

Análise da influência da histerectomia na função sexual feminina: um estudo observacional

Influência da histerectomia na função sexual

Maria Victória Siebert de Oliveira¹ (mariavictoriasoliveira@hotmail.com)

Bárbara Gerlach da Silva Ziemath¹ (barbaraziemath@gmail.com)

Márcia Kretzer¹ (marcia.kretzer1@gmail.com)

Jefferson Traebert^{1,2} (jefferson.traebert@gmail.com)

Rodrigo Dias Nunes^{1,2} (rodrigo.dias.nunes@hotmail.com)

¹Faculdade de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça/SC, Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade do Sul de Santa Catarina. Brasil.

Universidade do Sul de Santa Catarina

Av. Pedra Branca 25, Cidade Universitária – Palhoça – Santa Catarina – Brasil

CEP: 88137-270

Telefone: 0800 970 7000

Autor correspondente: Maria Victória Siebert de Oliveira

Rua da Pedra 347, Cidade Universitária – Palhoça – Santa Catarina – Brasil

CEP: 88137-045

Telefone: +55 (48) 984015877

E-mail: marivictoriasoliveira@hotmail.com

Fonte de financiamento: Recursos próprios

2749 palavras

Artigo original

Resumo

Introdução: A alta prevalência das disfunções sexuais na população feminina e sua correlação controversa com a histerectomia determina a importância de analisar o impacto que este procedimento exerce na função sexual. A excisão do útero não implica somente em alterações biológicas, mas também influencia em fatores psicossociais. **Objetivo:** Avaliar a influência da histerectomia na função sexual de mulheres submetidas a este procedimento cirúrgico. **Métodos:** estudo caso-controle que incluiu 99 mulheres sexualmente ativas, entre 18 e 55 anos, atendidas no ambulatório de Ginecologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), entre agosto de 2016 e maio de 2017. Coleta de dados através da aplicação do questionário Quociente Sexual -Versão Feminina (QS-F) e busca em prontuários. O grupo caso foi composto por pacientes com desempenho sexual insatisfatório (QS-F score < 60), e o controle pelas demais. Foi utilizado qui-quadrado, $p < 0,05$, Odds Ratio com IC 95%. **Resultados:** 29 casos e 70 controles foram recrutados. Não houve significância estatística entre histerectomia, bem como o tipo de procedimento realizado e o tempo decorrido da cirurgia, com a presença de disfunção sexual ($p=0,100$). O sobrepeso / obesidade acarreta 5,22 vezes mais chance (IC 95% 1,75; 15,5) de desenvolver disfunção sexual ($p=0,003$). **Conclusão:** Parece não haver correlação entre a disfunção sexual e a realização de histerectomia, porém a literatura ainda é muito divergente, necessitando de mais estudos para melhor elucidação sobre o tema. Além disso, aventa-se que as disfunções sexuais podem ser determinadas por outros fatores, que se diferenciam entre os grupos populacionais.

Palavras-chave: Histerectomia. Sexualidade. Qualidade de vida. Saúde da Mulher. Questionário.

Introdução

A histerectomia consiste no procedimento de retirada do útero¹, e em alguns países desenvolvidos, é considerada o segundo procedimento mais realizado em mulheres em idade reprodutiva, ficando atrás somente das cesarianas²⁻⁴. No Brasil, em 2014, ocorreram mais de 60.000 histerectomias, a maioria através da abordagem clássica por via laparotômica. O número de cirurgias videolaparoscópicas ainda é restrito, no Sistema Único de Saúde (SUS), quando comparado ao procedimento por via vaginal⁵.

A qualidade de vida pós-operatória é um dos principais fatores a ser considerado quando uma paciente é submetida à retirada do útero⁶, o que inclui a avaliação dos riscos de complicações a longo prazo, como dor crônica, disfunção do trato urinário ou gastrointestinal, prolapso e disfunção sexual¹. Este último relaciona-se diretamente e intensamente com o aspecto da qualidade de vida dessas pacientes, visto que o útero possui não somente uma função orgânica, mas também uma representação simbólica acerca da função sexual e da sexualidade feminina⁷.

As disfunções sexuais enquadram-se em um modelo biopsicossocial, relativo a uma interação de fatores fisiológicos, culturais, psicológicos e interpessoais⁸. A histerectomia, por sua vez, não atua somente nas alterações biológicas em decorrência da excisão do útero, mas também nas demais variáveis psicossociais, já que o órgão feminino possui uma representação acerca da concepção e identidade feminina⁹. Além disso, um estudo recente demonstrou que o impacto negativo da histerectomia na sexualidade não está somente relacionado ao procedimento cirúrgico, mas também às relações interpessoais da paciente, como a função sexual e desempenho do seu parceiro¹⁰.

Não obstante, as alterações anatômicas proporcionadas pela retirada do útero revelam-se ainda como fator de determinação de disfunção sexual, já que durante o orgasmo ocorre a contração uterina¹¹. Somando-se a isso, durante a cirurgia, persiste a possibilidade de ocorrência de lesão de nervos do plexo uterovaginal, os quais estão associados não somente ao orgasmo,

mas também à lubrificação vaginal¹². Outro fator que deve ser levado em consideração, independente do efeito que a histerectomia proporciona na função sexual, é o aspecto cultural e a baixa instrução da paciente sobre o procedimento, que de acordo com Bradford e Meston contribuem para piora desses resultados¹³.

Outro ponto a considerar é a opção de se realizar a retirada de trompas e/ou ovários concomitante, a qual correlaciona-se um aumento nos índices de disfunção sexual e também de depressão, o que pode estar relacionado diretamente com a falência hormonal^{12,14,15}. Neste contexto, ressalta-se que a reposição estrogênica não melhora os efeitos negativos proporcionados pela histerectomia sobre a função sexual¹⁵.

A importância da avaliação do real impacto da histerectomia na função sexual é demonstrada na alta prevalência das disfunções sexuais na população feminina^{16,17}. Infere-se que anualmente uma grande parcela dessa população é submetida a esse procedimento cirúrgico, o que, de fato, torna relevante a realização de um estudo que detalhe essa interação. Além disso, sabendo como a histerectomia interfere na sexualidade, as pacientes poderão ser orientadas e receber informações mais precisas, minimizando o efeito psicossocial que a cirurgia proporciona. A partir destes pressupostos, o objetivo do presente estudo consiste em avaliar a influência da histerectomia na função sexual de mulheres submetidas a este procedimento cirúrgico.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo caso-controle realizado com pacientes atendidas no Ambulatório de Ginecologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), no município de Palhoça, estado de Santa Catarina, no período de agosto de 2016 a maio de 2017.

A amostra foi determinada em dois momentos. Primeiramente, aplicou-se o questionário de Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) na população em estudo, tanto quantos foram necessários para obtenção do número de casos e controles para a segunda etapa. Para a etapa

seguinte, a amostra foi calculada pela fórmula de estudo caso-controle com os seguintes parâmetros: intervalo de confiança (IC) de 95%, poder do teste de 80%, razão de controles para casos de 2:1, percentual de controles expostos de 30%, percentual de casos expostos de 65%, *odds ratio* (OR) de 4.3, acrescido de 10% para possíveis perdas. O procedimento resultou em um tamanho de amostra final de 79 pacientes (27 casos e 52 controles).

Foi adotado como critério de inclusão para os grupos caso e controle, as pacientes sexualmente ativas, com idade mínima de 18 anos e máxima de 55 anos, com e sem histerectomia. Sendo excluídas, em ambos os grupos, as pacientes com diagnóstico de menopausa.

O questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), elaborado por Carmita Helena Najjar Abdo¹⁸, sendo composto por 10 questões, cada qual devendo ser respondida numa escala de 0 a 5. O resultado da soma das 10 respostas deve ser multiplicado por dois, o que resulta num índice total que varia de 0 a 100. A sétima questão requer tratamento diferente, ou seja, o valor da resposta dada (de 0 a 5) deve ser subtraído de 5 para se ter o escore final dessa questão.

Os valores maiores indicam melhor desempenho/satisfação sexual, a saber: 82-100 pontos: bom-excelente; 62-80 pontos: regular-bom; 42-60 pontos: desfavorável-regular; 22-40 pontos: ruim-desfavorável; 0-20 pontos: nulo-ruim.

A categorização do desempenho sexual foi estabelecida em dois grupos. O desempenho insatisfatório englobou as categorias originais do QS-F, nulo-ruim, ruim-desfavorável e desfavorável-regular; enquanto o desempenho satisfatório incluiu as categorias originais, regular-bom e bom-excelente.

O grupo caso foi selecionado pelas mulheres que após aplicação do questionário apresentaram um desempenho sexual insatisfatório (escore inferior a 60), enquanto que o grupo controle foi composto pelas demais. Foi realizado um pareamento entre as idades das pacientes dos grupos caso e controle

As variáveis qualitativas foram descritas através de frequências absolutas e relativas, enquanto que as variáveis quantitativas foram descritas sob as formas de médias e desvios-padrão para a posterior realização da análise bivariada. Foi calculado o *Odds Ratio* (OR) e os respectivos intervalos de confiança de 95% das variáveis sociodemográficas, clínicas e referentes a histerectomia. O teste do qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para testar a homogeneidade de proporções. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,25^{19}$ foram inseridas no modelo de regressão logística. O nível de significância estabelecido foi valor de $p < 0,05$.

A coleta de dados somente teve início após submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISUL, de acordo com o parecer consubstanciado de registro número 57129416.3.0000.5369 de 24 de junho de 2016. Não há conflito de interesses entre os pesquisadores e os sujeitos da pesquisa.

Resultados

Foram analisados dados de 105 mulheres atendidas no serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade do Sul de Santa Catarina, que concordaram em participar da pesquisa, entre agosto de 2016 e maio de 2017. Seis pacientes foram excluídas por dados insuficientes ou diagnóstico de menopausa, resultando em uma amostra final de 99 mulheres. A idade média das pacientes avaliadas foi de $39,3 \pm 10,8$ anos, variando de 18 a 55 anos de idade. A média encontrada para o índice de massa corporal das pacientes avaliadas foi de $27,81 \text{ kg/m}^2$, com mínima de $20,4 \text{ kg/m}^2$ e máxima $40,0 \text{ kg/m}^2$. Houve maior prevalência da escolaridade ensino médio completo (34,3%). As demais características sociodemográficas e clínicas das pacientes avaliadas estão descritas na tabela 1.

Quanto ao IMC, foi necessário agrupar as pacientes para a realização da análise bivariada, com isso determinou-se dois grupos: pacientes eutróficas com IMC normal ($< 25 \text{ kg/m}^2$) e agrupou-se aquelas que apresentavam sobrepeso ($25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$) com as pacientes já com

obesidade ($> 30 \text{ kg/m}^2$). Na população estudada, 62,6% das mulheres encontravam-se na faixa de sobrepeso ou obesidade. A minoria das pacientes era tabagista (16,2%).

Entre as 32 pacientes submetidas à histerectomia, o tempo decorrido desde a cirurgia variou de um a 25 anos, com média de $6,2 \pm 5,6$ anos. O ponto de corte utilizado para análise bivariada foi de sete anos.

Nenhuma das pacientes avaliadas teve sua histerectomia realizada por via laparoscópica e caracterizada como total. As demais características referentes ao procedimento cirúrgico das pacientes avaliadas estão descritas na tabela 2.

Para determinação dos casos e controles foi analisado a presença ou não de disfunção sexual entre as pacientes, observou-se que dentre as 99 estudadas, 29 apresentaram um QS-F com pontuação igual ou inferior a 60 pontos (29,3%), caracterizando um desempenho sexual ruim-desfavorável ou nulo-ruim. A tabela 3 apresenta a distribuição da análise bruta entre as diversas características estudadas e a presença da disfunção sexual.

A tabela 4 demonstra os resultados encontrados no modelo de regressão logística entre as possíveis variáveis de confusão e a presença de disfunção sexual. Os resultados não apresentaram significância estatística entre a histerectomia e a presença de disfunção sexual. Demonstraram, ainda, que as pacientes com sobrepeso ou obesidade apresentaram 5,22 vezes mais chance (IC 95% 1,75; 15,5) de desenvolverem disfunção sexual ($p=0,003$), quando comparadas às mulheres com peso corporal dentro na normalidade.

Discussão

Esta pesquisa buscou avaliar a influência da histerectomia sobre a função sexual de pacientes atendidas no serviço de referência em atendimento da saúde da mulher. Foram empreendidos esforços metodológicos, tais como, cálculo da amostra, abordagem preconizada para aplicação do questionário QS-F Versão Feminina em forma de entrevista, que validam os resultados obtidos no presente estudo, assegurando a qualidade da obtenção de dados e

fornecendo resultados predominantemente qualitativos. O delineamento do estudo caso-controle permitiu uma melhor comparação com a literatura, enriquecendo a discussão do presente estudo.

Além disso, ambos os grupos da amostra populacional, caso e controle, apresentavam pacientes com e sem histerectomia, o que demonstrou ser um diferencial inovador na pesquisa, visto que a maioria dos estudos internacionais aborda populações com apenas mulheres histerectomizadas^{12,20,23}.

Os resultados encontrados indicam que as pacientes submetidas à histerectomia não apresentam maior comprometimento da função sexual, quando comparadas àquelas que preservaram o útero, o que corrobora com o encontrado na literatura²⁰⁻²². Lee et al²⁰ realizaram um estudo caso-controle com o objetivo de comparar diferentes tipos de histerectomia por via laparoscópica e seu efeito na sexualidade em uma amostra populacional de 95 mulheres na pré-menopausa. Os autores aplicaram o questionário validado *Female Sexual Function Index* (FSFI), antes e após 6 meses do procedimento, concluindo não haver diferença significativa tanto nos valores de domínio, quanto no valor total do escore FSFI, quando comparados os períodos pré e pós-operatório. Em estudo prospectivo brasileiro, que avaliou o desempenho sexual de pacientes submetidas à histerectomia abdominal por leiomioma uterino, também utilizando o QS-F como instrumento para avaliação da sexualidade, esse dado foi novamente reforçado²².

Resultado semelhante também pode ser visto em estudo mais recente, realizado em 2016, de Skorupska et al²¹, o qual analisou a função sexual de 392 mulheres submetidas a diferentes abordagens cirúrgicas para retirada do útero, com aplicação do questionário FSFI, doze meses após a realização do procedimento. Em fato, notou-se uma discreta melhora na sexualidade das pacientes com histerectomia subtotal por via laparoscópica. A literatura ainda apresenta muitos resultados controversos sobre o tema, onde autores sugerem uma melhora da função sexual na

paciente hysterectomizada^{23,24}, o que pode ser explicado pela remoção da condição patológica e melhora dos sintomas causados pela mesma²⁴.

Em contrapartida, os resultados negativos da histerectomia sobre a sexualidade também são encontrados em estudos atuais^{12,25,26}. Ercam et al²⁵ afirmam haver comprometimento da função sexual após realização de histerectomia total, independente da técnica utilizada, e associaram tal fato ao encurtamento do canal vaginal e manifestação de dispareunia pós-operatória. Seguindo a mesma linha, o estudo brasileiro de Tozo²⁶ observou que 39,4% das pacientes submetidas à histerectomia total abdominal por leiomioma uterino obtiveram uma piora no relacionamento sexual. Isto foi atribuído à ideia de encerramento da vida reprodutiva e à falta de informação sobre o real impacto da retirada do útero sobre a função sexual, o que até mesmo sobrepõe o desejo de cura de algumas pacientes.

Quanto ao tipo de histerectomia, total ou subtotal, não houve diferença significativa entre as pacientes na presença de disfunção sexual ($p=0,337$), o que se confirmou em dois ensaios clínicos randomizados²⁷⁻²⁸. No segundo estudo, 139 pacientes foram acompanhadas durante 2 anos, em centros de referência nos Estados Unidos da América, e concluiu-se que a histerectomia, tanto abdominal quanto subtotal, apresentavam deterioração da função sexual nos primeiros seis meses após a cirurgia, com discreta recuperação após um ano, porém sem diferença entre os dois grupos²⁸. Discordando deste achado, uma coorte com 915 mulheres demonstrou que as pacientes submetidas à retirada do útero com preservação do colo uterino apresentaram uma melhora no desempenho, bem como um retorno precoce a atividade sexual após a cirurgia²⁹. Esta informação vai de encontro ao relatado por Saccardi et al³⁰, que sugere que melhores resultados na função sexual de pacientes com histerectomia subtotal estariam associados ao fato do canal vaginal não ser abordado durante o procedimento, minimizando a ocorrência de complicações locais relacionadas à manipulação, tais como deiscência de sutura e sensibilidade pós-cicatrizial.

O tempo de histerectomia pareceu não influenciar a manifestação da disfunção sexual. Porém, poucos estudos abordaram essa discussão, uma vez que a maioria dos autores realizaram análises em tempos pós-operatórios semelhantes^{20,21,23,27}. Ainda, uma revisão sistemática publicada recentemente pela Cochrane³¹, que engloba 47 estudos randomizados, totalizando 5102 mulheres, analisou os tipos de histerectomia e a via de abordagem cirúrgica quanto ao seu impacto em diversos aspectos da qualidade de vida, inclusive a função sexual, não encontrando diferenças significativas entre os grupos, sustentando os achados encontrados nesta pesquisa.

O grupo populacional analisado era composto em sua maioria por pacientes usuárias do SUS, sistema brasileiro de saúde gratuito, que de forma generalizada tem limitação quanto a realização de cirurgias videolaparoscópicas. Isto é confirmado nos resultados, já que 84,4% das mulheres submetidas a histerectomia haviam sido abordadas por via laparotômica. Desse modo, não foi possível a comparação da via de abordagem cirúrgica com a prevalência de disfunção sexual.

Apesar do foco principal deste estudo ser a histerectomia e suas características, é inegável a correlação entre a disfunção sexual e outros fatores³², tanto intrínsecos quanto extrínsecos à população estudada. Isso motivou a análise de outras características sociodemográficas e clínicas das pacientes, tais como idade, escolaridade, paridade e índice de massa corporal.

O fato de mulheres com idade igual ou superior a 40 anos não apresentaram maior chance de desenvolver disfunção sexual vai em desacordo aos resultados encontrados em literatura¹⁷. Tal achado pode ser explicado através da aplicação dos critérios de exclusão, os quais retiraram do estudo mulheres com diagnóstico prévio de menopausa, fator já conhecido e bem explorado nos estudos como determinante de um baixo desempenho sexual^{17,33}.

Mulheres que se encontravam na faixa de sobrepeso ou obesidade foram mais propensas a desenvolver disfunção sexual ($p=0,003$), corroborando com outros estudos³⁴⁻³⁶. Yaylali et al³⁴ associaram a melhora dos diversos aspectos da sexualidade de mulheres jovens, após perda de peso, com as alterações nos hormônios sexuais, androgênios e estrogênio, bem como melhora

na percepção da imagem corporal. Este último fato foi reforçado, por outros autores^{35,36}, como importante determinante de disfunção sexual em mulheres obesas.

Diante do exposto, é possível inferir que a alta prevalência de mulheres com IMC ≥ 25 kg/m² (62,6%) determinou-se como fator de confusão na determinação da associação entre disfunção sexual e histerectomia. Durante a pesquisa, foram adotadas medidas para evitar vieses, como uso de critérios de exclusão, seleção dos controles no mesmo serviço que o grupo caso e o pareamento de idades por grupo. Além disso, outro ponto a se considerar é que a população estudada apresentava, predominantemente, escolaridade superior a oito anos, o que levanta a hipótese de uma melhor compreensão do seu quadro clínico, do procedimento que havia sido realizado e suas possíveis complicações, minimizando o efeito biopsicossocial sobre a sexualidade. Além disso, houve melhor possibilidade de esclarecimento, por parte do médico, sobre mitos acerca da representação do útero como órgão sexual.

Dentre as limitações encontradas no estudo, pode-se destacar a escassez de estudos sobre o tema que utilizem o questionário QS-F como instrumento de análise da sexualidade, apesar de o mesmo apresentar todos os domínios da função sexual, há uma maior preferência pelo uso do *Female Sexual Function Index* (FSFI) nos estudos internacionais^{10,12,20,23,34}.

Conclusão

Os achados permitem concluir que a disfunção sexual não está correlacionada à realização de histerectomia, porém a literatura ainda é muito divergente, necessitando de mais estudos para melhor elucidação sobre o tema. Além disso, aventa-se que as disfunções sexuais podem ser determinadas por outros fatores, que se diferenciam entre si nos grupos populacionais estudados. Todavia, sugere-se que as mulheres participem da escolha, junto ao seu médico, sobre a melhor forma de realizar a histerectomia, bem como estejam cientes da disfunção sexual como uma doença altamente prevalente na população feminina.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse. Não há relações financeiras e pessoais com organizações ou pessoas que possam influenciar indevidamente a pesquisa. A fonte de financiamento é própria e nenhum reconhecimento foi necessário.

Referências

1. Clayton RD. Hysterectomy. Clin Obstet Gynaecol. 2006; 20(1):73-87.
2. Hammer A, Rositch AF, Kahlert J, Gravitt PE, Blaakaer J, Sogaard M. Global epidemiology of hysterectomy: possible impact on gynecological cancer rates. Am J Obstet Gynecol. 2015; 213(1):23-9.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Choosing the route of hysterectomy for benign disease. ACOG Committee Opinion N° 444. Obstet Gynecol. 2009; 114(5):1156-8.
4. Whiteman MK, Hillis SD, Jamieson DJ, Morrow B, Podgornik MN, Brett KM, et al. Inpatient hysterectomy surveillance in the United States, 2000-2004. Am J Obstet Gynecol. 2008; 198:34.e1-34.e7.
5. Brasil. DATASUS - Departamento de informática do SUS. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde; 2014. Sistemas de informações hospitalares SUS (SIH/SUS).
6. Carlson KJ, Nichols DH, Schiff I. Indications for hysterectomy. N Engl J Med. 1993; 328(12):856-60.
7. Melo MCB de, Barros ÉN de. Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. Rev Bras Psicol Hosp. 2009; 80-99.
8. Lamont J. Female sexual health consensus clinical guidelines. J Obstet Gynaecol Can: JOGC. 2012; 34(8):769-75.
9. Real AA, Cabeleira MEP, Nascimento JR, Braz MM, Pivetta HMF. Os efeitos da histerectomia sobre a sexualidade feminina. Saúde (Santa Maria). 2012; 38(2):123-30.
10. Rodriguez MC, Chedraui P, Schwager G, Hidalgo L, Pérez-López FR. Assessment of sexuality after hysterectomy using the Female Sexual Function Index. J Obstet Gynaecol. 2012; 32(2):180-4.
11. Nathors-Böös J, von Shoultz B. Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with or without oophorectomy. Gynecol Obstet Invest. 1992; 34(2):97-101.
12. Goktas SB, Gun I, Yildiz T, Sakar MN, Caglayan S. The effect of total hysterectomy on sexual function and depression. Pak J Med Sci. 2015; 31(3):700-5.
13. Bradford A, Meston C. Sexual Outcomes and Satisfaction with Hysterectomy: Influence of Patient Education. J Sex Med. 2007; 4(1):106-14.
14. Hoffmann RL, Pinas Ingrid. Effects of hysterectomy on sexual function. Curr Sex Health Rep. 2014; 6(4):244-51.
15. Celik H, Gurates B, Yavuz A, Nurkalem C, Hanay F, Kavak B. The effect of hysterectomy and bilaterally salpingo-oophorectomy on sexual function in post-menopausal women. 2008; 61(4):158-63.

16. McCabe MP, Shalip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016; 13(2):144-52.
17. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual disfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas.* 2016; 94:87-91.
18. Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento.* 2009; 14(2):89-1.
19. Hosmer D, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression.* 3rd ed. Hoboken: Wiley Interscience; 2000.
20. Lee JH, Choi JS, Hong JH, Joo KJ, Kim BY. Does conventional or single port laparoscopically assisted vaginal hysterectomy affect female sexual function?. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl.* 2011; 90(12):1410-5.
21. Skorupska KA, Miotła P, Kubik-Komar A, Rechberger E, Adamiak-Godlewska A, Rechberger T. Are there any differences in quality of life and sexual functions after various types of hysterectomy – does prophylactic salpingectomy matter?. *Ginekol Pol.* 2016; 87(1):26-31.
22. Lunelli BP, Locks GF, Bonfante TM, Giacomini DA, Fernandes CB. O impacto da histerectomia abdominal no desempenho/ satisfação sexual. *Arq Catarin Med.* 2014; 43(1):49-53.
23. Radosa JC, Solomayer GM, Kastl C, Radosa CG, Mavrova R, Graber S, Baum S, Radosa MP. Influences of Different Hysterectomy Techniques on Patients' Postoperative Sexual Function and Quality of Life. *J Sex Med.* 2014; 11(9):2342-50.
24. Fram KM, Saleh SS, Sumrein IA. Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience. *Arch Gynecology Obstet.* 2013; 287(4):703-8.
25. Ercan O, Ozer A, Kostu B, Bakacak M, Kiran G, Avci F. Comparison of postoperative vaginal length and sexual function after abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016; 132(1): 39-41.
26. Tozo IM, Moraes JC, Lima SMR, Gonçalves N, Auge APF, Rossi LM, Aoki T. Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(10):503-7.
27. Andersen LL, Ottesen B, Alling Møller LM, Gluud C, Tabor A, Zobel V, et al. Subtotal versus total abdominal hysterectomy: randomized clinical trial with 14-year questionnaire follow-up. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 212:758.
28. Kuppermann M, Summitt RL Jr, Varner RE, McNeeley SG, Coodman-Gruen D, Learman LA, et al. Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2005; 105(6):1309-18.
29. Brucker SY, Taran FA, Bogdanyova S, Ebersoll S, Wallwiener CW, Schonfisch B, et al. Patient-reported quality-of-life and sexual-function outcomes after laparoscopic supracervical hysterectomy (LSH) versus total laparoscopic hysterectomy (TLH): a

- prospective, questionnaire-based follow-up study in 915 patients. *Arch Gynecol Obstet*. 2014; 290(6):1141-9.
30. Saccardi C, Gizzo S, Noventa M, Quaranta M, Borgato S, Conte L, Pluchino N, Litta P. Subtotal versus total laparoscopic hysterectomy: could women sexual function recovery overcome the surgical outcomes in pre-operative decision making?. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 291(6):1321-6.
31. Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ, Kluivers KB. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; 12(8).
32. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, et al. Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med*. 2016; 13:153-67.
33. Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAC, Eleutério JJ, Amaral RLG et al. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(7):329-34.
34. Yaylali GF, Tekekoglu S, Akin F. Sexual dysfunction in obese and overweight women. *Int J Impot Res*. 2010; 22(4):220-6.
35. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, et al. Association of body weight with sexual function in woman. *Int J Impot Res*. 2007; 19:353–7.
36. Morotti E, Battaglia B, Paradisi R, Persico N, Zampieri M, Venturoli S, Battaglia C. Body mass index, stunkard figure rating scale, and sexuality in young italian women: a pilot study. *J Sex Med*. 2013; 10(4):1034–43.

Tabela 1: Distribuição das características sociodemográficas e clínicas da população. Palhoça, SC, Brasil, 2017. (n=99)

Características sociodemográficas e clínicas	n	(%)
Cor de pele		
Branca	75	75,8
Não branca	24	24,2
Vive com parceiro		
Sim	80	80,8
Não	19	19,2
Tabagismo		
Sim	16	16,2
Não	83	83,8
Parto vaginal anterior		
Sim	46	46,5
Não	53	53,5
Parto cesárea anterior		
Sim	57	57,6
Não	42	42,4
Abortamento anterior		
Sim	75	75,8
Não	24	24,2
Histerectomia		
Sim	32	32,3
Não	67	67,7

Tabela 2: Distribuição das características da histerectomia. Palhoça, SC, Brasil, 2017. (n=32)

Variáveis	N	(%)
Tempo de histerectomia		
< 7 anos	21	65,6
≥ 7 anos	11	34,4
Tipo de histerectomia		
Vaginal	3	9,4
Laparotômica total	20	62,5
Laparotômica subtotal	7	21,9
Laparoscópica subtotal	2	6,3
Indicação cirúrgica		
Leiomioma uterino	15	46,9
Sangramento uterino disfuncional	7	21,9
Endometriose	4	12,5
Cânceres ginecológicos	1	3,1
Indicação desconhecida	5	5,1

Tabela 3: Análise bivariada entre as características sociodemográficas, clínicas e referentes à histerectomia e a presença de disfunção sexual. Palhoça, SC, Brasil, 2017. (n=99)

Características sociodemográficas, clínicas e referentes à histerectomia	Disfunção sexual			Valores de <i>p</i>
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)	
Idade				0,048
< 40 anos	9 (19,6)	37 (80,4)	46 (46,4)	
≥ 40 anos	20 (37,7)	33 (62,3)	53 (53,6)	
Cor				0,295
Branca	24 (32,0)	51 (68,0)	75 (75,8)	
Não branca	5 (20,8)	19 (27,1)	24 (24,2)	
Vive com parceiro				0,808
Sim	23 (28,8)	57 (71,3)	80 (80,8)	
Não	6 (31,6)	13 (68,4)	19 (19,2)	
Escolaridade				0,157
≤ 8 anos	13 (38,2)	21 (61,8)	34 (34,3)	
> 8 anos	16 (24,6)	49 (75,4)	65 (65,7)	
Índice de massa corporal				0,180
< 25 kg/m ²	16 (43,2)	21 (61,8)	37 (37,3)	
≥ 25 kg/m ²	13 (21,0)	49 (79,0)	62 (62,7)	
Tabagismo				0,851
Sim	5 (31,3)	11 (53,1)	16 (16,1)	
Não	24 (28,9)	59 (71,1)	83 (83,9)	
Parto vaginal anterior				0,514
Sim	12 (26,1)	34 (73,9)	46 (46,4)	
Não	17 (32,1)	36 (67,9)	53 (53,6)	
Parto cesariana anterior				0,755
Sim	16 (28,1)	41 (71,9)	57 (57,5)	
Não	13 (31,0)	29 (69,0)	42 (42,5)	
Abortamento anterior				0,617
Sim	21 (28,0)	54 (72,0)	75 (75,8)	
Não	8 (33,3)	16 (66,7)	24 (24,2)	
Histerectomia				0,008
Sim	15 (46,9)	17 (53,1)	32 (32,3)	
Não	14 (20,9)	53 (79,1)	67 (67,7)	
Tempo de histerectomia				0,108
< 7 anos	12 (57,1)	9 (42,9)	21 (65,7)	
≥ 7 anos	3 (27,3)	8 (72,7)	11 (34,3)	
Tipo de histerectomia				0,337
Total	3 (33,3)	6 (66,7)	9 (28,1)	
Subtotal	12 (52,2)	11 (47,8)	23 (71,9)	

Tabela 4: Resultados das análises bivariada e multivariada através da regressão logística entre as variáveis selecionadas e a presença de disfunção sexual. Palhoça, SC, Brasil, 2017. (n=99)

Características sociodemográficas, clínicas e referentes à histerectomia	Disfunção sexual			
	OR bruta (IC 95%)	Valores de p^*	OR ajustada (IC 95%)	Valores de p^{**}
Idade		0,048		0,215
< 40 anos	0,40 (0,16-1,00)		0,48 (0,14-1,54)	
≥ 40 anos	1,00		1,00	
Cor		0,295		
Branca	1,79 (0,59-5,36)		#	
Não branca	1,00			
Vive com parceiro		0,808		
Sim	0,87 (0,29-2,57)		#	
Não	1,00			
Escolaridade		0,157		0,239
≤ 8 anos	1,90 (0,77-4,62)		1,95 (0,64-5,91)	
> 8 anos	1,00		1,00	
Índice de massa corporal		0,180		0,003
< 25 kg/m ²	2,87 (1,17-7,01)		1,00	
≥ 25 kg/m ²	1,00		5,22 (1,75-15,50)	
Tabagismo		0,851		
Sim	1,12(0,35-,356)		#	
Não	1,00			
Parto vaginal anterior		0,514		
Sim	0,75 (0,31-1,79)		#	
Não	1,00			
Parto cesárea anterior		0,755		
Sim	0,87 (0,36-2,08)		#	
Não	1,00			
Abortamento anterior		0,617		
Sim	0,78 (0,29-2,08)		#	
Não	1,00			
Histerectomia		0,008		0,100
Sim	3,34 (1,34-8,30)		2,58 (0,83-7,98)	
Não	1,00		1,00	
Tempo de histerectomia		0,108		0,116
< 7 anos	3,57 (0,73-17,3)		3,56 (0,73-17,3)	
≥ 7 anos	1,00		1,00	
Tipo de histerectomia		0,337		
Total	0,46 (0,09-2,29)		#	
Subtotal	1,00			

* valor de p bruto

** valor de p ajustado pelas outras variáveis do modelo