	45,52	20,211	5-100	1639.500	.000
	Sem anexectomia	38	63,18	22,149	10-100		
Vitalidade	Com anexectomia	29	60,00	19,866	10-100	3174.500	.978
	Sem anexectomia	38	59,08	17,276	20-100		
Funcionamento Social	Com anexectomia	29	71,98	26,654	25-100	2421.000	.008
	Sem anexectomia	38	79,93	17,325	50-100		
Desempenho Emocional	Com anexectomia	29	57,18	19,508	17-100	2366.000	.004
	Sem anexectomia	38	59,87	20,028	17-100		
Saúde Mental	Com anexectomia	29	63,45	22,922	28-100	2517.500	.023
	Sem anexectomia	38	71,89	21,661	16-100		
Totais							
Componente Física	Com anexectomia	29	59.03	11.267	34-100	2492.000	.019
	Sem anexectomia	38	67.22	10.762	41-100		
Componente Mental	Com anexectomia	29	54.48	11.131	30-100	2537.000	.028
	Sem anexectomia	38	57.37	9.990	29-100		

* teste Mann-Whitney

Hipótese 1.2g – Pontuações médias para a escala SF-36v2, por Via de acesso

Escalas	Via de acesso	M	D.P.	Mi/Ma	U*	P
Funcionamento Físico	Abdominal	72,08	21,954	20-100	511,500	,556
	Vaginal	68,39	25,245	20-100		
Desempenho Físico	Abdominal	76,04	21,261	19-100	491,500	,396
	Vaginal	79,03	23,023	6-100		
Dor Corporal	abdominal	48,61	13,908	22-84	487,500	,360
	Vaginal	53,94	15,832	22-90		
Saúde Geral	abdominal	54,42	23,416	5-97	511,000	,554
	Vaginal	56,84	22,682	5-92		
Vitalidade	abdominal	62,08	18,837	10-100	496,000	,432
	Vaginal	56,45	17,473	10-90		
Funcionamento Social	abdominal	71,53	25,810	25-100	444,000	,142
	Vaginal	82,26	15,060	50-100		
Desempenho Emocional	abdominal	59,26	16,759	17-100	528,000	,696
	Vaginal	58,06	22,921	17-100		
Saúde Mental	abdominal	67,11	21,596	28-100	503,000	,488
	Vaginal	69,55	23,680	16-100		
Totais						
Componente Física	abdominal	63,33	11,208	34-79	519,000	,624
	Vaginal	64,08	12,296	34-83		
Componente Mental	abdominal	56,03	10,903	30-71	548,000	,900
	Vaginal	56,23	10,105	29-72		

* teste Mann-Whitney

Hipótese 1.2h - Correlação entre a pontuação e o tempo de cirurgia

Escalas (N=67)	Coeficiente de correlação	
	Spearman	p
Dor Corporal	-.308	.011
Desempenho Emocional	.075	.545
Desempenho Físico	.261	.033
Funcionamento Físico	.093	.456
Funcionamento Social	-.022	.861
Saúde Geral	.016	.898
Saúde Mental	-.128	.302
Vitalidade	-.011	.928
Totais		
Componente Física	.125	.312
Componente mental	-.059	.634

**ANEXO 13 – COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA, TESTE DE
NORMALIDADE E RESTANTES OUTPUTS DO FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX**

COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA FSFI

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha das dimensões do FSFI	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,876	,729	19

Coefficiente de consistência interna das dimensões da FSFI

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Desejo_Sexual	41,09	40,055	,703	.	,656
Excitação	40,74	39,297	,835	.	,662
Lubrificação	42,22	53,561	,099	.	,754
Orgasmo	41,31	45,192	,830	.	,677
Satisfação	39,89	45,526	,723	.	,684
Dor	43,28	58,007	,276	.	,796
FSFI_TOTAL	22,59	13,751	1,000	.	,672

Coefficiente de consistência interna dos itens da FSFI

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,886	,873	19

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
item1_FSFI	55,69	75,174	,610	,702	,746
item2_FSFI	55,90	75,183	,520	,584	,752
item3_FSFI	55,38	71,641	,730	,838	,733
item4_FSFI	55,71	74,679	,717	,787	,739
item5_FSFI	55,58	73,214	,810	,835	,733
item6_FSFI	55,35	71,521	,747	,834	,732
item7_FSFI	55,31	74,975	,528	,785	,751
item8_FSFI	57,57	92,855	-,203	,740	,798
item9_FSFI	56,46	93,579	-,230	,759	,802
item10_FSFI	57,61	92,214	-,171	,893	,796
item11_FSFI	55,36	73,113	,665	,865	,740
item12_FSFI	57,49	93,705	-,242	,881	,801
item13_FSFI	55,10	73,406	,748	,846	,736
item14_FSFI	54,73	74,609	,823	,876	,735
item15_FSFI	54,76	83,004	,454	,775	,763
item16_FSFI	54,92	82,832	,344	,694	,767
item17_FSFI	57,57	92,544	-,200	,415	,795
item18_FSFI	57,68	92,406	-,190	,733	,795
item19_FSFI	57,60	93,037	-,216	,733	,798

Teste da Normalidade de Kolmogorov-Smirnov para a FSFI e suas dimensões

Tests of Normality

Grupo		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Desejo_Sexual	Não hysterectomizadas	,168	95	,000	,912	95	,000
	hysterectomizadas	,133	67	,005	,949	67	,009
Excitação	Não hysterectomizadas	,280	95	,000	,854	95	,000
	hysterectomizadas	,131	67	,006	,966	67	,065
Lubrificação	Não hysterectomizadas	,295	95	,000	,650	95	,000
	hysterectomizadas	,170	67	,000	,928	67	,001
Orgasmo	Não hysterectomizadas	,282	95	,000	,729	95	,000
	hysterectomizadas	,166	67	,000	,891	67	,000
Satisfação	Não hysterectomizadas	,335	95	,000	,627	95	,000
	hysterectomizadas	,159	67	,000	,899	67	,000
Dor	Não hysterectomizadas	,274	95	,000	,819	95	,000
	hysterectomizadas	,297	67	,000	,790	67	,000
FSFI_TOTAL	Não hysterectomizadas	,152	95	,000	,838	95	,000
	hysterectomizadas	,080	67	,200*	,962	67	,040

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Pontuações médias para a escala FSFI

Escalas	<i>M</i>	<i>D.P.</i>	<i>Mi/Ma</i>	<i>Assi.</i>	<i>Curt.</i>
Desejo Sexual	4.023	1.260	1.2-6	-.298	-.558
Excitação	4.50	1.179	2-6	-.622	-.537
Lubrificação	3.04	.532	2-5	1.077	.375
Orgasmo	3.94	.581	2-5	-1.147	.585
Satisfação	5.30	.902	3-6	-1.164	.302
Dor	1.92	.913	1.2-5	1.271	.919
FSFI global	22.78	3.004	1.2-28	-.846	1.527

Hipótese 1.3a - Pontuações médias totais para a escala FSFI por idade

Subescalas	Idade	N	Mean Rank	χ^2	P
Desejo Sexual	30-34 anos	1	88,00	19,912	,001
	35-39 anos	3	84,67		
	40-44 anos	34	93,38		
	45-49 anos	57	96,32		
	50-55 anos	67	63,67		
Excitação	30-34 anos	1	86,00	20,795	,000
	35-39 anos	3	98,83		
	40-44 anos	34	94,57		
	45-49 anos	57	96,19		
	50-55 anos	67	61,91		
Lubrificação	30-34 anos	1	100,00	9,322	,054
	35-39 anos	3	67,67		
	40-44 anos	34	71,03		
	45-49 anos	57	73,49		
	50-55 anos	67	93,97		
Orgasmo	30-34 anos	1	88,00	10,536	,032
	35-39 anos	3	96,33		
	40-44 anos	34	85,81		
	45-49 anos	57	93,28		
	50-55 anos	67	69,28		
Satisfação	30-34 anos	1	83,00	21,683	,000
	35-39 anos	3	82,83		
	40-44 anos	34	87,18		
	45-49 anos	57	99,54		
	50-55 anos	67	63,79		
Dor	30-34 anos	1	85,00	8,617	,071
	35-39 anos	3	73,83		
	40-44 anos	34	87,82		
	45-49 anos	57	69,55		
	50-55 anos	67	87,75		
FSFI Total	30-34 anos	1	80,50	22,393	,000
	35-39 anos	3	84,50		
	40-44 anos	34	90,29		
	45-49 anos	57	99,82		
	50-55 anos	67	61,93		

Hipótese 1.3b - Pontuações médias totais para a escala FSFI por religião

Subescalas	Religião	N	Mean Rank	χ^2	P
Desejo Sexual	praticante	37	69,05	4.202	.122
	não praticante	103	86,83		
	sem religião	22	77,50		
Excitação	praticante	37	58,97	12.918	.002
	não praticante	103	85,64		
	sem religião	22	100,00		
Lubrificação	praticante	37	92,73	4.543	.103
	não praticante	103	75,88		
	sem religião	22	88,91		
Orgasmo	praticante	37	72,18	8.714	.013
	não praticante	103	79,50		
	sem religião	22	106,57		
Satisfação	praticante	37	63,86	8.430	.015
	não praticante	103	85,14		
	sem religião	22	94,14		
Dor	praticante	37	83,51	20.688	.000
	não praticante	103	72,51		
	sem religião	22	120,20		
FSFI Total	praticante	37	60,15	13.714	.001
	não praticante	103	84,07		
	sem religião	22	105,36		

Hipótese 1.3c - Pontuações médias totais para a escala FSFI por habilitações literárias

Habilitações	Estatísticas descritivas	Desejo Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI Total
2º Ciclo (5º e 6º ano)	<i>M</i>	3,25	3,71	3,31	3,55	4,75	2,12	20,63
	<i>D.P.</i>	1,225	1,298	,699	,694	1,004	1,024	3,117
	<i>Mi/Ma</i>	1-5	2-6	2-5	2-5	3-6	1-4	12-25
	<i>Curt.</i>	-,742	-1,096	-1,282	-1,204	-1,255	,095	1,089
	<i>Assi.</i>	-,072	,125	,247	-,121	-,343	1,070	-,975
	<i>N</i>	52	52	52	52	52	52	52
3º Ciclo (7º ao 9º ano)	<i>M</i>	4,32	5,01	2,95	4,10	5,53	1,89	22,59
	<i>D.P.</i>	1,177	,918	,400	,493	,861	,803	2,450
	<i>Mi/Ma</i>	2-6	2-6	2-4	2-5	3-6	1-3	17-28
	<i>Curt.</i>	-,689	,867	,285	4,467	3,461	-1,379	,792
	<i>Assi.</i>	-,065	-1,035	1,233	-1,745	-2,041	,562	-,758
	<i>N</i>	46	46	46	46	46	46	46
10º ao 12º	<i>M</i>	4,71	4,97	2,91	4,24	5,75	1,49	24,43
	<i>D.P.</i>	1,062	,868	,363	,222	,518	,532	2,524
	<i>Mi/Ma</i>	2-6	2-6	2-4	4-4	4-6	1-3	19-28
	<i>Curt.</i>	-,627	-,195	1,531	,116	1,539	4,978	,068
	<i>Assi.</i>	-,620	-,898	1,302	-1,029	-1,749	2,237	-,373
	<i>N</i>	33	33	33	33	33	33	33
Ensino médio	<i>M</i>	4,29	4,46	2,70	3,77	5,20	2,17	23,79
	<i>D.P.</i>	1,006	,702	,300	,454	,800	1,219	1,250
	<i>Mi/Ma</i>	2-5	3-6	2-3	3-4	4-6	1-5	22-25
	<i>Curt.</i>	1,268	2,637	-2,600	-,743	-1,550	5,070	6,692
	<i>Assi.</i>	-1,201	,239	,000	,725	-,175	2,101	2,571
	<i>N</i>	7	7	7	7	7	7	7
Ensino superior	<i>M</i>	4,17	4,61	2,87	4,10	5,45	2,05	23,26
	<i>D.P.</i>	1,008	,952	,342	,378	,599	1,037	1,986
	<i>Mi/Ma</i>	2-5	3-6	2-4	3-4	4-6	1-5	19-27
	<i>Curt.</i>	-,883	-1,559	3,095	5,092	-,583	,508	-,768
	<i>Assi.</i>	-,229	-,090	,932	-1,902	-,644	1,091	-,095
	<i>N</i>	24	24	24	24	24	24	24

Test Statistics^{b,c,d,e}

	Desejo_Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI_TOTAL
Chi-Square	31,995	33,487	13,260	31,799	38,109	10,596	40,231
df	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,000	,000	,010	,000	,000	,031	,000
Exact Sig. Point Probability		. ^a	.	.a	.		

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Habilitações

Hipótese 1.3d - Pontuações médias totais para a escala FSFI por nível sócio-económico

NSE	Estatísticas descritivas	Desejo Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI Total
Baixo	<i>M</i>	3,64	4,17	3,20	3,74	5,01	2,04	21,78
	<i>D.P.</i>	1,324	1,309	,627	,688	1,042	,956	3,234
	<i>Assi.</i>	-,096	-,353	,599	-,456	-,728	1,011	-,886
	<i>Curt.</i>	-,638	-1,026	-,895	-,882	-,860	,113	1,046
	<i>N</i>	81	81	81	81	81	81	81
Médio	<i>M</i>	4,48	4,86	2,86	4,13	5,63	1,73	23,88
	<i>D.P.</i>	1,044	,894	,340	,337	,605	,763	2,427
	<i>Assi.</i>	-,140	-,585	1,203	-2,378	-1,441	1,759	-,129
	<i>Curt.</i>	-,976	-,401	1,527	10,067	1,250	3,309	,175
	<i>N</i>	63	63	63	63	63	63	63
Elevado	<i>M</i>	4,23	4,72	2,90	4,13	5,44	2,02	23,45
	<i>D.P.</i>	1,155	1,073	,385	,434	,660	1,119	2,239
	<i>Assi.</i>	-,367	-,378	,710	-2,005	-,707	1,171	-,349
	<i>Curt.</i>	-1,346	-1,816	2,114	4,382	-,852	,659	-1,089
	<i>N</i>	18	18	18	18	18	18	18

Test Statistics^{b,c,d,e}

	Desejo_Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI_TOTAL
Chi-Square	15,631	10,149	10,309	13,132	18,253	3,590	15,747
df	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,000	,006	,006	,001	,000	,166	,000
Exact Sig. Point Probability			. a		. a		

a. Kruskal Wallis Test.

b. Grouping Variable: NSE

Hipótese 1.3e – Teste Mann-Whitney para a escala FSFI por grupo

Test Statistics^a

	Desejo_Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI_TOTAL
Mann-Whitney U	1872,000	1689,000	1979,000	1913,500	1811,000	2892,000	1521,500
Wilcoxon W	4150,000	3967,000	6539,000	4191,500	4089,000	7452,000	3799,500
Z	-4,516	-5,111	-4,285	-4,523	-4,964	-1,036	-5,658
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,300	,000
Exact Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,302	,000
Exact Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,151	,000
Point Probability	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Test Statistics^a

	Desejo_Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI_TOTAL
Mann-Whitney U	1872,000	1689,000	1979,000	1913,500	1811,000	2892,000	1521,500
Wilcoxon W	4150,000	3967,000	6539,000	4191,500	4089,000	7452,000	3799,500
Z	-4,516	-5,111	-4,285	-4,523	-4,964	-1,036	-5,658
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,300	,000
Exact Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,302	,000
Exact Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,151	,000
Point Probability	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: Grupo

Hipótese 1.3f – Pontuações médias para a escala FSFI por tipo de histerectomia

Tipo de cirurgia	Estatísticas descritivas	Desejo Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI Total
Com anexectomia	<i>M</i>	2,98	3,38	3,46	3,54	4,41	2,50	20,29
	<i>D.P.</i>	1,105	1,351	,603	,715	,865	1,295	2,567
	<i>Assí.</i>	,423	,826	-,551	-,221	,589	,609	,604
	<i>Curt.</i>	,004	-,220	-,854	-1,262	-,557	-1,26	-,339
	<i>N</i>	29	29	29	29	29	29	29
Sem anexectomia	<i>M</i>	3,88	4,36	3,10	3,85	5,27	1,82	22,29
	<i>D.P.</i>	1,105	,836	,537	,440	,852	,974	2,134
	<i>Assí.</i>	-,586	-1,235	,347	-,482	-1,442	1,183	-,277
	<i>Curt.</i>	-,235	2,366	-,759	-,066	2,091	,008	-,728
	<i>N</i>	38	38	38	38	38	38	38

Test Statistics^a

	Desejo Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI TOTAL
Mann-Whitney U	303,500	277,000	369,500	421,000	250,500	325,500	297,500
Wilcoxon W	738,500	712,000	1110,500	856,000	685,500	1066,500	732,500
Z	-3,171	-3,481	-2,332	-1,688	-3,875	-2,989	-3,211
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,000	,020	,091	,000	,003	,001
Exact Sig. (2-tailed)	,001	,000	,019	,092	,000	,002	,001
Exact Sig. (1-tailed)	,001	,000	,010	,046	,000	,001	,001
Point Probability	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: Tipo de cirurgia

Hipótese 1.3g - Pontuações médias para a escala FSFI, por via de acesso

Via de Acesso	Estatística Descritiva	Desejo Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI Total
HTA	<i>M</i>	3,18	3,76	3,38	3,61	4,54	2,40	20,88
	<i>D.P.</i>	1,137	1,182	,530	,638	,971	1,236	2,529
	<i>Mi/Ma</i>	1-5	2-6	2-4	2-4	3-6	1-5	17-25
	<i>Curt.</i>	,093	-,095	-,251	-,541	-,005	,628	,090
	<i>Assi.</i>	-,693	-,723	-1,046	-,564	-,964	-1,086	-,765
	<i>N</i>	36	36	36	36	36	36	36
HV	<i>M</i>	3,85	4,14	3,11	3,85	5,32	1,78	22,06
	<i>D.P.</i>	1,157	1,173	,627	,513	,753	,995	2,394
	<i>Mi/Ma</i>	1-5	2-6	2-4	3-4	4-6	1-4	18-26
	<i>Curt.</i>	-,465	-,456	,406	-,522	-,803	1,499	-,122
	<i>Assi.</i>	-,393	-,444	-,980	-,841	-,367	1,082	-1,215
	<i>N</i>	31	31	31	31	31	31	31

Test Statistics^a

	Desejo_Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI_TOTAL
Mann-Whitney U	379,000	449,000	411,000	446,500	307,500	350,500	407,000
Wilcoxon W	1045,000	1115,000	907,000	1112,500	973,500	846,500	1073,000
Z	-2,279	-1,376	-1,876	-1,439	-3,210	-2,733	-1,901
Asymp. Sig. (2-tailed)	,023	,169	,061	,150	,001	,006	,057
Exact Sig. (2-tailed)	,022	,171	,061	,152	,001	,006	,057
Exact Sig. (1-tailed)	,011	,085	,030	,076	,001	,003	,029
Point Probability	,000	,001	,000	,001	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: via de acesso

Hipótese 1.3h - Pontuações médias para a escala FSFI por tempo de cirurgia

Tempo cirurgia	Estatística descritiva	Desejo Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI Total
>6 m≤ 1 ano	<i>M</i>	3,32	3,69	3,25	3,73	4,79	2,08	20,86
	<i>D.P.</i>	1,140	1,133	,556	,559	,792	1,170	2,490
	<i>Mi/Ma</i>	1-5	2-6	2-4	2-4	4-6	1-5	17-25
	<i>Curt.</i>	,032	-,025	,351	-,728	,127	1,157	,079
	<i>Assi.</i>	-,975	-,550	-1,150	-,052	-,916	,046	-,739
	<i>N</i>	38	38	38	38	38	38	38
>1≤ 2 anos	<i>M</i>	3,72	4,26	3,26	3,71	5,05	2,15	22,17
	<i>D.P.</i>	1,225	1,190	,640	,641	1,128	1,178	2,398
	<i>Mi/Ma</i>	1-5	2-6	2-4	2-4	3-6	1-4	18-26
	<i>Curt.</i>	-,409	-,655	-,305	-,542	-,895	,744	-,145
	<i>Assi.</i>	-,309	-,273	-1,225	-,623	-,678	-1,038	-1,300
	<i>N</i>	29	29	29	29	29	29	29

Test Statistics^a

	Desejo Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI_TOTAL
Mann-Whitney U	443,000	376,000	548,000	549,000	429,500	542,000	387,500
Wilcoxon W	1184,000	1117,000	1289,000	1290,000	1170,500	1283,000	1128,500
Z	-1,384	-2,224	-,039	-,026	-1,567	-,119	-2,071
Asymp. Sig. (2-tailed)	,166	,026	,969	,979	,117	,905	,038
Exact Sig. (2-tailed)	,169	,026	,972	,982	,118	,908	,038
Exact Sig. (1-tailed)	,084	,013	,486	,492	,059	,454	,019
Point Probability	,001	,000	,003	,005	,001	,003	,000

a. Grouping Variable: tempo de cirurgia

Hipótese 2 - Pontuações médias para a escala FSFI por iniciativa sexual

Subescalas	Iniciativa Sexual	N	M	D.P.	Mi/Ma	F	P
Desejo Sexual	sempre o companheiro	36	3,23	1,492	1-5	11,437	,000
	Pred o comp algumas x mulher	59	3,88	1,041	1-6		
	igual/o comp e a mulher	44	4,64	,927	2-6		
	Pred a mulher algumas x homem	23	4,51	1,212	2-6		
Excitação	sempre o companheiro	36	3,73	1,433	2-6	11,311	,000
	Pred o comp algumas x mulher	59	4,42	,892	3-6		
	igual/o comp e a mulher	44	5,12	,904	2-6		
	Pred a mulher algumas x homem	23	4,72	1,187	2-6		
Lubrificação	sempre o companheiro	36	3,28	,573	2-4	7,272	,000
	Pred o comp algumas x mulher	59	2,99	,451	2-4		
	igual/o comp e a mulher	44	2,80	,398	2-5		
	Pred a mulher algumas x homem	23	3,21	,673	3-5		
Orgasmo	sempre o companheiro	36	3,61	,774	2-4	9,762	,000
	Pred o comp algumas x mulher	59	3,87	,517	3-4		
	igual/o comp e a mulher	44	4,25	,368	3-5		
	Pred a mulher algumas x homem	23	4,03	,398	3-4		
Satisfação	sempre o companheiro	36	4,53	1,181	3-6	14,492	,000
	Pred o comp algumas x mulher	59	5,47	,610	4-6		
	igual/o comp e a mulher	44	5,65	,641	4-6		
	Pred a mulher algumas x homem	23	5,37	,816	4-6		
Dor	sempre o companheiro	36	2,17	1,262	1-5	4,664	,004
	Pred o comp algumas x mulher	59	1,94	,810	1-4		
	igual/o comp e a mulher	44	1,53	,574	1-4		
	Pred a mulher algumas x homem	23	2,21	,834	1-4		
FSFI Total	sempre o companheiro	36	20,47	3,844	12-25	13,312	,000
	Pred o comp algumas x mulher	59	22,79	2,304	19-28		
	igual/o comp e a mulher	44	23,97	2,086	17-26		
	Pred a mulher algumas x homem	23	24,08	2,588	20-28		

Hipótese 3 - Pontuações médias para a escala FSFI por informação sobre histerectomia

Subescalas	Informação	N	Mean Rank
Desejo Sexual	Não	60	31,53
	Sim	7	55,14
Excitação	Não	60	31,73
	Sim	7	53,43
Lubrificação	Não	60	35,74
	Sim	7	19,07
Orgasmo	Não	60	31,94
	Sim	7	51,64
Satisfação	Não	60	32,12
	Sim	7	50,14
Dor	Não	60	35,08
	Sim	7	24,79
FSFI Total	Não	60	31,77
	Sim	7	53,14

Test Statistics^a

	Desejo_Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI_TOTAL
Mann-Whitney U	62,000	74,000	105,500	86,500	97,000	145,500	76,000
Wilcoxon W	1892,000	1904,000	133,500	1916,500	1927,000	173,500	1906,000
Z	-3,072	-2,799	-2,174	-2,597	-2,360	-1,385	-2,749
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,005	,030	,009	,018	,166	,006
Exact Sig. (2-tailed)	,001	,003	,028	,010	,016	,178	,004
Exact Sig. (1-tailed)	,001	,002	,013	,006	,008	,090	,002
Point Probability	,000	,000	,001	,004	,001	,015	,000

a. Grouping Variable: Prof_falaram_sex

Hipótese 4 - Pontuações médias para a escala FSFI por tempo de relacionamento

Subescalas	Est. descritiva	N	M	D.P.	Mi/Ma
Desejo Sexual	0-5 anos	29	4,76	1,144	2-6
	6-10 anos	26	5,01	,656	4-5
	11-15 anos	14	3,77	,367	3-4
	16-20 anos	13	4,11	1,245	2-5
	> 20 anos	76	3,54	1,224	1-6
Excitação	1-5 anos	29	5,13	,791	4-6
	6-10 anos	26	5,19	,628	4-6
	11-15 anos	14	4,24	,910	3-5
	16-20 anos	13	5,17	,736	4-6
	> 20 anos	76	4,03	1,230	2-6
Lubrificação	1-5 anos	29	2,80	,292	2-4
	6-10 anos	26	2,92	,697	2-5
	11-15 anos	14	3,02	,299	3-4
	16-20 anos	13	3,12	,555	3-4
	> 20 anos	76	3,11	,528	2-4
Orgasmo	1-5 anos	29	4,22	,274	4-4
	6-10 anos	26	4,18	,325	4-4
	11-15 anos	14	3,97	,246	3-4
	16-20 anos	13	4,09	,405	4-4
	> 20 anos	76	3,73	,696	2-5
Satisfação	1-5 anos	29	5,85	,361	5-6
	6-10 anos	26	5,46	,791	4-6
	11-15 anos	14	5,51	,591	5-6
	16-20 anos	13	5,35	1,184	3-6
	> 20 anos	76	5,05	,952	3-6
Dor	1-5 anos	29	2,03	,932	1-4
	6-10 anos	26	1,54	,489	1-2
	11-15 anos	14	1,83	,641	1-4
	16-20 anos	13	1,54	,746	1-3
	> 20 anos	76	2,04	,975	1-5
FSFI Total	1-5 anos	29	24,79	1,871	22-28
	6-10 anos	26	24,30	1,452	22-25
	11-15 anos	14	22,35	1,038	21-23
	16-20 anos	13	23,38	2,104	2-25
	> 20 anos	76	21,63	3,455	12-28

Test Statistics^{b,c,d,e}

	Desejo_Sexual	Excitação	Lubrificação	Orgasmo	Satisfação	Dor	FSFI_TOTAL
Chi-Square	40,089	36,470	16,626	20,585	26,002	9,529	39,103
df	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,000	,000	,002	,000	,000	,049	,000
Exact Sig. Point Probability			. a .		. a .		

a. Kruskal Wallis Test

b . Grouping Variable: tempo relacionamento

ESCALA DE COMPARAÇÕES HADS, SF36V2 E FSFI

Subescalas	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks	U	P
Ansiedade	Não histerectomizadas	95	82,40	7828,00	3097.500	.769
	Histerectomizadas	67	80,22	5375,00		
Depressão	Não histerectomizadas	95	85,96	8166,50	2758.500	.138
	Histerectomizadas	67	75,17	5036,50		
Componente Física	Não histerectomizadas	95	88,77	8433,00	2492.000	.019
	Histerectomizadas	67	71,19	4770,00		
Componente Mental	Não histerectomizadas	95	74,71	7097,00	2537.000	.028
	Histerectomizadas	67	91,13	6106,00		
Desejo Sexual	Não histerectomizadas	67	95,29	9053,00	1872.000	.000
	Histerectomizadas	95	61,94	4150,00		
Excitação	Não histerectomizadas	67	97,22	9236,00	1689.000	.000
	Histerectomizadas	95	59,21	3967,00		
Lubrificação	Não histerectomizadas	67	68,83	6539,00	1979.000	.000
	Histerectomizadas	95	99,46	6664,00		
Orgasmo	Não histerectomizadas	67	94,86	9011,50	1913.500	.000
	Histerectomizadas	95	62,56	4191,50		
Satisfação	Não histerectomizadas	67	95,94	9114,00	1811.000	,000
	Histerectomizadas	95	61,03	4089,00		
Dor	Não histerectomizadas	67	78,44	7452,00	2892.000	.300
	Histerectomizadas	95	85,84	5751,00		
FSFI Total	Não histerectomizadas	67	98,98	9403,50	1521.500	.000
	Histerectomizadas	95	56,71	3799,50		

Coeficiente de correlação do SF-36 total e FSFI total

		Componente Física	Componente Mental	FSFI Total
Coeficiente de Spearman	Componente Física	1,000	,595**	,217**
			.000	.006
		162	162	162
	Componente Mental	,595**	1,000	,013
		.000		.873
		162	162	162
	FSFI Total	,217**	,013	1,000
		.006	.873	
		162	162	162

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Coeficiente de correlação entre os totais do SF-36 e do FSFI por grupo

Grupo		Correlação de Spearman	Componente Física	Componente Mental	FSFI Total
Não Histerect	Componente Física	Correlação de Spearman	1,000	,549**	,197
		N	95	95	95
	Componente Mental	Correlação de Spearman	,549**	1,000	,013
		N	95	95	95
	FSFI Total	Correlação de Spearman	,197	,013	1,000
		N	95	95	95
Histerectomizado	Componente Física	Correlação de Spearman	1,000	,595**	,610**
		N	67	67	67
	Componente Mental	Correlação de Spearman	,595**	1,000	,507
		N	67	67	67
	FSFI Total	Correlação de Spearman	,610**	,507	1,000
		N	67	67	67

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ANEXO 14 – REGRESSÃO MÚLTIPLA

RESULTADOS TOTAIS DA REGRESSÃO MÚLTIPLA

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,432 ^a	,186	,176	2,727

1a. Predictors: (Constant), Componente Mental Total, Componente Física Total

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	270,774	2	135,387	18,212	,000 ^a
	Residual	1182,021	159	7,434		
	Total	1452,794	161			

a. Predictors: (Constant), Componente Mental total, Componente Física total

b. Dependent Variable: FSFI total

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
(Constant)	15,322	1,546		9,913	,000	12,269	18,374		
1 Componente Física	,165	,027	,515	6,033	,000	,111	,220	,703	1,422
Componente Mental	-,067	,020	,291	3,411	,001	,105	,028	,703	1,422

a. Dependent Variable: FSFI total

REGRESSÃO MÚLTIPLA AO GRUPO SUBMETIDO A HISTERECTOMIA

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,634 ^a	,401	,383	1,979

a. Predictors: (Constant), Componente Mental, Componente Física

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	167,975	2	83,987	21,452	,000 ^a
	Residual	250,564	64	3,915		
	Total	418,539	66			

a. Predictors: (Constant), Componente Mental, Componente Física

b. Dependent Variable: FSFI

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
	1 (Constant)	12,021	1,468				8,188	,000	9,088
Componente Física	,100	,028	,464	3,599	,001	,045	,156	,563	1,777
Componente_Mental	,054	,031	,222	1,725	,089	-,008	,116	,563	1,777

a. Dependent Variable: FSFI