

IPV - ESSV |

# Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu





Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de





“Deus quer, o homem sonha, a obra nasce”.

(Fernando Pessoa, In *Mensagem*)



## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração imprescindível de algumas pessoas, a quem quero agradecer.

À minha Orientadora, Professora Doutora Paula Nelas, pela orientação, apoio, dedicação, sapiência e disponibilidade dispensada em todo o percurso deste processo de investigação.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela sua prestimosa ajuda no tratamento estatístico, um forte e indispensável contributo, cheio de rigor e cientificidade.

A todas as mulheres que participaram neste estudo, para que o mesmo fosse uma realidade. Todas merecem um profundo agradecimento.

Aos meus pais, por todo o apoio e incentivo, por não me deixarem desistir e por serem o meu porto de abrigo.

Aos meus filhos, pedras angulares da minha vida, meu conforto e fonte de alegria.

Obrigada.



## Resumo

**Enquadramento:** A investigação do impacto da histerectomia na vida sexual da mulher ainda não é conclusiva, havendo evidências que apontam para o facto da remoção do útero poder ter efeitos adversos no funcionamento sexual feminino, em decorrência das alterações anatómicas pélvicas e a consequentes alterações psicológicas.

**Objetivos:** Verificar que variáveis sociodemográficas e profissionais interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia; averiguar se as variáveis de saúde sexual e reprodutiva interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia; identificar que variáveis clínicas interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia; averiguar se as variáveis contextuais à sexualidade interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia; verificar se existe relação entre a qualidade de vida e o relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia.

**Métodos:** Estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. A amostra é não probabilística por conveniência, composta por 129 mulheres, média de idade de 55,82 anos ( $\pm 3,97$  anos) submetidas a histerectomia, a frequentar a consulta de ginecologia de um hospital da zona centro do país. Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário que permitiu fazer a caracterização sociodemográfica, socioprofissional, de saúde sexual e reprodutiva, clínica e contextos da sexualidade. Foi incluída ainda a Escala WHOQOL-BREF (Grupo WHOQOL, 1998, Barros, 2002) e o Inventário de Satisfação Sexual – versão feminina (GRISS: Rust & Golombok, 1986), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sandra Vilarinho e Pedro Nobre (2006).

**Resultados:** Constata-se que 50,4% das mulheres não sofreu alteração da vivência da sexualidade após a histerectomia, contrariamente a 49,6% que referiram como motivos a diminuição do interesse sexual (37,2%), a diminuição da autoestima (9,3%) e a presença de dor (2,3%). Na globalidade, as mulheres revelam satisfação sexual (média=40,45 $\pm$ 7,81). Quanto à perceção como mulheres (considerarem sentir-se mais ou menos femininas) após a histerectomia, a maioria das mulheres considera que permaneceu igual (56,6%). Em relação à qualidade de vida, o valor médio mais elevado corresponde ao domínio das relações sociais (média=69,25 $\pm$ 9,70), seguindo-se o domínio ambiente (média=67,78 $\pm$ 12,31). O motivo da histerectomia, as complicações cirúrgicas no hospital e a consulta de vigilância após a histerectomia foram variáveis com relevância estatisticamente significativa. As mulheres que revelam mais satisfação sexual são as que o motivo da histerectomia foi a patologia ginecológica benigna ( $p=0,000$ ), sem complicações cirúrgicas no hospital ( $p=0,004$ ), bem como as que referem ter consulta de vigilância após a histerectomia ( $p=0,001$ ). Quanto à relação entre a satisfação sexual e a perceção como mulher (considerar sentir-se mais ou menos feminina) após a histerectomia, as mulheres que manifestam mais satisfação sexual são as que consideram que a sua perceção como mulher após a histerectomia melhorou (OM=48,67) e as que referem ter piorado revelam-se menos satisfeitas sexualmente (OM=82,76;  $X^2=11,703$ ;  $p=0,003$ ). As variáveis preditoras da satisfação sexual são a idade, a qualidade de vida global e as dimensões da qualidade de vida. Apurou-se que os domínios físico, psicológico e ambiente da qualidade de vida estabelecem uma relação inversa e a idade, a qualidade de vida global e o domínio das relações sociais uma relação direta com a satisfação sexual, sugerindo que as mulheres com mais idade, melhor perceção da qualidade de vida global, melhor perceção da qualidade de vida no domínio das relações sociais revelam maior satisfação sexual pela inexistência de um relacionamento problemático.

**Conclusões:** Os resultados encontrados assumem-se como importantes para a futura prática profissional, no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia, servindo de base para a intervenção em mulheres antes e após a histerectomia, que requerem um cuidado humanizado e holístico, sem que se possa descurar qualquer uma das suas dimensões, física, psicológica, sexual, social e familiar.

**Palavras-chave:** Histerectomia, Sexualidade, Relacionamento do casal.



## Abstract

**Background:** Research into the impact of hysterectomy on women's sexual life is not yet conclusive, and evidence points to the fact that removal of the uterus may have adverse effects on female sexual functioning due to pelvic anatomical changes and consequent psychological changes.

**Objectives:** To verify that sociodemographic and professional variables interfere in the couple's relationship in the context of sexuality in women with hysterectomy; to ascertain whether the sexual and reproductive health variables interfere with the couple's relationship in the context of sexuality in women with hysterectomy; identify which clinical variables interfere with the couple's relationship in the context of sexuality in women with hysterectomy; to investigate if the contextual variables to sexuality interfere in the couple's relationship in the context of sexuality in women with hysterectomy; to verify if there is a relationship between the quality of life and the relationship of the couple in the context of sexuality in women with hysterectomy.

**Methods:** Quantitative, cross-sectional and descriptive-correlational study. The sample is non-random, consisting of 129 women, mean age 55.82 years ( $\pm$  3.97 years) undergoing hysterectomy, attending the gynecology consultation of a hospital in the central area of the country.). As a data collection instrument we used a questionnaire that allowed us to characterize sociodemographic, socio-professional, sexual and reproductive health, clinical and sexuality contexts. Also included was the WHOQOL-BREF Scale (WHOQOL Group, 1998, Barros, 2002) and the Sexual Satisfaction Inventory - female version (GRISS: Rust & Golombok, 1986), translated and adapted to the Portuguese population by Sandra Vilarinho and Pedro Nobre. (2006).

**Results:** It was found that 50.4% of women did not change their sexuality experience after hysterectomy, contrary to 49.6% who reported as a decrease in sexual interest (37.2%), a decrease in self-esteem (9.3%) and the presence of pain (2.3%). Overall, women show sexual satisfaction (mean=40.45 $\pm$ 7.81). Regarding the perception of women (considering feeling more or less feminine) after hysterectomy, most women considered that they remained the same (56.6%). Regarding quality of life, the highest average value corresponds to the domain of social relations (average = 69.25 $\pm$ 9.70), followed by the environment domain (average = 67.78 $\pm$ 12.31). The reason for hysterectomy, hospital surgical complications, and postoperative hysterectomy consultation were variables with statistically significant relevance. Women who show more sexual satisfaction are the reason for the hysterectomy was benign gynecological pathology (mean=37.53;  $t=-5.664$ ;  $p=0.000$ ), with no surgical complications in the hospital (OM=59.95) (UMW=944.500;  $p=0.004$ ), as well as those who reported having a surveillance appointment after hysterectomy (OM=60.09; UMW=652,000;  $p=0.001$ ). Regarding the relationship between sexual satisfaction and perception as a woman (consider feeling more or less feminine) after hysterectomy, women who manifest more sexual satisfaction are those who consider that their perception as a woman after hysterectomy has improved (OM=48.67) and those who reported getting worse are less satisfied sexually (OM=82.76; ( $X^2=11.703$ ;  $p=0.003$ ). Predictors of sexual satisfaction are age, overall quality of life and dimensions of quality of life. It was found that the physical, psychological and environmental domains of quality of life establish an inverse relationship and age, overall quality of life and the domain of social relations have a direct relationship with sexual satisfaction, suggesting that older women, A better perception of their overall quality of life, a better perception of their quality of life in the domain of social relationships reveal greater sexual satisfaction due to the lack of a problematic relationship.

**Conclusions:** The results are important for future professional practice in Maternal, Obstetric and Gynecological Nursing, serving as a basis for intervention in women before and after hysterectomy, which require humanized and holistic care, without neglecting any of its dimensions, physical, psychological, sexual, social and family.

**Keywords:** Hysterectomy, Sexuality, Couple Relationship.



## Sumário

Introdução.....	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	21
1. Histerectomia: contextos e impacto .....	23
2. Sexualidade da mulher histerectomizada e qualidade da relação do casal .....	25
II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO.....	31
1. Metodologia .....	33
1.1. Métodos .....	33
1.2. Participantes .....	36
1.2.1. Caracterização sociodemográfica e socioprofissional.....	36
1.3. Instrumento de colheita de dados.....	37
1.4. Procedimentos éticos e formais.....	40
1.5. Análise dos dados .....	40
2. Apresentação dos resultados.....	45
2.1. Análise descritiva .....	45
2.1.1. Saúde sexual e reprodutiva .....	45
2.1.2. Caracterização clínica .....	47
2.1.3. Sexualidade.....	49
2.1.4. Satisfação sexual .....	51
2.1.5. Qualidade de vida .....	51
2.2. Análise inferencial .....	52
3. Discussão .....	59
3.1. Discussão metodológica.....	59
3.2. Discussão dos resultados.....	60
Conclusão.....	67
Referências bibliográficas .....	71
ANEXOS.....	77

Anexo I – Instrumento de recolha de dados

Anexo II – Pedido de autorização para aplicação do Inventário de Satisfação Sexual Golombok RUST – versão feminina (GRISS: Rust & Golombok, 1986), traduzido e adaptado para a população portuguesa

Anexo III – Pedido de autorização à Direção do Hospital da Região Centro do País para aplicação dos questionários



## Lista de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas relativas à idade das participantes .....	36
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica e socioprofissional em função da idade .....	37
Tabela 3. Caracterização da saúde sexual e reprodutiva em função da idade .....	46
Tabela 4. Estatísticas relativas ao número de dias de hospitalização .....	47
Tabela 5. Caracterização clínica da amostra em função da idade .....	48
Tabela 6. Informações sobre as atividades da vida diária na alta hospitalar .....	49
Tabela 7. Maiores dificuldades quando retomou as da vida diária .....	49
Tabela 8. Caracterização sexual após histerectomia em função da idade .....	50
Tabela 9. Motivo pelo qual se alterou a vivência da sexualidade após a histerectomia ...	50
Tabela 10. Estatísticas relativas à satisfação sexual.....	51
Tabela 11. Satisfação sexual em função da idade .....	51
Tabela 12. Estatísticas relativas qualidade de vida .....	52
Tabela 13. Teste T de student entre a satisfação sexual e a idade .....	52
Tabela 14. Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação sexual e o estado civil .....	53
Tabela 15. Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação sexual e as habilitações literárias	53
Tabela 16. Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação sexual e a situação profissional	53
Tabela 17. Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação sexual e a realização do rastreio do cancro do colo do útero .....	54
Tabela 18. Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação sexual e a frequência do rastreio do cancro do colo do útero .....	54
Tabela 19. Teste T de student entre a satisfação sexual e o motivo da histerectomia .....	54
Tabela 20. Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação sexual e complicações cirúrgicas no hospital .....	55
Tabela 21. Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação sexual e consulta de vigilância após histerectomia .....	55
Tabela 22. Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação sexual e complicações após histerectomia .....	55
Tabela 23. Teste T de student entre a satisfação sexual e a alteração da vivência da sexualidade após histerectomia .....	56
Tabela 24. Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação sexual e a percepção de feminilidade após a histerectomia.....	56
Tabela 25. Correlações de Pearson entre as variáveis independentes a qualidade de vida e a satisfação sexual .....	57
Tabela 26. Análise de regressão múltipla entre as variáveis independentes, a qualidade de vida e a satisfação sexual .....	58



## Lista de Figuras

Figura 1. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas .....	35
---	----



## Introdução

A sexualidade não se reduz unicamente à união dos órgãos genitais e não pode ser confundida com o ato sexual reprodutivo, uma vez que este pode estar inserido quer num relacionamento afetivo, quer numa ligação amorosa. Segundo Martins (2017), a sexualidade é uma dimensão do corpo, da vida, das relações interpessoais e das dinâmicas sociais, potencialmente geradora de bem-estar, de desenvolvimento e de auto-realização. Para Sprinthall & Collins (2008), a sexualidade inclui as emoções, os afetos, os comportamentos e as atitudes relacionadas com o ser capaz de procriar, com os padrões sociais e pessoais inerentes às relações físicas íntimas, sendo algo que acompanha o ser humano durante a vida.

A sexualidade é uma dimensão “central do ser humano e envolve a interação complexa e dinâmica de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais” (Pontes, 2011, p. 23). Intimamente ligado à sexualidade da mulher, “o útero é um órgão fortemente investido de carga afetiva, vinculado à fertilidade e feminilidade” (Antunes, 2014). A mesma autora refere que a mulher submetida a histerectomia experimenta sentimentos, complexidades e incertezas, a serem consideradas na prática de enfermagem.

Avaliar o impacto da histerectomia sobre a sexualidade das mulheres é um tema muito pertinente, uma vez que, para além das suas funções biológicas, o útero associa-se ao conceito de feminilidade por se relacionar com o papel reprodutor da mulher e com a sua vida sexual (Sbroggio, Osis & Bedoni, 2005, p. 271; Tozo, Morais, Lima, Gonçalves, Auge et al., 2009, p. 504).

Do ponto de vista psicológico, os autores supracitados referem que a histerectomia pode causar danos na qualidade da vida sexual da mulher, na sua condição emocional e na qualidade do relacionamento estabelecido com o parceiro. Contudo, estudos demonstram que as mulheres só se dão conta da importância do útero como garantia de ser mulher após a histerectomia (Tozo et al., 2009, p. 504). Parece, assim, plausível, nesse contexto, que a histerectomia pode, em muitos casos, provocar emoções negativas, traumáticas, de insegurança e de ansiedade, resultando em transformações importantes nos padrões e no desejo sexual da mulher (Freitas, Gomes, Campos, Estrela, Cordeiro & Santos, 2016, p. 2).

A corroborar, Merighi, Oliveira, Jesus, Hoga e Pedroso (2012, p. 608) referem que as mulheres submetidas à histerectomia podem apresentar alterações no autoconceito, sintomas depressivos e psicossomáticos, dificuldade de relacionamento sexual e conjugal. Tozo et al. (2009, p. 504) e Freitas et al. (2016, p. 2) são unânimes ao considerarem que as verdadeiras consequências da histerectomia na qualidade da vida sexual posterior à cirurgia

são controversas e dependem diretamente da intensidade dos sintomas pré-cirúrgicos, das condições emocionais e da qualidade do relacionamento estabelecido com o parceiro.

Tozo et al. (2009, p. 504) mencionam estudos que revelam “resultados controversos sobre as consequências” da histerectomia quer a “nível emocional”, quer a nível “da função sexual feminina”, sem que clarifiquem, de “forma conclusiva, os efeitos pós-cirúrgicos na qualidade de vida sexual da mulher, havendo ainda lacunas acerca da real interferência emocional da histerectomia na sexualidade da mulher”.

A sexualidade integra o conhecimento, as atitudes, os valores ou os comportamentos sexuais das pessoas. A expressão da sexualidade é influenciada por fatores de natureza ética, espiritual, cultural e moral. Por tal, a abordagem da sexualidade deve ser holística, para que se possa compreender esta dimensão humana. Porém, esta compreensão é difícil e complexa, na medida em que a sexualidade ainda está associada a preconceitos, mitos, superstições, meias verdades e teorias erróneas (Antunes, 2014, p. 20). Para a mulher que é confrontada com o diagnóstico de uma patologia ginecológica e com a necessidade de realizar a histerectomia, ainda de acordo com a mesma autora, surge a necessidade pessoal de redefinir a sua sexualidade, esclarecer dúvidas e mitos de âmbito sexual, adaptar-se às repercussões da histerectomia, de forma a vivenciar uma sexualidade humanamente gratificante.

A qualidade da relação do casal é um aspeto central na sexualidade da mulher. As dificuldades sexuais podem ser o resultado de uma relação insatisfatória. Segundo Carvalheira e Gomes (2009, p. 119), os fatores relacionais ou interpessoais incluem a qualidade da intimidade e da comunicação, o vínculo emocional, o grau de atração pelo parceiro, o nível de erotismo na relação, a estabilidade da relação, bem como a existência de possíveis conflitos ou de um contexto de hostilidade.

Um importante fator que influencia a sexualidade feminina é a qualidade do relacionamento do casal. Outros fatores como o surgimento de uma doença, a realização de tratamentos e procedimentos cirúrgicos, podem afetar a mulher na satisfação das suas necessidades sexuais. A doença pode perturbar a resposta sexual de um modo direto, mas também pode ao mesmo tempo constituir um fator de stresse que interfere negativamente com a vivência sexual. Durante o período de doença, a perda do sentido de integridade, em especial no que se refere à imagem corporal e autoestima, pode causar grande ansiedade no desempenho sexual. A mulher pode experimentar diversos problemas no âmbito da sua sexualidade que vão desde as preocupações relacionadas com os fenómenos sexuais até às disfunções sexuais (Antunes, 2014, p. 21).

Os relatos sobre a função sexual após histerectomia são heterogêneos. Uma explicação para isso são as populações em estudo incomparáveis com diferentes condições psicológicas e endócrinas, mais especificamente, mulheres na pré ou pós-menopausa com ou sem depressão e com ou sem ooforectomia bilateral. Diferentes modelos de estudo aumentam a dificuldade de comparação. Por exemplo, o viés de seleção pode estar presente em estudos observacionais (Lonnée-Hoffmann & Pinas, 2014). Kuppermann, Learman, Schembri et al. (2010) relataram diferenças sistemáticas entre as mulheres que optam pela histerectomia em comparação ao tratamento conservador. Outro fator é a natureza multidimensional da função sexual feminina, em particular à medida que envelhecem, a função sexual e o bem-estar das mulheres são afetados, além de fatores biológicos e psicológicos pelos aspectos de relacionamento, sociais e culturais (Lamont, 2012).

A relutância das mulheres em submeterem-se à histerectomia devido a preocupações com o relacionamento do casal no âmbito da sexualidade não é infundada. Estudos publicados no *British Medical Journal* e *Obstetrics and Gynecology* revelaram que entre 13-37% das mulheres relatam deterioração da sua vida sexual após a histerectomia. No entanto, um outro estudo mostrou que o funcionamento sexual melhorou em geral após a histerectomia. Durante dois anos, pesquisadores da Universidade de Maryland acompanharam a função sexual em mulheres em intervalos regulares após a histerectomia e constaram uma redução drástica da dor durante a relação sexual (Monterrosa-Castro, Monterrosa-Blanco & Beltrán-Barrios, 2018).

Com base nestes pressupostos, este estudo procura dar resposta às seguintes questões de investigação:

- Quais as variáveis sociodemográficas e profissionais interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia?
- Existe relação entre as variáveis de saúde sexual e reprodutiva e o relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia?
- Quais as variáveis clínicas que interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia?
- Quais as variáveis contextuais à sexualidade que interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia?
- Existe relação entre a qualidade de vida e o relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia?

Decorrente das questões suprarreferidas, delinearão-se os seguintes objetivos:

- Verificar que variáveis sociodemográficas e profissionais interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia;
- Averiguar se as variáveis de saúde sexual e reprodutiva interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia;
- Identificar que variáveis clínicas interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia;
- Averiguar se as variáveis contextuais à sexualidade interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia;
- Verificar se existe relação entre a qualidade de vida e o relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia.

Estruturalmente, este trabalho consta de duas partes: a primeira reservada à fundamentação teórica dá corpo ao estado da arte das variáveis em estudo e a segunda à investigação empírica. Na primeira parte define-se a histerectomia e aborda-se a sexualidade da mulher histerectomizada, tendo em conta a qualidade de vida do casal. A segunda parte, reservada ao estudo empírico, apresenta-se, em primeiro lugar, a estratégia metodológica adotada, seguindo-se a apresentação e a discussão dos resultados obtidos. Por fim, ocorrem as principais conclusões, tendo em conta os dados obtidos, a partir dos quais se tecem algumas sugestões.

**PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---



## 1. Histerectomia: contextos e impacto

A histerectomia é, de acordo com Merighi et al. (2012, p. 609), “a segunda mais frequente cirurgia realizada pelas mulheres em idade reprodutiva, sendo superada apenas pela cesariana”. Ainda na perspectiva das mesmas autoras, a histerectomia pode ser vivenciada de maneiras diferentes pelas mulheres, podendo resultar em implicações negativas para a sua vida, estando igualmente essas repercussões relacionadas com o “constructo social de atributos conferidos ao útero, quando se veem desprovidas desse órgão” (p. 609). Não obstante, a histerectomia pode igualmente ser percebida pela mulher “como preditora de implicações positivas”, por norma, associadas à inexistência de sintomas típicos da doença de base que esteve na origem da sua realização.

As indicações mais comuns para a realização da histerectomia “partem do prolapso de órgãos pélvicos, leiomiomas uterinos, dor ou infeção pélvica, sangramento uterino anormal e doenças malignas e pré-malignas” (Amaral, 2019, p.31). De acordo com a mesma autora, este procedimento cirúrgico pode acarretar “complicações a curto e a longo prazo, em hemorragia, incontinência urinária, prolapso de órgãos pélvicos, distensão abdominal, entre outras, podendo ter como consequência o desconforto e a insegurança para a mulher” (p. 31). Esta é realizada para alívio de sintomas, potenciando melhor qualidade de vida das mulheres, com indicação para as mulheres com sintomas resultantes de problemas uterinos, nomeadamente o sangramento excessivo ou a dor, que não respondem ao tratamento farmacológico. Todavia, estes sintomas variam de mulher para mulher, tendo em conta o seu estado clínico. A histerectomia pode ser realizada em casos de doença benigna e de doença maligna (Amaral, 2019).

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2017, p. 58) estimou que, em Portugal, em 2011, tenham ocorrido 240 óbitos por cada 100000 mulheres devido a tumor maligno do colo do útero, com uma taxa de mortalidade a rondar os 4,6% por cada 100 mil mulheres. Contudo, o mesmo organismo refere que, nos últimos anos, tem-se “assistido, à semelhança do que se passa no resto da Europa, a um aumento regular da incidência do cancro no nosso país, a uma taxa constante de aproximadamente 3% ao ano. Este aumento resulta do envelhecimento da população, fruto do aumento da taxa de sucesso no tratamento tanto do cancro como de outras patologias aumentando a probabilidade do aparecimento de novas neoplasias. Aliados a estes factos, estão também presentes modificações dos estilos de vida, com impacto significativo na incidência de cancro” (p. 5). A DGS (2017, p. 5) preconiza que as causas evitáveis do cancro devem ser prioritárias, com a sessão tabágica a ser a causa evitável mais relevante. Refere também a exposição solar, os erros alimentares, a

obesidade, o consumo excessivo de álcool e a infecção por alguns vírus”, o que se assume como importantes áreas de intervenção ao nível da educação para a saúde das comunidades, dotando as pessoa de literacia em saúde.

A histerectomia é, a seguir à cesariana, a segunda cirurgia ginecológica realizada com mais frequência nos países desenvolvidos em mulheres em idade reprodutiva. Em países como Portugal, Israel, Espanha, República Checa e Dinamarca, a taxa é de menos de 200 por 100.000 mulheres por ano (Costa & Costa, 2017, p. 46).

As principais indicações para esse tipo de cirurgia incluem doenças benignas e doenças ginecológicas, como sangramento uterino anormal e leiomioma uterino sintomático. Pode ser realizada por via vaginal, por incisão abdominal ou por via laparoscópica, esta última em que o órgão é removido através de pequenas incisões, que são uma técnica minimamente invasiva. A remoção do útero pode ser um processo difícil de ser enfrentado pelas mulheres, especialmente porque envolve as dimensões emocional, psicológica e cultural. O útero, além da função biológica, possui valores simbólicos relacionados com a feminilidade. Existem sentimentos e características comuns relacionadas com a percepção corporal em mulheres após a cirurgia, entre elas, sentirem-se desajeitadas e com alteração da imagem corporal, a sensação de mutilação do corpo, o vazio e sentirem-se diferente de outras mulheres (Schmid, Sehnem, Cardoso, et al., 2019).

Barbosa, Santos e Rodrigues (2018, p. 228) sustentam a necessidade de uma atenção particular, uma vez que este procedimento, por norma, resulta em estados de “aflições e dúvidas, baseadas em crenças e valores que podem levar a reformulações ligadas ao feminino, à representação social, ao género, à autoimagem, à sexualidade e à relação conjugal e social”. Como é uma cirurgia irreversível, resulta em alterações na integridade corporal, sendo cercado de simbolismos, o que faz com que esta cirurgia não deva ser banalizada ou tratada de forma corriqueira”. Depois da histerectomia, as mulheres podem igualmente vivenciar sentimentos de perda de esperança e de desespero, podendo, assim, ver afetado o seu estado psicossocial. Por conseguinte, “as mulheres histerectomizadas necessitam de apoio físico e psicossocial, tendo em conta que essas alterações podem ser abruptas e inesperada e leva a crenças de perda da feminilidade em consequência da retirada do útero” (Barbosa et al., 2018, p. 229). Porém, “é primordial que o enfermeiro e outros profissionais de saúde estejam capacitados para realizar a educação em autogestão e apoio social para mulheres histerectomizadas, proporcionando, assim, um aumento da autoestima e amenizando os aspetos negativos a ela relacionados” (Barbosa et al., 2018, p. 229).

## 2. Sexualidade da mulher hysterectomizada e qualidade da relação do casal

As preocupações com a função sexual são uma importante causa de ansiedade para mulheres submetidas a hysterectomia. Estudos revelam que 21% das mulheres com média de idade de 59 anos afirmaram que o útero é importante para a sua experiência sexual e, após a hysterectomia, 10 a 20% podem sofrer de deterioração da sua função sexual (Flory, Bissonnette & Binik, 2005; Good, Korbly, Kassis et al., 2013). Problemas com a sexualidade no pré-operatório e/ou a depressão têm demonstrado ser fatores preditivos para redução do desejo sexual (Good, Korbly, Kassis et al., 2013).

A hysterectomia pode afetar a função sexual feminina devido a fatores psicológicos e também devido a alterações anatômicas íntimas dos órgãos pélvicos. Os efeitos da hysterectomia na qualidade de vida e funcionamento sexual diferem de uma mulher para mulher. As queixas após a hysterectomia incluem perda da libido, diminuição da frequência das relações sexuais, diminuição da responsividade sexual, dificuldade em atingir o orgasmo, secura vaginal, dispareunia, entre outros sintomas. Um estudo de Badakhsh, Taftachi, Mehrabi & Derakhshan (2009) demonstra que mais da metade das mulheres manifestava perda da libido após a hysterectomia. Noutro estudo, o prazer do ato sexual e a atividade sexual diminuiu em mais da metade das mulheres após a hysterectomia (Fram, Saleh, & Sumrein, 2013).

No estudo de Meston (2014), as mulheres sexualmente ativas antes da hysterectomia mantiveram a sua atividade sexual após a cirurgia e relataram a mesma frequência de atividade sexual após 6 meses. Outro estudo relatou que nem a imagem corporal nem a libido diminuíram após a hysterectomia e não ocorreram mudanças importantes a esse respeito (Roussis, Waltrous, Kerr, Robertazzi & Cabbad, 2014). No estudo de Gütl, Greimel, Roth e Winter (2012), a disfunção sexual, como a perda do desejo sexual, diminuiu significativamente após a hysterectomia e as mulheres relataram uma melhoria no seu desejo sexual e satisfação sexual após a cirurgia. No entanto, alguns outros estudos mencionam a diminuição do desejo sexual após a hysterectomia. A este respeito, Gensen, Groenvold, Klee, Thranov, Petersen e Machin (2014) verificaram que havia uma falta de interesse sexual a longo prazo em mulheres 12 meses após hysterectomia radical em comparação com o período antes da cirurgia. Todavia, no seu estudo algumas mulheres que eram sexualmente ativas antes da hysterectomia tornaram-se novamente ativas sexualmente 12 meses após a cirurgia, embora relatassem menos relações sexuais. Outros estudos também mostram que o desejo sexual e a frequência das relações sexuais diminuíram significativamente em mulheres após a hysterectomia Além disso, os problemas relacionados com a diminuição de interesse sexual, a sensação de serem usadas pelos companheiros, a

falta de disponibilidade do parceiro, presença de dor no ato sexual e não conseguir atingir o orgasmo, em mulheres submetidas a histerectomia, foram significativamente maiores do que antes da cirurgia (Sözeri-Varma, Kalkan-Oğuzhanoglu, Karadağ & Özdel, 2011; Lonnée-Hoffmann & Pinas, 2014). No estudo Bayram e Sahin (2008), as mulheres revelaram que a atividade sexual diminuiu significativamente 3 meses após a histerectomia, tendo as mesmas revelado sintomas de depressão que afetaram negativamente o funcionamento sexual. Tangjitgamol, Manusirivithaya, Hanprasertpong, Kasemsarn, Soonthornthum, Leelahakorn et al. (2007), no seu estudo sobre mulheres submetidas à histerectomia radical para tratamento de estadios iniciais de cancro do colo do útero, as mulheres relataram disfunção de todos os aspetos sexuais, incluindo a diminuição do desejo sexual, deixando de considerar satisfatório o relacionamento sexual com o seu parceiro, ficando, segundo alguns relatos, tensas e ansiosas quando o seu companheiro queria praticar sexo.

Alguns estudos mostraram efeitos positivos da histerectomia na excitação sexual e outros estudos mostraram efeitos negativos a esse respeito. A maioria das mulheres no estudo de Goetsch (2005) apresentou excitação sexual após histerectomia e apenas 25% das mulheres relataram diminuição da excitação sexual. Anonymous (2004) também relatou que os problemas relacionados com a excitação sexual geralmente diminuíram após a histerectomia. Em alguns estudos, a secreta vaginal diminuiu após a histerectomia e as mulheres melhoraram significativamente em termos de excitação sexual e atividade sexual 3 meses e 2 anos após a histerectomia (Danesh, Hamzehgardeshi, Moosazadeh & Shabani-Asrami, 2015). No entanto, outros estudos relatam que a histerectomia aumentou a secreta vaginal e as contrações vaginais anormais. Um dos problemas sexuais após a histerectomia foi a lubrificação vaginal inadequada, resultando na diminuição da satisfação sexual (Bayram & Beji, 2010; Briedite, Ancane, Rogovska & Lietuvieta, 2014). No estudo de Meston (2014), as mulheres submetidas à histerectomia relataram baixo nível normal de lubrificação vaginal que implicava uma potencial redução da excitação sexual-mental após a histerectomia, embora não houvesse diferença significativa entre os grupos submetidos à histerectomia e os grupos com miomas, mas não submetidos à histerectomia em termos de excitação sexual. No estudo de Tangjitgamol et al. (2007), as mulheres relataram desordens em todos os aspetos do funcionamento sexual, incluindo a diminuição da excitação sexual e lubrificação vaginal, já que as mudanças mais óbvias foram a diminuição da frequência sexual e lubrificação vaginal, tendo a excitação sexual diminuído em menor grau e não conseguindo atingir o orgasmo durante o ato sexual.

Caçador (2013), no seu estudo, procurou conhecer a influência da histerectomia na qualidade de vida e no funcionamento sexual da mulher. A amostra era constituída por 162 mulheres, divididas em grupo de controlo (n=95) e em grupo experimental (n=67) que foram

submetidas a cirurgia. A média de idade das mulheres no grupo submetido a histerectomia foi de 47.59 anos e no grupo controle foi de 48.92. Os resultados mostram 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), com valores mais elevados na componente mental do SF-36 comparativamente com o grupo controle. A qualidade de vida, através das suas duas componentes, apresenta um contributo significativo na explicação da variação do funcionamento sexual. As mulheres com idade compreendida entre os 30-34 anos apresentaram valores mais elevados, em termos de qualidade de vida, para as dimensões: funcionamento físico, desempenho físico, funcionamento social e componente física. A faixa dos 50-55 anos revelou os valores mais elevados nas dimensões dor corporal e desempenho emocional, sem diferenças estatisticamente significativas. A análise da pontuação média obtida em cada uma das dimensões do FSFI e a idade das mulheres mostra que a faixa etária dos 30-34 anos revelou o valor mais elevado para a lubrificação; as mulheres com 35-39 anos apresentaram valores médios mais elevados nas dimensões excitação e orgasmo; as mulheres com idade compreendida entre os 45-49 anos revelaram valores médios mais elevados para as dimensões: desejo sexual, satisfação sexual e FSFI total e as que se encontravam na faixa etária dos 50-55 anos apresentaram valores mais baixos para a maioria das dimensões (desejo sexual, excitação, orgasmo, satisfação e FSFI total. Ficou registado a presença de diferenças 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, ( $\chi^2 = 22.393$ ,  $p = .000$ ). As mulheres que têm a iniciativa sexual e/ou as que a partilham com o companheiro, apresentaram pontuações mais elevadas na maioria das subescalas comparativamente àquelas cuja iniciativa sexual é do 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, resultando em diferenças estatisticamente significativas para todas as subescalas. As mulheres do grupo controle mostram pontuações superiores nas escalas depressão, ansiedade, componente física, desejo sexual, excitação sexual, orgasmo e satisfação comparativamente às mulheres histerectomizadas. As mulheres do grupo controle apresentam um valor de FSFI total superior (MR=98.98) ao das histerectomizadas (MR=56.71), com diferenças significativas para a componente física, componente mental, desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e FSFI total. A autora concluiu que as mulheres submetidas a histerectomia apresentaram valores mais baixos na componente física da qualidade de vida e no FSFI e os valores mais elevados na componente mental da qualidade de vida comparativamente ao grupo de controle. A qualidade de vida através das suas duas componentes apresentou um contributo

significativo na explicação da variação do funcionamento sexual e a componente física revela ter mais importância do que a componente mental no funcionamento sexual.

Urrutia, Araya, Rivera, Viviani e Villarroel (2007) realizaram um estudo analítico, longitudinal e prospectivo a fim de estabelecer um modelo para prever a qualidade de vida sexual em mulheres histerectomizadas, seis meses após a cirurgia. A amostra era constituída por 90 mulheres histerectomizadas com 45 +/- 7 anos. Foram realizadas questionários aplicados em dois momentos após a cirurgia e seis meses depois, para determinar as características da sexualidade e da comunicação dentro do casal. Nas duas entrevistas, 72 (77%) mulheres relataram a comunicação e a qualidade de vida sexual como "boas". As variáveis que tiveram 40% de influência na qualidade de vida sexual aos seis meses após a cirurgia foram a ooforectomia, a presença do orgasmo, as características da comunicação e a sexualidade basal com o casal. Em relação à qualidade da comunicação do casal, os resultados apontam para uma ligeira variação percentual, comparando-a nos dois períodos de tempo. No entanto, a diferença de médias não é significativa ( $p=0,750$ ). Ao comparar as respostas do questionário inicial com as do sexto mês, verificou-se menor número de conflitos entre o casal percebido pelas mulheres no sexto mês, em comparação com a entrevista de base. Em relação à qualidade de vida sexual, a análise foi realizada em 86 mulheres, uma vez que as restantes 4 mulheres não tinham iniciado a atividade sexual ao sexto mês após a histerectomia, cujas causas foram: duas delas por medo da dor, uma devido a problemas de comunicação entre o casal e a quarta devido à incontinência urinária, secundária à histerectomia. A análise da pontuação total da escala revela que não foram encontradas diferenças significativas entre o início do estudo e no sexto mês ( $p=0,106$ ). Ao analisar cada um das dimensões com as respectivas questões, não houve diferenças na maioria das respostas da vida sexual inicial e ao sexto mês. As respostas que variaram foram ao nível da dimensão excitação, angústia e avaliação geral da vida sexual, todas elas apontaram para uma melhoria destes parâmetros avaliados. As variáveis que foram significativamente relacionadas com a vida sexual até o sexto mês foram: qualidade de vida da atividade sexual, comunicação de base, frequência do orgasmo, nível de escolaridade superior e idade da mulher. Do total de variáveis inseridas na análise multivariada, foram aceites no modelo: qualidade da comunicação do casal, qualidade da vida sexual, presença de ooforectomia e presença de orgasmo. O modelo estabelecido explicou 39,5% da variável de qualidade da vida sexual ao sexto mês após histerectomia. Os autores concluíram que a sexualidade das mulheres histerectomizadas dependerá, em grande medida, de variáveis pré-cirúrgicas. Portanto, é importante considerar essas variáveis para a educação de mulheres histerectomizadas.

Schmidt, Sehnem, Cardoso et al. (2019) realizaram um estudo qualitativo com 19 mulheres hysterectomizadas utentes de unidades da Estratégia Saúde da Família, a fim de conhecerem as suas experiências acerca da sexualidade. Os resultados revelam que as mulheres relataram sentir-se diferentes para vivenciar a sua sexualidade depois da hysterectomia, um procedimento, para elas, como restabelecedor da sua saúde, o retorno à vida sexual e à alteração nos relacionamentos. A hysterectomia surgiu também associada ao surgimento de dispareunia e à diminuição da libido. As autoras concluíram que as modificações vivenciadas a partir da hysterectomia levam a que as mulheres construíssem novos significados acerca da sexualidade e dos seus relacionamentos. A hysterectomia desdobrou-se em questões concretas, nomeadamente a redução ou aumento da dor nas relações sexuais, e em questões subjetivas como a sensação de liberdade e o impacto na identidade feminina.



**II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO**

---



## 1. Metodologia

A segunda parte deste estudo descreve os procedimentos metodológicos adotados, que compreendem os métodos no qual se incluem as questões, os objetivos e o tipo de estudo da pesquisa efetuada, os participantes, os instrumentos, os procedimentos formais e éticos e os procedimentos estatísticos adotados.

### 1.1. Métodos

Os estudos sobre o efeito da histerectomia na função sexual feminina ainda não são conclusivos, havendo motivos para admitir que a remoção do útero pode ter efeitos adversos no funcionamento sexual feminino, decorrentes das alterações anatómicas pélvicas (Estrela & Martins, 2006). As mesmas autoras referem que “a função sexual pós-operatória, por norma, é determinada pela função sexual pré-operatória, pelas expectativas pré-operatórias, particularmente da sexualidade e pela sintomatologia pré-operatória” (p. 156). A relação entre a mulher e o seu parceiro assume-se como um importante fator de previsão da qualidade de vida sexual que esta espera ter após a cirurgia. As mulheres que já possuíam uma relação de ambivalência com o seu parceiro antes da histerectomia, apresentam um risco mais elevado de agravamento da sexualidade após a histerectomia, quando comparadas com as que tinham uma relação harmoniosa com o parceiro (Estrela & Martins, 2006).

A função sexual pós-operatória é uma preocupação para muitas mulheres e seus parceiros. Independentemente da situação, as mulheres necessitam de um cuidado holístico, onde se destacam os enfermeiros Especialista de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, em particular, atribuindo importância, na sua prática, a todos os fatores inerentes a esta vivência da mulher histerectomizada, particularmente no que se refere à sua vida sexual, “devendo estas ser vistas mais do que um corpo, mas como seres singulares com um percurso de vida e com uma história pessoal, cujas particularidades devem ser atendida para que se possa ajudar a terem uma vivência da sexualidade positiva e, assim, alcançarem qualidade de vida” (Amaral, 2019, p. 26).

Assim sendo, e impulsionados pela conjectura atual da prática diária de enfermagem, emergiu, nas nossas consciências, a vontade de aprofundar esta temática dentro de uma visão holística e humanística, uma vez que o respeito pela individualidade de cada mulher, a escuta atenta, a valorização dos seus receios e angústias, são ingredientes básicos da humanização dos cuidados.

É no contexto acima descrito que surge naturalmente este estudo que se orientará no sentido de responder às seguintes questões de investigação:

- Quais as variáveis sociodemográficas e profissionais interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia?

- Existe relação entre as variáveis de saúde sexual e reprodutiva e o relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia?

- Quais as variáveis clínicas que interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia?

- Quais as variáveis contextuais à sexualidade que interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia?

- Existe relação entre a qualidade de vida e o relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia?

Os objetivos do estudo são:

- Verificar que variáveis sociodemográficas e profissionais interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia;

- Averiguar se as variáveis de saúde sexual e reprodutiva interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia;

- Identificar que variáveis clínicas interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia;

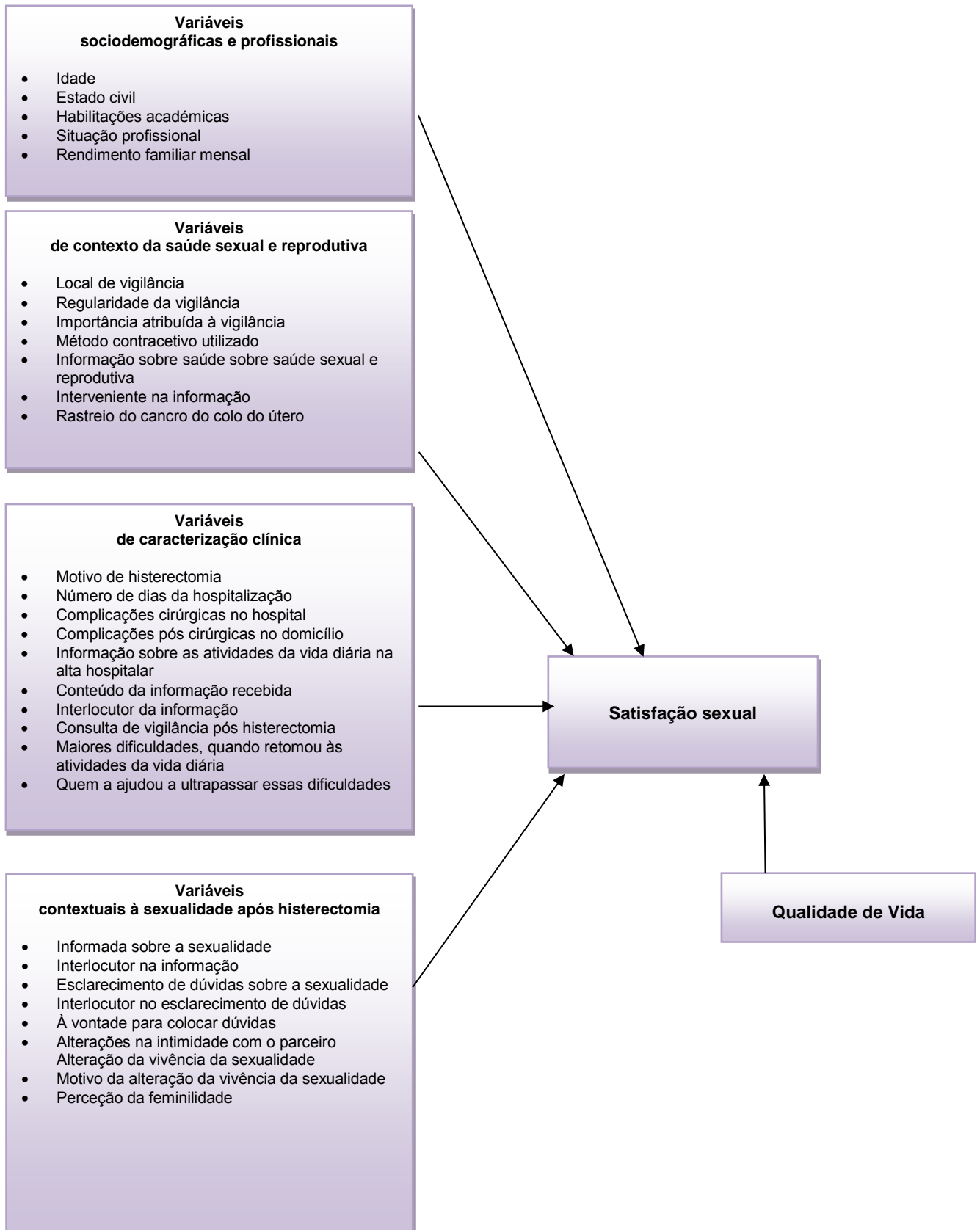
- Averiguar se as variáveis contextuais à sexualidade interferem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia;

- Verificar se existe relação entre a qualidade de vida e o relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia.

Para a obtenção de respostas às questões e aos objetivos de investigação delineados, optar-se-á por um tipo de investigação com as características dos estudos quantitativos e não experimentais em corte transversal, descritivos e correlacionais, no qual se procura estudar o modo como as variáveis independentes (sociodemográficas e profissionais, de vigilância da saúde sexual e reprodutiva, de caracterização clínica, contextuais à sexualidade e qualidade de vida) se refletem no relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher com histerectomia.

Nesta perspetiva e tendo em conta as considerações metodológicas adotadas para este estudo, elaborou-se uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis (cf. Figura 1).

Figura 1. Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas



## 1.2. Participantes

A amostra em estudo será do tipo não-probabilística, por conveniência, constituída por 129 mulheres submetidas a histerectomia que frequentam a consulta de ginecologia de um hospital da zona centro do país.

### 1.2.1. Caracterização sociodemográfica e profissional

Os resultados obtidos em relação à idade das participantes revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 48 anos e máxima de 70 anos, ao que corresponde uma média de idade de 55,82 anos ( $\pm 3,97$  anos). O coeficiente de variação indicia uma dispersão baixa face à idade média encontrada (cf. tabela 1).

Tabela 1. Estatísticas relativas à idade das participantes

Idade	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Total	129	48	70	55.82	3.97	7.11	3.97	8.94

Ainda em relação à idade, efetuou-se grupos de corte, para uma melhor visualização dos dados, como exposto na tabela 2. Verifica-se que, para a totalidade da amostra, sobressaem as participantes casadas ou a viverem em união de facto (76,0%), das quais 74,3% possuem idade inferior ou igual aos 55 anos e 78,2% idade superior aos 55 anos.

Em relação às habilitações literárias, apura-se um predomínio de participantes com o ensino básico (71,3%). Quando analisamos os resultados por idade, o maior destaque recai nas mulheres com idade inferior ou igual aos 55 anos (73,0%), apesar de se registar 69,1% de mulheres também com o ensino básico. Verifica-se que 22,5% da amostra possui o ensino superior, com 20,3% de mulheres na faixa etária  $\leq 55$  anos e 25,5% com idade  $> 55$  anos, estando em menor representatividade as participantes com o ensino secundário (6,2%) (cf. Tabela 2).

Quanto à situação profissional, constata-se que quase a totalidade da amostra (90,7%) é ativa, com 86,5% de mulheres com idade inferior aos 55 anos e 96,4% na faixa etária superior aos 55 anos (cf. tabela 2).

Os resultados referentes ao rendimento familiar mensal revelam que mais de metade da amostra (61,2%) tem um rendimento familiar mensal de 500-999 euros, onde 55,4% são mulheres com idade inferior ou igual aos 55 anos e 69,1% com idade superior aos 55 anos. É de referir também que 20,9% das mulheres possuem um rendimento familiar mensal de 1500-1999 euros, onde se incluem 23,0% das mulheres mais novas e 18,2% das mais velhas (cf. tabela 2).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica e profissional em função da idade

Variáveis	Idade				Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
	(74)	(57.4)	(55)	(42.6)	(129)	(100.0)				
<b>Estado civil</b>										
Divorciada/viúva	19	25.7	12	21.8	31	24.0	.5	-.5	0.257	0.612
Casada/união de facto	55	74.3	43	78.2	98	76.0	-.5	.5		
<b>Habilitações literárias</b>										
Ensino básico	54	73.0	38	69.1	92	71.3	.5	-.5	n.a.	n.a.
Ensino secundário	5	6.8	3	5.5	8	6.2	.3	-.3		
Ensino superior	15	20.3	14	25.5	29	22.5	-.7	.7		
<b>Situação profissional</b>										
Ativas	64	86.5	53	96.4	117	90.7	-1.9	1.9	3.648	0.056
Não ativas	10	13.5	2	3.6	12	9.3	1.9	-1.9		
<b>Rendimento familiar mensal</b>										
<500 euros	5	6.8	2	3.6	7	5.4	.8	-.8	n.a.	n.a.
500-999 euros	41	55.4	38	69.1	79	61.2	-1.6	1.6		
1000-1499 euros	11	14.9	5	9.1	16	12.4	1.0	-1.0		
1500-1999 euros	17	23.0	10	18.2	27	20.9	.7	-.7		
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>				

### 1.3. Instrumento de colheita de dados

Como métodos de colheita de dados optou-se por um protocolo constituído por um questionário e escalas, por ser o método que permite a recolha de informação, junto dos cuidadores informais com a maior celeridade com o mínimo de interferência e influência externa. Assim, o mesmo contém, na primeira secção, um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional das mulheres; na segunda secção constam as variáveis da saúde sexual e reprodutiva; na terceira secção encontram-se as variáveis de caracterização clínica; na quarta secção encontram-se as variáveis contextuais à sexualidade (*ad hoc*). A quinta secção possui a WHOQOL-BREF (Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde) (Grupo WHOQOL, 1998, Barros, 2002) e na sexta secção o Inventário de Satisfação Sexual Golombok RUST – versão feminina (GRISS: Rust & Golombok, 1986), uma tradução e adaptação para a população portuguesa por Sandra Vilarinho e Pedro Nobre (2006).

**Inventário de Satisfação Sexual Golombok RUST – versão feminina (GRISS: Rust & Golombok, 1986), tradução e adaptação para a população portuguesa por Vilarinho e Nobre (2006)**

O *Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (female version)* (GRISS versão feminina; Rust & Golombok, 1986) foi, em 2006, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Vilarinho e Nobre. Na sua versão original denominado *Golombok Rust Inventory of Marital State*, é um inventário unidimensional composto por 28 itens que avaliam a qualidade global do relacionamento de casal, tendo para a versão feminina obtido um alpha de Cronbach de 0,86. As respostas variam numa escala de tipo Lickert entre 1 “discordo fortemente” e 4 “concordo fortemente”, cuja obtenção de pontuação elevada representa menor satisfação pela existência de um relacionamento problemático (Rust, Bennun, Crowe, & Golombo, 1990, cit. por Vilarinho & Nobre, 2006). Os dados actualmente disponíveis atestam as robustas qualidades psicométricas do instrumento, principalmente no que se refere à fidelidade. Quanto à consistência interna, apresenta um alpha de Cronbach de 0,87. Relativamente à inversão dos itens, os itens 3, 6, 7, 8, 11, 13, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26, e 27 devem ser recodificados de modo a 1=0, 2=1, 3=2, 4=3, enquanto os itens 1, 2, 4, 5, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 20, 22, 25, e 28, são recodificados para que 1=4, 2=3, 3=2, e 4=1. Importa referir que se trata de uma escala unifatorial (Vilarinho & Nobre, 2006).

**WHOQOL-BREF (Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde) (Grupo WHOQOL, 1998, Barros, 2002):** é um instrumento de avaliação de qualidade de vida de fácil aplicação e as suas características psicométricas mantêm os critérios de desempenho exigidos (Serra et al., 2006). Os itens que compõem o WHOQOL-BREF foram selecionados de acordo com a sua capacidade de explicar uma dimensão substancial da variância ao nível da faceta e do domínio que integram a sua relação com o modelo geral de qualidade de vida e a sua capacidade discriminativa. É composto por 26 perguntas, sendo duas mais gerais, referentes à percepção geral de Qualidade de Vida e à percepção geral de saúde, quando calculada em conjunto, gera um *score* independente dos domínios e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que constituem o instrumento original. As perguntas que o constituem foram formuladas em conformidade com a metodologia específica da Organização Mundial de Saúde, encontrando-se organizadas em escalas de resposta de tipo Likert, com cinco níveis, cada uma e a sua pontuação pode variar de 1 a 5.

A cotação do WHOQOL-Bref pode ser feita manualmente ou mediante recurso a uma sintaxe para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Cada pergunta é cotada de 1 a 5, indicando cada um destes valores um descritor das escalas de resposta que compõem o instrumento. Os itens são cotados de 1 a 5. Três itens, concernentes a perguntas formuladas de forma negativa (Q3, Q4 e Q26), devem ser invertidos, o que para efeitos de cálculo, implica a subtração do seu valor a seis unidades.

O Centro de avaliação da Qualidade de Vida para português de Portugal, de acordo com as tendências atuais da OMS, optou por transformar os resultados numa escala de 0 a 100. O cálculo dos domínios faz-se recorrendo à seguinte fórmula geral:

$$\text{Resultado do Domínio} = \frac{\text{Somatório de todos os itens} - \text{Número de itens}}{4 \times \text{Número de itens}} \times 100$$

O WHOQOL-Bref está organizado em quatro domínios: *físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente*:

O *Domínio Físico* é composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula  $((6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18) - 7 / 28 \times 100$ .

O *Domínio Psicológico* é composto por 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula:  $((Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)) - 6) / 24 \times 100$ .

O *Domínio das Relações Sociais* é composto por 3 itens (Q20, Q21, Q22); o cálculo do domínio faz-se de acordo com a seguinte fórmula:  $((Q20 + Q21 + Q22) - 3) / 12 \times 100$ .

O *Domínio Ambiente* é composto por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25); o cálculo deste domínio faz-se de acordo com a fórmula seguinte:  $((Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25) - 8) / 32 \times 100$ .

A Faceta geral é composta por 2 itens (Q1, Q2): o cálculo desta faceta faz-se de acordo com a seguinte fórmula:  $(Q1 + Q2) - 1 / 8 \times 100$ .

O cálculo dos domínios pode ser feito somando todas os itens que dele fazem parte e dividindo pelo total de itens. Este processo dará um resultado na mesma escala que a escala de resposta (de 1 a 5). No presente estudo não existem esses dados, uma vez que a sintaxe do SPSS os converte automaticamente para a escala 0-100. Os resultados

transformados, ainda que numa escala diferente, são idênticos, quer da escala de 1 a 5, quer da escala de 4 a 20, resultado da multiplicação por 4 do resultado médio dos itens. A interpretação dos resultados da escala é feita de forma linear: resultados mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida

#### 1.4. Procedimentos éticos e formais

Estando conscientes que qualquer processo de investigação exige um seguimento de normas de conduta por parte dos investigadores, realizaram-se algumas diligências prévias, com a finalidade de proteger o direito e a liberdade dos participantes.

Assim, o primeiro passo consistiu no pedido de autorização A Sandra Vilarinho para conceder autorização da aplicação do Inventário de Satisfação Sexual Golombok RUST – versão feminina (GRISS: Rust & Golombok, 1986), traduzido e adaptado para a população portuguesa (cf. Anexo II). Seguiu-se o pedido de parecer sobre o estudo à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu. Posteriormente contactou-se a Direção do Hospital da Região Centro do País, onde decorreu a recolha de dados, solicitando autorização, com deferimento (cf. Anexo III).

No desenvolvimento da investigação foram salvaguardados os direitos das participantes e os princípios éticos.

#### 1.5. Análise dos dados

Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e a estatística analítica ou inferencial, tendo o tratamento estatístico sido efetuado informaticamente com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24 para o *Windows*. Quanto à análise estatística descritiva recorreu-se a medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (exemplo do coeficiente de variação e do desvio padrão) e medidas da forma da distribuição dos elementos da amostra (medidas de assimetria e achatamento) de acordo com as características das variáveis em estudo. Com base neste propósito, utilizamos para o nosso estudo os seguintes procedimentos, os resultados relativos a variáveis quantitativas são apresentados apelando a:

- Medidas de tendência central: Média (M);
- Medidas de dispersão: Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV%);
- Medida de assimetria e achatamento.

Os resultados relativos a variáveis qualitativas são apresentados evocando a

- Frequências absolutas;
- Frequências percentuais.

Uma das medidas de dispersão é o coeficiente de variação, que permite comparar a dispersão de duas variáveis que não são avaliadas com a mesma unidade de medida. Expressa-se pela divisão do desvio padrão com a média multiplicado por 100:  $CV = Dp/\bar{x} \times 100$ . Os intervalos de dispersão admitidos foram os sugeridos por Pestana & Gageiro (2014):

- $CV \leq 15\%$  Fraca dispersão;
- $15\% < CV \leq 30\%$  Dispersão moderada;
- $CV > 30\%$  Dispersão elevada.

Quando as variáveis são de natureza quantitativa aplicam-se as medidas de simetria que a seguir se expõem. A medida de assimetria Skewness (SK), enviesamento da distribuição em relação à amostra, é calculada através do quociente entre (SK) com erro padrão (Std. Error).

Segundo Pestana & Gageiro (2014) se  $SK / Stderror$ :

- Oscilar entre -1,96 e 1,96 a distribuição é simétrica;
- For inferior a -1,96, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita;
- For superior a 1,96, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda.

Para os mesmos autores, nas medidas de achatamento ou curtose (K) os resultados obtêm-se da mesma forma. Esta medida é obtida pelo quociente  $K / Stderror$ . Assim, pode afirmar-se que a distribuição é:

- Mesocúrtica se  $-1,96 < K / Stderror < 1,96$ ;
- Planicúrtica se for inferior a -1,96;
- Leptocúrtica caso seja superior a 1,96.

De forma a permitir testar as questões de investigação, recorreremos aos seguintes testes não-paramétricos:

- **Teste de Qui-Quadrado ( $X^2$ )**

Teste não paramétrico utilizado no estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a

hipótese de independência, ou seja, os valores do teste pertencem a região crítica (Pestana & Gageiro, 2014). Este teste deve ser utilizado quando no máximo 20% das células tiverem uma frequência esperada menor do que 5, desta forma a alternativa se em Tabela de 2x2 deve-se usar o teste de Fisher (Marôco, 2014).

Para testar as hipóteses, recorreremos aos seguintes testes não-paramétricos:

- **Teste U de Mann Whitney**

Este é um teste não paramétrico alternativo ao *Teste t de student* para amostras independentes, sobretudo quando os pressupostos deste teste não são válidos, ou seja, quando as amostras são de pequena dimensão, muito diferentes, ou as variâncias muito heterogêneas (Marôco, 2014), permitindo verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos (Pestana & Gageiro, 2014).

- **Teste de Kruskal-Wallis**

Teste não paramétrico que deve ser utilizado nas situações em que a ANOVA não pode ser utilizada, nomeadamente quando as variâncias são muito heterogêneas. O *Teste de Kruskal-Wallis* pode ser usado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis, observadas em uma ou mais amostras independentes (Marôco, 2014; Pestana & Gageiro, 2014).

- **Resíduos Ajustados**

A análise dos resíduos ajustados é uma ferramenta que permite a detetar a identificação dos valores significativos de certas pressuposições, pois, como referenciam Pestana & Gageiro (2014), os testes de independência do Qui-Quadrado são “generalistas”, isto é, apenas informam se há ou não relação entre as variáveis, já os resíduos ajustados standardizados são “específicos”, pois identificam as células com comportamentos diferentes do habitual, sendo que os valores elevados dos resíduos ajustados indiciam uma relação de dependência entre as variáveis. A sua interpretação exige um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna (Pestana & Gageiro, 2014). Considera-se assim, para uma probabilidade igual a 0,05, os seguintes valores de referência:

- $\geq 1.96$  Diferença estatística significativa;
- $< 1.96$  Diferença estatística não significativa.

Os respetivos intervalos de confiança foram de 95% e/ou nível de significância  $p < 0,05$  preconizados por Marôco (2014) e Pestana & Gageiro (2014):

- $p < 0,05^{**}$  Diferença estatística significativa

- $p < 0,01^{***}$  Diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001^{****}$  Diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0,05$  n.s Diferença estatística não significativa

A apresentação dos dados é feita através de Tabelas de modo a auxiliar a sua compreensão, com supressão das fontes em virtude de estes se referirem sempre ao presente estudo. A descrição e análise dos dados foram executadas com base na ordem temática do instrumento de recolha de dados.



## 2. Apresentação dos resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados pertencentes à estatística inferencial.

### 2.1. Análise descritiva

De seguida apresentam-se os resultados da análise descritiva, começando-se por apresentar os resultados relativos à caracterização sexual e reprodutiva das participantes da amostra em estudo.

#### 2.1.1. Saúde sexual e reprodutiva

No que se refere ao local onde as participantes realizam a vigilância da sua saúde sexual e reprodutiva, constata-se que a maioria (58,9%) refere que o faz no médico particular/ginecologista, das quais 59,5% possuem idade inferior aos 55 anos e 58,2% estão na faixa etária superior aos 55 anos, com 41,1% de mulheres a vigiarem a sua saúde sexual e reprodutiva no Centro de Saúde (médico(a) de família) (cf. tabela 3).

Procurou-se saber com que regularidade fazem a vigilância da sua saúde sexual e reprodutiva, verificando-se que metade da amostra (50,0%) refere fazê-la anualmente, o que é comum a 49,3% das mulheres mais novas e a 50,9% das com mais idade, secundadas pelas que fazem a vigilância de 2 em 2 anos (28,7%), correspondendo a 24,6% de mulheres com menos idade e a 34,0% de mulheres com mais idade. Ressalva-se que 21,3% das mulheres fazem a vigilância da sua saúde sexual e reprodutiva num espaço temporal igual ou superior de 3 em 3 anos, com destaque para as mulheres com menos idade (cf. tabela 3).

Verifica-se que um pouco mais de metade da amostra (54,3%) considera importante a vigilância da saúde sexual e reprodutiva, uma opinião partilhada por 64,9% de mulheres mais novas e por 40,0% das mulheres mais velhas, enquanto 45,7% consideram muito importante, particularmente as mulheres mais velhas (60,0%), com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=7,860$ ;  $p=0,005$ ), situadas entre as mulheres com idade igual ou inferior aos 55 anos e que atribuem à vigilância da sua saúde sexual e reprodutiva

importância e as que se situam na faixa etária superior aos 55 anos e lhe atribuem muita importância (cf. tabela 3).

Em relação ao acesso a educação (formação/informação) para a saúde sobre saúde sexual e reprodutiva, constata-se que mais de metade da amostra (72,9%) diz ter acesso, com uma representatividade de 82,4% de mulheres mais novas e 60,0% com mais idade, enquanto 27,1% das mulheres relatam não ter acesso à educação para a saúde sexual e reprodutiva ( $\leq 55$  anos 17,6% vs  $>55$  anos 40,0%), com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=8,030$ ;  $p=0,005$ ), situadas entre as mulheres com idade igual ou inferior aos 55 anos e que têm acesso à educação para a saúde sexual e reprodutiva e as que se situam na faixa etária superior aos 55 anos e que não têm acesso a essa educação/formação (cf. tabela 3).

Constata-se que a quase totalidade da amostra (83,7%) faz rastreio do cancro do colo do útero, fazendo parte deste grupo 83,8% das mulheres mais novas e 83,6% das que possuem mais idade. Regista-se que 16,3% das mulheres não fazem o rastreio do cancro do colo do útero ( $\leq 55$  anos 16,2% vs  $>55$  anos 16,4%) (cf. tabela 3). A maioria das mulheres refere que faz o rastreio de anualmente (38,9%), 35,2% de 2 em 2 anos e 25,9% de 3 em 3 anos (cf. tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da saúde sexual e reprodutiva em função da idade

Variáveis	Idade				Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
	(74)	(57.4)	(55)	(42.6)	(129)	(100.0)				
<b>Local de vigilância</b>										
Centro de saúde (médico(a) de família	30	40.5	23	41.8	53	41.1	-.1	.1	0.021	0.884
Particular (ginecologista)	44	59.5	32	58.2	76	58.9	.1	-.1		
<b>Regularidade da vigilância</b>										
Anualmente	34	49.3	27	50.9	61	50.0	-.2	.2	2.625	0.269
De 2 em 2 anos	17	24.6	18	34.0	35	28.7	-1.1	1.1		
$\geq 3$ em 3 anos	18	26.1	8	15.1	26	21.3	1.5	-1.5		
<b>Importância atribuída à vigilância</b>										
Importante	48	64.9	22	40.0	70	54.3	<b>2.8</b>	-2.8	7.860	<b>0.005</b>
Muito importante	26	35.1	33	60.0	59	45.7	-2.8	<b>2.8</b>		
<b>Informação sobre saúde sobre saúde sexual e reprodutiva</b>										
Sim	61	82.4	33	60.0	94	72.9	<b>2.8</b>	-2.8	8.030	<b>0.005</b>
Não	13	17.6	22	40.0	35	27.1	-2.8	<b>2.8</b>		
<b>Rastreio do cancro do colo do útero</b>										
Sim	62	83.8	46	83.6	108	83.7	.0	.0	0.001	0.982
Não	12	16.2	9	16.4	21	16.3	.0	.0		
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>				

### 2.1.2. Caracterização clínica

Os resultados obtidos em relação ao número de dias da hospitalização revelam, para a globalidade da amostra, um mínimo de 3 dias e um máximo de 15 dias, ao que corresponde uma média de 7,20 dias ( $\pm 2,89$  dias). O coeficiente de variação indicia uma dispersão elevada face à média encontrada de dias de hospitalização (cf. tabela 4).

Tabela 4. Estatísticas relativas ao número de dias de hospitalização

Idade	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Total	129	3	15	7.20	2.89	40.13	6.03	53.54

No que diz respeito ao motivo para a realização da histerectomia, constata-se que estão em maioria as mulheres com patologia ginecológica benigna (85,3%), das quais 81,1% possui idade  $\leq 55$  anos e 90,9% com idade  $> 55$  anos, com 14,7% das mulheres a referirem patologia ginecológica oncológica (cf. tabela 5).

Ainda em relação ao número de dias de hospitalização, verifica-se que prevalecem as mulheres que ficaram hospitalizadas igual ou superior a 8 dias (48,8%), fazendo parte deste grupo 44,6% das mulheres mais novas e 54,5% das mulheres com mais idade, secundadas pelas mulheres que estiveram hospitalizadas entre 6-7 dias ( $\leq 55$  anos 37,8% vs  $> 55$  anos 25,5%) (cf. tabela 5).

Procurou-se saber se as mulheres tiveram complicações cirúrgicas, constatando-se que a maioria refere que não as teve (77,5%), onde se incluem 75,7% de mulheres mais novas e 80,0% das mulheres com mais idade. Apenas 22,5% das mulheres referem ter tido complicações cirúrgicas ( $\leq 55$  anos 24,3% vs  $> 55$  anos 20,0%) (cf. tabela 5).

Verifica-se que a quase totalidade das mulheres (80,6%) refere que recebeu informação sobre sinais de alerta após a alta, o que corresponde a 77,0% das mulheres mais novas e a 85,5% das mulheres mais velhas, enquanto 19,4% admitem que não receberam essa informação (cf. tabela 5).

No que se refere ao interlocutor das informações recebidas na alta hospitalar, verifica-se que a percentagem mais expressiva recai em ambos os profissionais de saúde ( $\leq 55$  anos 43,2% vs  $> 55$  anos 43,6%), seguindo-se as mulheres que referem ter sido o médico (32,6%) e, em menor representatividade, as que tiveram como interlocutor dessas informações o enfermeiro (24,0%). Todavia, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. tabela 5).

Procurou-se saber se as mulheres tiveram consulta de vigilância pós histerectomia, tendo-se constatado que a grande maioria (82,9%) teve a consulta de vigilância ( $\leq 55$  anos 88,1% vs  $> 55$  anos 85,5%) (cf. tabela 5).

Apura-se que a maioria das participantes não teve complicações pós cirúrgicas no domicílio (85,3%), com 14,7% de mulheres a admitirem ter tido complicações, com mais expressividade no grupo das que possuem idade  $\leq 55$  anos (cf. tabela 5).

Tabela 5. Caracterização clínica em função da idade

Variáveis clínicas	Idade $\leq 55$ anos		Idade $> 55$ anos		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	nº (74)	% (57.4)	nº (55)	% (42.6)	nº (129)	% (100.0)	1	2		
<b>Motivo da histerectomia</b>										
Patologia ginecológica benigna	60	81.1	50	90.9	110	85.3	1.6	-1.6	2.426	0.119
Patologia ginecológica oncológica	14	18.9	5	9.1	19	14.7	-1.6	1.6		
<b>Número de dias de hospitalização</b>										
$\geq 5$ dias	13	17.6	11	20.0	24	18.6	-0.4	0.4	2.226	0.329
6-7 dias	28	37.8	14	25.5	42	32.6	1.5	-1.5		
$\geq 8$ dias	33	44.6	30	54.5	63	48.8	-1.1	1.1		
<b>Complicações cirúrgicas no hospital</b>										
Sim	18	24.3	11	20.0	29	22.5	0.6	-0.6	0.339	0.561
Não	56	75.7	44	80.0	100	77.5	-0.6	0.6		
<b>Informação sobre as atividades da vida diária na alta hospitalar</b>										
Sim	57	77.0	47	85.5	104	80.6	-1.2	1.2	1.434	0.231
Não	17	23.0	8	14.5	25	19.4	1.2	-1.2		
<b>Interlocutor da informação</b>										
Médico	20	27.0	22	40.0	42	32.6	-1.6	1.6	3.978	0.137
Enfermeiro	22	29.7	9	16.4	31	24.0	1.8	-1.8		
Ambos	32	43.2	24	43.6	56	43.4	0.0	0.0		
<b>Consulta de vigilância após histerectomia</b>										
Sim	60	81.1	47	85.5	107	82.9	-0.7	0.7	0.427	0.514
Não	14	18.9	8	14.5	22	17.1	0.7	-0.7		
<b>Complicações pós cirúrgicas no domicílio</b>										
Sim	14	18.9	5	9.1	19	14.7	1.6	-1.6	2.426	0.119
Não	60	81.1	50	90.9	110	85.3	-1.6	1.6		
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>				

Das mulheres que afirmaram ter recebido informação sobre as atividades da vida diária na alta hospitalar (80,6%), sobressaem 82,7% que foram informadas sobre os sinais de alerta após a alta, 78,8% sobre o exercício físico, 75,0% acerca da alimentação e 60,6% sobre a gestão de emoções (cf. tabela 6).

Tabela 6. Informações sobre as atividades da vida diária na alta hospitalar

<b>Informações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sinais de alerta após a alta	86	82.7
Higiene e conforto	60	57.7
Exercício físico	82	78.8
Alimentação	78	75.0
Hábitos de vida saudável	59	56.7
Gestão de emoções	63	60.6

As maiores dificuldades sentidas pelas mulheres, quando retomaram as atividades de vida diária, foram sobretudo ao nível da gestão das emoções (41,1%), alimentação (19,4%) e exercício físico (17,8%) (cf. tabela 7).

Tabela 7. Maiores dificuldades quando retomou às atividades da vida diária

<b>Dificuldades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Higiene e conforto	1	.8
Exercício físico	23	17.8
Alimentação	25	19.4
Atividades domésticas	10	7.8
Gestão de emoções	53	41.1

### 2.1.3. Sexualidade

Começa-se por referir que todas as mulheres admitiram ter recebido informações sobre a sexualidade, após a histerotomia, Tendo sido os principais interlocutores ambos os profissionais de saúde (43,4%), seguindo-se o médico (32,6%) e os enfermeiros (24,0%), com 79,8% a referirem que as suas dúvidas sobre sexualidade foram esclarecidas ( $\leq 55$  anos 77,0% vs  $>55$  anos 83,6%). No entanto, é expressivo o percentual de mulheres que confirma não ter as suas dúvidas sobre sexualidade esclarecidas (20,2%, com destaque no caso de mulheres mais novas (23,0%) (cf. tabela 8).

A maioria das mulheres admite que sentiu à vontade de colocar dúvidas sobre sexualidade (79,1%), quer as que possuem idade  $\leq 55$  anos (82,4%), quer as que têm idade  $>55$  anos (74,5%). Contudo, 20,9% das mulheres não sentiram à vontade para colocar dúvidas sobre sexualidade (cf. tabela 8).

Quanto ao alteração da vivência da sexualidade após a histerectomia, constata-se que 50,4% das mulheres admitem que não sofreu alteração ( $\leq 55$  anos 51,4% vs  $>55$  anos 49,1%), enquanto 49,6% das mulheres admitem que a sua vivência da sexualidade se alterou após a histerectomia ( $\leq 55$  anos 48,6% vs.  $>55$  anos 50,9%).

No que diz respeito à percepção como mulheres (considerarem sentir-se mais ou menos femininas) após a histerectomia, constata-se que a maioria das mulheres considera que permaneceu igual (56,6%), das quais 60,8% têm  $\leq 55$  anos e 50,9%  $> 55$  anos. Há a referir que 22,5% das mulheres percebem que a sua percepção como mulher piorou ( $\leq 55$  anos 17,6% vs  $> 55$  anos 29,1%). Porém, para 20,9% das mulheres a sua percepção como mulher melhorou após a histerectomia ( $\leq 55$  anos 21,6% vs  $> 55$  anos 20,0%) (cf. tabela 8).

Tabela 8. Caracterização sexual após histerectomia em função da idade

Variáveis	Idade				Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
	(74)	(57.4)	(55)	(42.6)	(129)	(100.0)				
<b>Interlocutor da informação sobre a sexualidade</b>										
Médico	20	27.0	22	40.0	42	32.6	-1.6	1.6	3.978	0.137
Enfermeiro	22	29.7	9	16.4	31	24.0	1.8	-1.8		
Ambos	32	43.2	24	43.6	56	43.4	.0	.0		
<b>Esclarecimento de dúvidas sobre a sexualidade</b>										
Sim	57	77.0	46	83.6	103	79.8	-.9	.9	0.856	0.355
Não	17	23.0	9	16.4	26	20.2	.9	-.9		
<b>A-vontade para colocar dúvidas sobre sexualidade</b>										
Sim	61	82.4	41	74.5	102	79.1	1.1	-1.1	1.186	0.276
Não	13	17.6	14	25.5	27	20.9	-1.1	1.1		
<b>Alteração na vivência da sexualidade</b>										
Sim	36	48.6	28	50.9	64	49.6	-.3	.3	0.064	0.800
Não	38	51.4	27	49.1	65	50.4	.3	-.3		
<b>Percepção da feminilidade</b>										
Piorou	13	17.6	16	29.1	29	22.5	-1.6	1.6	2.450	0.294
Permaneceu igual	45	60.8	28	50.9	73	56.6	1.1	-1.1		
Melhorou	16	21.6	11	20.0	27	20.9	.2	-.2		
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>				

Apenas algumas das mulheres que referiram que houve alteração da sua vivência da sexualidade após a histerectomia mencionaram o motivo, sendo o mais indicado a diminuição do interesse sexual (37,2%), seguindo-se a diminuição da autoestima (9,3%) e a presença de dor (2,3%), com menor representação. Importa salientar que nenhuma mulher apontou a alteração da imagem corporal e a falta de disponibilidade do parceiro (cf. tabela 10).

Tabela 9. Motivo da alteração da vivência da sexualidade após a histerectomia

Motivo	n	%
Diminuição da autoestima	12	9.3
Diminuição de interesse sexual	48	37.2
Presença de dor	3	2.3

### 2.1.4. Satisfação sexual

Os resultados relativos à satisfação sexual indicam que, na globalidade, as mulheres revelam satisfação sexual (média=40,45±7.81), uma vez que um resultado mais elevado indicaria menor satisfação pela existência de um relacionamento problemático, registando-se um mínimo de 19,64 e um máximo de 54,46. O coeficiente de variação indicia uma dispersão baixa e moderada face às médias encontradas (cf. Tabela 10).

Tabela 10. Estatísticas relativas à satisfação sexual

	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Satisfação sexual	129	19.64	54.46	40.45	7.81	19.30	-2.24	0.39

Constata-se que estão em maioria as mulheres com insatisfação sexual moderada (39,5%), seguindo-se as que estão satisfeitas (31,8%) e com menor representatividade as que estão insatisfeitas (28,7%). No grupo de mulheres com satisfação sexual prevalecem as mais novas (56,1%), sendo também neste grupo etário onde se registam valores percentuais mais elevados ao nível da satisfação sexual moderada (58,8%) e no que se refere à insatisfação sexual (56,8%). No grupo de mulheres com mais idade, o percentual mais elevado recai nas que sentem satisfação sexual (43,9%) (cf. tabela 11).

Tabela 11. Satisfação sexual em função da idade

Grau de satisfação Idade	Satisfeitas		Moderadamente satisfeitas		Insatisfeitas		Total		Residuais			χ <sup>2</sup>	p
	nº (41)	% (31.8)	nº (51)	% (39.5)	nº (37)	% (28.7)	nº (129)	% (100.0)	1	2	3		
Idade													
≤55 anos	23	56.1	30	58.8	21	56.8	74	57.4	-2	.3	-.1	0.077	0.962
>55 anos	18	43.9	21	41.2	16	43.2	55	42.6	.2	-.3	.1		
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>	<b>51</b>	<b>100.0</b>	<b>37</b>	<b>100.0</b>	<b>129</b>	<b>100.0</b>					

### 2.1.5. Qualidade de vida

Os resultados relativos à qualidade de vida indicam que o valor médio mais elevado corresponde ao domínio das relações sociais (média=69,25±9,70), onde o mínimo encontrado é 25,00 e o máximo 75,00, seguindo-se o domínio ambiente (média=67,78±12,31), sendo o valor mais baixo o obtido no domínio psicológico

(média=62,53±17,89). Atendendo ao valor médio da QV global, pode dizer-se que as mulheres percebem de forma positiva a sua qualidade de vida. Os coeficientes de variação indicam uma dispersão baixa e moderada face às médias encontradas (cf. Tabela 12).

Tabela 12. Estatísticas relativas qualidade de vida

Qualidade de vida	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Domínio Físico	129	39.29	82.14	64.81	12.46	19.22	-4.33	-0.17
Domínio Psicológico		16.67	83.33	62.53	17.89	28.61	-6.10	1.95
Domínio das Relações Sociais		25.00	75.00	69.25	9.70	14.00	-7.62	5.80
Domínio Ambiente		34.38	84.38	67.78	12.31	18.16	-7.03	1.41
Qualidade de vida (global)		0.00	87.50	66.37	22.25	33.52	-0.00	2.73

## 2.2. Análise inferencial

Após a análise descritiva dos dados obtidos, com o objetivo de estudar relações e associações entre as variáveis independentes e a variável dependente, procedeu-se de seguida à análise inferencial dos dados, recorrendo, para tal, ao uso de testes paramétricos e não paramétricos, como forma de determinar em que medida os valores da amostra em estudo constituem boas estimativas dos parâmetros da população.

### Que variáveis sociodemográficas e profissionais interferem no relacionamento do casal, no âmbito da sexualidade, na mulher com histerectomia?

De acordo com os resultados apresentados na tabela 13, verifica-se que são as mulheres com idade ≤55 anos as que revelam uma média mais elevada (média=40,66), sugerindo que são estas as que apresentam menor satisfação sexual pela existência de um relacionamento problemático, todavia, sem relevância estatisticamente significativa.

Tabela 13. Teste T de student entre a satisfação sexual e a idade

Idade	≤55 anos		>55 anos		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Satisfação sexual	40.66	7.49	40.17	8.29	0.346	0.730

No que diz respeito ao efeito do estado civil na satisfação sexual, os resultados revelam que são as mulheres casadas/união de facto (OM=67,95) as que revelam mais insatisfação sexual pela existência de um relacionamento problemático, mas sem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 14)

Tabela 14. Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação sexual e o estado civil

Estado civil	Divorciada/viúva	Casada/união de facto	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Satisfação sexual	55.66	67.95	1229.500	0.109

Relativamente à influência do estado civil na satisfação sexual, pelos resultados do teste Kruskal-Wallis (cf. tabela 15), infere-se que as mulheres mais satisfeitas são as que possuem o ensino básico (OM=64,79) e as mais insatisfeitas pela existência de um relacionamento problemático as que têm o ensino secundário (OM=66,81), todavia, sem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 15. Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação sexual e as habilitações literárias

Habilitações literárias	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Satisfação sexual	64.79	66.81	65.16	0.022	0.989

Os resultados indicam que as mulheres mais satisfeitas sexualmente são as ativas profissionalmente (OM=64,40), sem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 16).

Tabela 16. Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação sexual e a situação profissional

Situação profissional	Ativas	Não ativas	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Satisfação sexual	64.40	70.83	632.000	0.589

**Existe relação entre as variáveis de saúde sexual e o relacionamento do casal, no âmbito da sexualidade, na mulher com histerectomia?**

Os resultados alcançados, como apresentado na tabela 17, revelam que as mulheres com mais satisfação sexual são as que não realizam rastreio para o cancro do colo do útero (OM=57,69), não existindo contudo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 17. Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação sexual e a realização do rastreio do cancro do colo do útero

Realização do rastreio do cancro do colo do útero	Sim	Não	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Satisfação sexual	66.42	57.69	980.500	0.326

Os resultados indicam que as mulheres com mais satisfação sexual são as que fazem o rastreio do cancro do colo do útero anualmente (OM=58,47) e as menos satisfeitas pela existência de um relacionamento problemático são as que fazem o rastreio de 3 em 3 anos (OM=66,87), no entanto, sem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 18).

Tabela 18. Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação sexual e a frequência do rastreio do cancro do colo do útero

Frequência do rastreio do cancro do colo do útero	Anualmente	Dois em dois anos	Três em três anos	X <sup>2</sup>	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Satisfação sexual	58.47	62.80	66.87	1.102	0.576

### Quais as variáveis clínicas que interferem no relacionamento do casal, no âmbito da sexualidade, na mulher com histerectomia?

Os resultados indicam que as mulheres que revelam mais satisfação sexual são as que o motivo da histerectomia foi a patologia ginecológica benigna (média=37.53) e as com menor satisfação pela existência de um relacionamento problemático as que o motivo da histerectomia foi a patologia ginecológica oncológicas, resultando em diferenças estatisticamente significativas ( $t=-5.664$ ;  $p=0,000$ ) (cf. tabela 19).

Tabela 19. Teste T de student entre a satisfação sexual e o motivo da histerectomia

Motivo da histerectomia	Patologia ginecológica benigna		Patologia ginecológica oncológica		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Satisfação sexual	37.53	8.13	44.64	4.96	-5.664	0.000

Verifica-se que são as mulheres sem complicações cirúrgicas no hospital as que manifestam mais satisfação sexual (OM=59,95), contrariamente às que referiram que tiveram complicações cirúrgicas no hospital, com diferenças estatisticamente significativas (UMW=944,500;  $p=0,004$ ) (cf. Tabela 20).

Tabela 20. Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação sexual e complicações cirúrgicas no hospital

Complicações cirúrgicas no hospital	Sim	Não	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Satisfação sexual	82.43	59.95	944.500	<b>0.004</b>

As mulheres com maior satisfação sexual são as que referem ter consulta de vigilância após a histerectomia (OM=60,09), contrariamente às que referem não ter tido consulta de vigilância após a histerectomia, com diferenças estatisticamente significativas (UMW=652.000; p=0,001) (cf. Tabela 21).

Tabela 21. Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação sexual e consulta de vigilância após histerectomia

Consulta de vigilância após histerectomia	Sim	Não	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Satisfação sexual	60.09	88.86	652.000	<b>0.001</b>

Constata-se que as mulheres com maior satisfação sexual são as que referem ter tido complicações após a histerectomia (OM=62,13), todavia sem diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 22).

Tabela 22. Teste U de Mann-Whitney entre a satisfação sexual e complicações após histerectomia

Complicações após histerectomia	Sim	Não	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Satisfação sexual	62.13	65.50	990.500	0.716

**- Quais as variáveis contextuais à sexualidade que interferem no relacionamento do casal, no âmbito da sexualidade, na mulher com histerectomia?**

No que diz respeito ao efeito da alteração da vivência da sexualidade após a histerectomia, os resultados revelam que as mulheres com mais satisfação sexual são as que referem que a sua vivência sexual não alterou após a histerectomia (média=40,09), mas sem diferenças estatisticamente significativas (cf. tabela 23)

Tabela 23. Teste T de student entre a satisfação sexual e a alteração da vivência da sexualidade após histerectomia

Alteração da vivência da sexualidade após histerectomia	Sim		Não		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Satisfação sexual	40.82	9.08	40.09	6.37	0.525	0.601

Quanto à relação entre a satisfação sexual e a percepção como mulher (considerar sentir-se mais ou menos feminina) após a histerectomia, afere-se que as mulheres que manifestam mais satisfação sexual são as que consideram que a sua percepção como mulher após a histerectomia melhorou (OM=48,67) e as que referem ter piorado são as que se revelam menos satisfeitas sexualmente (OM=82,76), com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=11,703$ ;  $p=0,003$ ) (cf. Tabela 24).

Tabela 24. Teste de Kruskal-Wallis entre a satisfação sexual e a percepção de feminilidade após a histerectomia

Percepção de feminilidade	Melhorou	Permaneceu igual	Piorou	$X^2$	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Satisfação sexual	48.67	64.92	82.76	11.703	<b>0.003</b>

### Variáveis preditoras da satisfação sexual

Para se estudar a relação entre a satisfação sexual, as variáveis independentes e a qualidade de vida utilizou-se uma regressão linear múltipla univariada, por se considerar o melhor método quando se pretende analisar em simultâneo a relação entre uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes, de natureza quantitativa. Foi usado o método *stepwise*, para a selecção das variáveis.

Na tabela 25 encontra-se a matriz de correlação, cujos resultados indica uma relação direta e positiva para a qualidade de vida global ( $r=0,050$ ), estabelecendo-se com as restantes variáveis correlações negativas. Apenas não se registam diferenças estatisticamente significativas na idade ( $p=0,140$ ) e na qualidade de vida global ( $p=0,287$ ).

Tabela 25. Correlações de Pearson entre as variáveis independentes a qualidade de vida e a satisfação sexual

Variáveis	R	p
Idade	-0.096	0.140
Qualidade de vida global	0.050	0.287
Domínio Físico	-0.588	0.000
Domínio Psicológico	-0.449	0.000
Domínio das Relações Sociais	-0.436	0.000
Domínio Ambiente	-0.501	0.000

As variáveis preditoras da satisfação são a idade, a qualidade de vida global e as dimensões da qualidade de vida, que explicam na sua totalidade 44,4% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 5,96 e os valores de F ( $f=16,26$ ;  $p=0,000$ ), com significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes e a qualidade de vida que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a satisfação sexual.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que os domínios físico, psicológico e ambiente da qualidade de vida estabelecem uma relação inversa e a idade, a qualidade de vida global e o domínio das relações sociais uma relação direta com a satisfação sexual, sugerindo que as mulheres com mais idade, melhor percepção da sua qualidade de vida global, melhor percepção da qualidade de vida no domínio das relações sociais revelam maior satisfação sexual pela inexistência de um relacionamento problemático. Recorreu-se também ao VIF (*variance inflation factor*), cujos valores indicam que as variáveis presentes no modelo não são colineares (cf. tabela 26).

O modelo final ajustado para a satisfação sexual é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Satisfação sexual} = 57.118 + 0,1549 \text{ idade} + 0,068 \text{ qualidade de vida global} + -0.249 \text{ domínio físico} + -0.105 \text{ domínio psicológico} + 0.071 \text{ domínio das relações sociais} + -0.176 \text{ domínio ambiente}$$

Tabela 26. Análise de regressão múltipla entre as variáveis independentes, a qualidade de vida e a satisfação sexual

<b>Variável dependente: Satisfação sexual</b>					
R = 0,667					
R <sup>2</sup> = 0,444					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,417					
Erro padrão de estimativa=5,96					
Incremento de R <sup>2</sup> =0,444					
F=16,26					
p=0,000					
<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente B</b>	<b>Coefficiente beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>Colinearidade VIF</b>
Constante	57.118		6.630	.000	
Idade	.154	.078	1.094	.276	1.120
Qualidade de vida global	.068	.193	2.639	.009	1.180
Domínio Físico	-.249	-.397	-3.666	.000	2.574
Domínio Psicológico	-.105	-.240	-2.698	.008	1.743
Domínio das Relações Sociais	.071	.088	.838	.404	2.424
Domínio Ambiente	-.176	-.278	-2.957	.004	1.938
<b>Análise de variância</b>					
	<b>Efeito</b>	<b>Soma Quadrados</b>	<b>Média quadrados</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Regressão</b>	3476.106	6			
<b>Residual</b>	4345.639	122	579.351	16.265	0,000
<b>Total</b>	7821.745	128	35.620		

### 3. Discussão

Neste capítulo faremos uma discussão dos resultados da investigação, confrontando-os com os resultados de outros estudos já realizados e aos quais fizemos referência no enquadramento teórico. A discussão dos resultados é apresentada tendo por referência as questões de investigação e a relação estudada entre as variáveis independentes e a variável dependente.

#### 3.1. Discussão metodológica

Com o início da concetualização do estudo, na qual foram definidos as questões e os objetivos da investigação, estes alicerçados nas inquietações inerentes à investigação, teve-se, desde logo, a preocupação de desenvolver uma investigação, não apenas metodologicamente rigorosa, mas também que pudesse dar um importante contributo na prática de cuidados dos Enfermeiros, em especial dos Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia, nomeadamente na definição de intervenções concretas face aos problemas intrínsecos ao relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher submetida a histerectomia. Durante este percurso deparámo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que passaremos a descrever de forma sucinta.

A definição da amostra em estudo, a partir da população que lhe deu origem, conduziu a que o tamanho da amostra fosse uma das limitações do presente estudo. O tamanho amostral (N=129) e o tipo de amostra selecionada (não probabilística, por conveniência) não só limita a possibilidade de generalização dos resultados à população em estudo, mas também a acessibilidade à mesma substanciou dificuldades inerentes ao processo de investigação, que se traduzem em limitações/restrições desta investigação. A acessibilidade à amostra revelou-se uma dificuldade, pois foi um processo deveras complexo conseguir-se uma amostra de mulheres histerectomizadas para promover o preenchimento dos questionários. Outras das limitações decorrentes da fase metodológica estão relacionadas com o instrumento de colheita de dados. Uma delas é o próprio tamanho do instrumento poderá ser considerado como demasiado longo e, assim, ter influído na forma como as respostas foram dadas, particularmente na fase final do questionário, o que pode trazer vieses nos resultados finais.

Apesar das dificuldades e limitações elencadas consideramos ter tomado opções metodológicas adequadas ao tipo de estudo e ao tipo de amostra selecionada, de acordo

com as questões e os objetivos de investigação, tendo este contribuído para um conhecimento mais aprofundado sobre o relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher submetida a histerectomia, tendo em conta a sua própria vivência.

### 3.2. Discussão dos resultados

O presente estudo permitiu traçar um perfil sociodemográfico de 129 mulheres submetidas a histerectomia que frequentam a consulta de ginecologia de um hospital da zona centro do país. Assim, para a globalidade da amostra, registou-se uma idade mínima de 48 anos e uma máxima de 70 anos, ao que corresponde uma média de idade de 55,82 anos ( $\pm 3,97$  anos). Sobressaem as participantes casadas ou a viverem em união de facto (76,0%), com predomínio de mulheres com o ensino básico (71,3%), sendo maioritariamente ativas profissionalmente (90,7%), com a maioria (61,2%) a possuir um rendimento familiar mensal de 500-999 euros. No estudo de Good, Korbly, Kassis et al. (2013), 21% das mulheres histerectomizadas possuía uma média de idade de 59 anos. Schmidt, Sehnem, Cardoso et al. (2019), no seu estudo qualitativo realizado em unidades da Estratégia Saúde da Família com 19 mulheres histerectomizadas, procuraram conhecer as suas experiências acerca da sexualidade, a idade das mulheres oscilava entre 33 e os 80 anos. A maioria delas possuía idade entre 43 e 58 anos, uma faixa etária que difere da registada no presente estudo. Quanto ao estado civil, no estudo de Schmidt, Sehnem, Cardoso et al. (2019), a maioria era casada e/ou com união de facto, estando os nossos resultados em conformidade. De igual modo, no referido estudo, grande parte das mulheres era ativa profissionalmente, tendo também, na globalidade, habilitações literárias correspondentes ao ensino básico. Refere-se que a histerectomia é a segunda cirurgia ginecológica mais efetuada no mundo entre mulheres em idade reprodutiva.

No que se refere ao local onde as participantes realizam a vigilância da sua saúde sexual e reprodutiva, constatou-se que a maioria (58,9%) refere que o faz no médico particular/ginecologista, com 41,1% a vigiarem a sua saúde sexual e reprodutiva no Centro de Saúde (médico(a) de família). Quanto à regularidade com que as mulheres fazem a vigilância da sua saúde sexual e reprodutiva, verificou-se que metade da amostra (50,0%) refere fazê-la anualmente, enquanto 21,3% fazem a vigilância da sua saúde sexual e reprodutiva num espaço temporal igual ou superior de 3 em 3 anos, com destaque para as mulheres com menos idade. Um pouco mais de metade da amostra (54,3%) considera importante a vigilância da saúde sexual e reprodutiva, uma opinião partilhada por 64,9% de mulheres mais novas e por 40,0% das mulheres mais velhas, enquanto 45,7% consideram

muito importante, particularmente as mulheres mais velhas (60,0%), com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=7,860$ ;  $p=0,005$ ). De acordo com Bombas (2017, p. 74), a “OMS propôs para a Europa, para 2020 (*UN Sustainable Development Goals*), um plano de ação para a saúde sexual e reprodutiva”, em reconhecimento da extrema relevância da “implementação/continuação de novas políticas para garantir a equidade de acesso, condições e qualidade de saúde”, tendo sido esta proposta acolhida pela maioria dos países da União Europeia, incluindo Portugal. Em relação ao acesso a educação (formação/informação) para a saúde sobre saúde sexual e reprodutiva, constata-se que mais de metade da amostra (72,9%) diz ter acesso, com uma representatividade de 82,4% de mulheres mais novas e 60,0% com mais idade, enquanto 27,1% das mulheres relatam não ter acesso à educação para a saúde sexual e reprodutiva ( $\leq 55$  anos 17,6% vs  $> 55$  anos 40,0%), com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=8,030$ ;  $p=0,005$ ). Como tal, é importante que as mulheres possuam um elevado nível de literacia em saúde sexual e reprodutiva como meio, por excelência, para deterem precocemente as patologias ginecológicas, benignas e oncológicas.

Quase a totalidade da amostra (83,7%) faz rastreio do cancro do colo do útero, fazendo parte deste grupo 83,8% das mulheres mais novas e 83,6% das que possuem mais idade. Regista-se que 16,3% das mulheres não fazem o rastreio do cancro do colo do útero ( $\leq 55$  anos 16,2% vs  $> 55$  anos 16,4%). A maioria das mulheres refere que faz o rastreio de anualmente (38,9%), 35,2% de 2 em 2 anos e 25,9% de 3 em 3 anos. O cancro do colo do útero tem um elevado impacto na saúde pública mundial, principalmente nos países em desenvolvimento. Em conformidade com a Organização Mundial de Saúde (2014, p.8) “o cancro cervical é uma das ameaças mais graves à vida das mulheres. Estima-se que mais de um milhão de mulheres em todo o mundo atualmente têm cancro cervical”. A mesma organização diz que, no ano de 2012, foram diagnosticados 528 000 novos casos de cancro do colo do útero, tendo 266 000 mulheres falecido devido a esta patologia, com cerca de 90% de casos de mortalidade em países de baixo e médio rendimento. A evidência científica demonstra que, entre todas as patologias oncológicas, o cancro do colo do útero é o que tem maior capacidade de prevenção e cura. Por conseguinte, a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG, 2014, p.15) alerta para o facto de a “redução da incidência e da mortalidade por cancro do colo do útero” apenas ser possível com base na adoção de medidas de prevenção primária e secundária, onde se incluiu a vigilância. A prevenção secundária assenta na deteção precoce de lesões pré-malignas com recurso a programas de rastreio organizado ou oportunista. Deste modo, está preconizado que sejam concretizados programas de rastreio de cancro, que consistem na realização de exames a toda a população assintomática ou a grupos específicos. Em Portugal recomenda-se a

realização de um teste de rastreio ao colo do útero, citologia convencional com esfregaço de Papanicolau, a todas as mulheres sexualmente ativas na faixa etária dos 25 aos 64 anos. O rastreio deve ser realizado de 3 em 3 anos perante resultados considerados normais, devendo ser encaminhados os resultados alterados (Norma nº 018/2012 de 21/12/2012, Direção-Geral da Saúde, 2012). Neste âmbito, a SPG (2014, p. 16) refere que quanto maior for a taxa de população-alvo rastreada, mais eficaz será o rastreio organizado, sugerindo que idealmente a população-alvo a fazer o rastreio deveria ultrapassar os 70%.

No que diz respeito ao motivo para a realização da histerectomia, constata-se que estão em maioria as mulheres com patologia ginecológica benigna (85,3%), com 14,7% das mulheres a referirem patologia ginecológica oncológica. Estes resultados corroboram as evidências, segundo as quais os principais motivos para a histerectomia compreendem as doenças ginecológicas benignas, nomeadamente o sangramento uterino anormal e leiomioma uterino sintomático (Skorupska, Miotła, Kubik-Komar et al., 2016). A corroborar, Amaral (2019, p.31) refere que as indicações mais comuns para a realização desta cirurgia consistem “no prolapso de órgãos pélvicos, leiomiomas uterinos, dor ou infeção pélvica, sangramento uterino anormal e doenças malignas e pré-malignas”.

Quanto ao número de dias de hospitalização, prevalecem as mulheres que ficaram hospitalizadas com tempo igual ou superior a 8 dias (48,8%), secundadas pelas mulheres que estiveram hospitalizadas entre 6-7 dias. A maioria refere que não teve complicações cirúrgicas no hospital (77,5%), onde se incluem 75,7% de mulheres mais novas e 80,0% das mulheres com mais idade. Já 22,5% refere ter tido complicações cirúrgicas. A revisão integrativa da literatura realizada por Freitas, Gomes, Campos et al. (2016, p. 1) revela que a histerectomia pode resultar em complicações como: “lesão de bexiga, infecções do trato urinário, lesão de reto, sensação de evacuação incompleta, infecção de cúpula vaginal, hematoma em cúpula, embolia pulmonar, infeção pulmonar, anemia, trombose venosa pélvica, coagulação intravascular disseminada, hemorragia, choque hipovolémico e sépsis”.

Verificou-se que a quase totalidade das mulheres (80,6%) refere que recebeu informação sobre sinais de alerta após a alta. De acordo com Freitas, Gomes, Campos et al. (2016, p. 2), as complicações associadas à histerectomia reforçam o papel dos enfermeiros “no processo de cuidar dessas mulheres, visto que as repercussões relacionadas ao evento estão para além de uma abordagem do carácter fisiopatológico, incluindo aspetos psicossociais”. As mesmas autoras reforçam dizendo que o cuidado integral à mulher histerectomizada deve ser pautado ao nível da equipa multiprofissional e que os enfermeiros necessitam de estar sensíveis “aos aspetos biopsicossociais e espirituais que permeiam a vida dessas mulheres”, necessitando de preparação “para atuar com vista a preveni-lo e/ou controlá-lo”. Barbosa, Santos e Rodrigues (2018, p. 228) referem a necessidade de uma

atenção particular, uma vez que a histerectomia, por norma, resulta em estados de “aflições e dúvidas, baseadas em crenças e valores que podem levar a reformulações ligadas ao feminino, à representação social, ao género, à autoimagem, à sexualidade e à relação conjugal e social”, sendo fundamental que as mulheres sejam esclarecidas e que recebam toda a informação necessária para o regresso a casa e para se poderem adaptar à sua nova condição. Neste sentido, no presente estudo, constatou-se que a maioria das mulheres refere ter recebido informações sobre as atividades de vida diária na alta hospitalar, com uma percentagem mais expressiva por parte de ambos os profissionais de saúde, ou seja, médico e enfermeiro. Essas informações recebidas por parte dos profissionais de saúde sobre as atividades da vida diária na alta hospitalar foram sobre os sinais de alerta após a alta sono/repouso (82,7%), exercício físico (78,8%), alimentação (75,0%) e sobre a gestão de emoções (60,6%). Como tal, é fundamental que o enfermeiro e outros profissionais de saúde estejam capacitados para realizar a educação em autogestão e apoio social para as mulheres histerectomizadas, facultando, assim, um aumento de autoestima e amenizando aspetos negativos relacionados com a histerectomia. Constatou-se que quase a totalidade das mulheres teve consulta de vigilância pós histerectomia (82,9%) e que não teve complicações pós cirúrgicas no domicílio (85,3%), o que está em conformidade com o estudo de Schmidt, Sehnem, Cardoso et al. (2019).

Todas as mulheres admitiram ter recebido informações sobre a sexualidade, após a histerotomia, Tendo sido os principais interlocutores ambos os profissionais de saúde (43,4%), seguindo-se o médico (32,6%) e os enfermeiros (24,0%), com 79,8% a referirem que as suas dúvidas sobre sexualidade foram esclarecidas. No entanto, é expressivo o percentual de mulheres que confirma não ter as suas dúvidas sobre sexualidade esclarecidas (20,2%), com destaque no caso de mulheres mais novas (23,0%). A maioria admite que sentiu à vontade de colocar dúvidas sobre sexualidade (79,1%). Neste sentido, importa ressaltar a importância do cuidado holístico à mulher histerectomizada, devendo ser abordados todos os impactos desta cirurgia, a fim de esclarecer dúvidas a todos os níveis e, no caso concreto, sobre a sua sexualidade, bem como a possível interferência na sua qualidade de vida (Rocha, Bezerra, Rocha, Rocha et al., 2015). Torna-se, assim, fundamental que o enfermeiro estabeleça uma relação empática com a mulher, tendo em conta a sua individualidade, recorrendo à escuta ativa, para que possa promover conhecimento acerca da vivência da sexualidade, após esta cirurgia ginecológica, de modo a apoiá-las na forma de enfrentar quaisquer dificuldades e/ou alterações. Amaral (2019, p. 68), verificou no seu estudo que algumas participantes referiram que os enfermeiros as ajudaram a ultrapassar a situação, “foram espetaculares, foram impecáveis” e trataram-nas bem. No entanto, a mesma autora apurou que houve mulheres, ainda que em número

reduzido, tenham feito referência aos cuidados individualizados por parte dos enfermeiros, o que requer, segundo a autora, “um reforço junto dos enfermeiros que prestam cuidados a estas mulheres”.

Quanto à alteração da vivência da sexualidade após a histerectomia, constata-se que 50,4% das mulheres admite que não sofreu alteração ( $\leq 55$  anos 51,4% vs  $>55$  anos 49,1%), enquanto 49,6% das mulheres admitem que a sua vivência da sexualidade se alterou após a histerectomia ( $\leq 55$  anos 48,6% vs.  $>55$  anos 50,9%). No estudo de Schmidt, Sehnem, Cardoso et al. (2019, p. 3), algumas mulheres relataram uma melhoria da sexualidade, após a histerectomia, justificando que a cirurgia as libertou de sintomas causados em grande parte por tumores benignos, que lhes causavam hemorragias, além de dispareunia. Por conseguinte, as mesmas autoras referem que a histerectomia, para essas mulheres, resultou no restabelecimento da sua saúde, bem como melhor qualidade de vida sexual, antes comprometida. No estudo de Meston (2014), as mulheres sexualmente ativas antes da histerectomia mantiveram a sua atividade sexual após a cirurgia e relataram a mesma frequência de atividade sexual após 6 meses. Importa referir que, no presente estudo, apenas algumas das mulheres que referiram que houve alteração da sua vivência da sexualidade após a histerectomia mencionaram o motivo, sendo o mais indicado a diminuição do interesse sexual (37,2%), seguindo-se a diminuição da autoestima (9,3%) e a presença de dor (2,3%). Os resultados relativos à satisfação sexual indicam que, na globalidade, as mulheres revelam satisfação sexual (média=40,45 $\pm$ 7.81), uma vez que um resultado mais elevado indicaria menor satisfação pela existência de um relacionamento problemático, registando-se um mínimo de 19,64 e um máximo de 54,46.

No estudo de Gütl et al. (2012) a perda do desejo sexual diminuiu significativamente após a histerectomia, tendo as mulheres relatado uma melhoria no seu desejo sexual e satisfação sexual após a cirurgia. Contudo, outros estudos mencionam a diminuição do desejo sexual após a histerectomia. Gensen et al. (2014), no seu estudo, verificaram que havia uma falta de interesse sexual a longo prazo em mulheres 12 meses após histerectomia radical em comparação com o período antes da cirurgia. Contudo, no seu estudo algumas mulheres que eram sexualmente ativas antes da histerectomia tornaram-se novamente ativas sexualmente 12 meses após a cirurgia, embora relatassem menos relações sexuais. O estudo de Badakhsh et al. (2009) demonstra que mais da metade das mulheres manifestava perda da libido após a histerectomia. Noutro estudo, o prazer do ato sexual e a atividade sexual diminuiu em mais da metade das mulheres após a histerectomia (Fram et al., 2013). Estes dados revelam que os efeitos da histerectomia no funcionamento sexual diferem de uma mulher para mulher.

No que diz respeito à percepção como mulheres (considerarem sentir-se mais ou menos femininas) após a histerectomia, constatou-se que a maioria das mulheres considera que permaneceu igual (56,6%). Porém, para 20,9% das mulheres a sua percepção como mulher melhorou após a histerectomia ( $\leq 55$  anos 21,6% vs  $> 55$  anos 20,0%). Amaral (2019, p. 72) verificou que a maioria das mulheres relatou que a histerectomia lhes fez “Voltar a ser a mulher que era”. Todavia, há estudos, como é exemplo Vilar e Silva (2009, pp. 236-237), que muitas mulheres relatam que a histerectomia é “mutiladora”, apresentando “medo e receios”. As autoras referenciam que a realização da histerectomia pode resultar numa mescla de conflito de sentimentos, que podem ser traumáticos, levando à insegurança, ao medo e à ansiedade. As autoras fundamentam que estes sentimentos, para “além dos medos que uma cirurgia tradicionalmente possa despertar nas pessoas no caso da histerectomia acrescentam-se as dúvidas e inquietudes” em relação à condição da mulher após retirar o útero, um órgão intimamente associado à feminilidade.

Os resultados relativos à qualidade de vida indicam que o valor médio mais elevado corresponde ao domínio das relações sociais (média=69,25±9,70), seguindo-se o domínio ambiente (média=67,78±12,31), sendo o valor mais baixo o obtido no domínio psicológico (média=62,53±17,89). Atendendo ao valor médio da QV global, pode dizer-se que as mulheres percebem de forma positiva a sua qualidade de vida. Contudo, Silva, Santos e Vargens (2010, p. 78) referem que os impactos da histerectomia demonstram a necessidade de um olhar atento para a mulher, uma vez que esta pode afetar a qualidade de vida, com interferência ao nível da dimensão biológica e psicológica.

Constatou-se que nenhuma variável sociodemográfica e profissional interferiu no relacionamento do casal, no âmbito da sexualidade, na mulher com histerectomia, bem como não se registaram relevâncias estatisticamente significativas entre as variáveis de saúde sexual e o relacionamento do casal, no âmbito da sexualidade, na mulher com histerectomia. Já no que se refere à relação entre as variáveis clínicas e o relacionamento do casal, no âmbito da sexualidade, na mulher com histerectomia, inferiu-se que o motivo da histerectomia, as complicações cirúrgicas no hospital e a consulta de vigilância após a histerectomia foram variáveis com relevância estatisticamente significativa. Os resultados indicam que as mulheres que revelam mais satisfação sexual são as que o motivo da histerectomia foi a patologia ginecológica benigna (média=37,53;  $t=-5,664$ ;  $p=0,000$ ), sem complicações cirúrgicas no hospital (OM=59,95) (UMW=944,500;  $p=0,004$ ), bem como as que referem ter consulta de vigilância após a histerectomia (OM=60,09; UMW=652,000;  $p=0,001$ ). Quanto à relação entre a satisfação sexual e a percepção como mulher (considerar sentir-se mais ou menos feminina) após a histerectomia, afere-se que as mulheres que manifestam mais satisfação sexual são as que consideram que a sua percepção como

mulher após a histerectomia melhorou (OM=48,67) e as que referem ter piorado são as que se revelam menos satisfeitas sexualmente (OM=82,76), com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=11,703$ ;  $p=0,003$ ) No estudo de Urrutia et al. (2007), 77% das mulheres relataram a comunicação e a qualidade de vida sexual como “boas”, revelando-se satisfeitas ao nível do relacionamento do casal, no âmbito da sexualidade, tendo contribuído, para tal, o facto de percepcionarem que passaram a ter uma melhor perceção de si próprias como mulheres, ou seja, aumento da sua perceção de feminilidade.

Em suma, as variáveis preditoras da satisfação sexual são a idade, a qualidade de vida global e as dimensões da qualidade de vida, com significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes e a qualidade de vida que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a satisfação sexual. Apurou-se que os domínios físico, psicológico e ambiente da qualidade de vida estabelecem uma relação inversa e a idade, a qualidade de vida global e o domínio das relações sociais uma relação direta com a satisfação sexual, sugerindo que as mulheres com mais idade, melhor perceção da sua qualidade de vida global, melhor perceção da qualidade de vida no domínio das relações sociais revelam maior satisfação sexual pela inexistência de um relacionamento problemático. No estudo de Urrutia et al. (2007) as variáveis que foram significativamente relacionadas com a vida sexual até o sexto mês após a histerectomia foram a qualidade de vida da atividade sexual, comunicação de base, frequência do orgasmo, nível de escolaridade superior e idade da mulher. Os autores concluíram que a sexualidade das mulheres histerectomizadas dependerá, em grande medida, de variáveis pré-cirúrgicas. Portanto, é importante considerar essas variáveis para os ensinamentos às mulheres histerectomizadas. No estudo de Schmidt, Sehnem, Cardoso et al. (2019), as mulheres revelaram sentir-se diferentes para vivenciar a sua sexualidade após a histerectomia, um procedimento, para elas, como restabelecimento da sua saúde, o retorno à vida sexual e à alteração nos relacionamentos. As autoras concluíram que as transformações vivenciadas a partir da histerectomia levam a que as mulheres construíssem novos significados acerca da sexualidade e dos seus relacionamentos. A histerectomia desdobrou-se em questões concretas, para umas na redução da dor, para outras no aumento da dor nas relações sexuais, bem como em questões subjetivas, tendo umas relatado a sensação de liberdade e outras que a histerectomia teve impacto negativo na sua identidade feminina.

## Conclusão

As experiências e as expectativas das mulheres em relação à histerectomia são influenciadas pelas suas crenças, conceitos, opiniões, valores da vida pessoal e condição clínica. Como tal, explorar as suas experiências e opiniões acerca da sua sexualidade após a histerectomia pode ser útil para a prestação de um cuidado holístico às mulheres de acordo com as suas necessidades. Estudar os desafios sexuais das mulheres após histerectomia pode ajudar a esclarecer os seus problemas e ajudar a encontrar soluções adequadas, tendo-se em conta a alta prevalência dessa cirurgia e as suas consequências psicológicas que influenciam tanto a vida individual, como a familiar e o relacionamento do casal.

Foi neste sentido que se desenvolveu o presente estudo numa amostra de 129 mulheres submetidas a histerectomia que frequentam a consulta de ginecologia de um hospital da zona centro do país, tendo-se concluído que:

- a maioria (58,9%) refere que faz a vigilância da sua saúde sexual e reprodutiva no médico particular/ginecologista e 41,1% no Centro de Saúde (médico(a) de família), com 50,0% a fazer essa vigilância anualmente, tendo 54,3% considerado importante a vigilância da saúde sexual e reprodutiva; 72,9% disseram ter acesso à educação (formação/informação) para a saúde sobre saúde sexual e reprodutiva;

- quase a totalidade da amostra (83,7%) faz rastreio do cancro do colo do útero, com 38,9% a fazê-lo anualmente, 35,2% de 2 em 2 anos e 25,9% de 3 em 3 anos;

- a maioria das mulheres teve como motivo para a realização da histerectomia a patologia ginecológica benigna (85,3%);

- prevalecem as mulheres que ficaram hospitalizadas num tempo igual ou superior a 8 dias (48,8%);

- grande parte das mulheres refere que não teve complicações cirúrgicas no hospital (77,5%);

- quase a totalidade das mulheres (80,6%) menciona que recebeu informação sobre sinais de alerta após a alta, com a maioria a indicar que recebeu informações sobre as atividades de vida diária na alta hospitalar, sobretudo por parte do médico e enfermeiro. Essas informações foram sobre os sinais de alerta após a alta sono/repouso (82,7%), exercício físico (78,8%), alimentação (75,0%) e sobre a gestão de emoções (60,6%);

- prevalecem as mulheres com consulta de vigilância pós histerectomia (82,9%) e que não tiveram complicações pós cirúrgicas no domicílio (85,3%);

- todas as mulheres receberam informações sobre a sexualidade, após a histerotomia, tendo sido os principais interlocutores ambos os profissionais de saúde, enfermeiro e médico (43,4%), com 79,8% a referirem que as suas dúvidas sobre sexualidade foram esclarecidas e 79,1% sentiram-se à vontade para colocar dúvidas sobre a sua sexualidade;

- quanto à alteração da vivência da sexualidade após a histerectomia, constata-se que 50,4% das mulheres admitem que não sofreu alteração, enquanto 49,6% das mulheres admitem que a sua vivência da sexualidade se alterou após a histerectomia, apontando como motivos a diminuição do interesse sexual (37,2%), a diminuição da autoestima (9,3%) e a presença de dor (2,3%);

- na globalidade, as mulheres revelam satisfação sexual (média=40,45±7.81), registando-se um mínimo de 19,64 e um máximo de 54,46.

- no que diz respeito à percepção como mulheres (considerarem sentir-se mais ou menos femininas) após a histerectomia, a maioria das mulheres considera que permaneceu igual (56,6%);

- em relação à qualidade de vida, o valor médio mais elevado corresponde ao domínio das relações sociais (média=69,25±9,70), seguindo-se o domínio ambiente (média=67,78±12,31), sendo o valor mais baixo o obtido no domínio psicológico (média=62,53±17,89);

- ao nível das variáveis clínicas, inferiu-se que o motivo da histerectomia, as complicações cirúrgicas no hospital e a consulta de vigilância após a histerectomia foram variáveis com relevância estatisticamente significativa. As mulheres que revelam mais satisfação sexual são as que o motivo da histerectomia foi a patologia ginecológica benigna (média=37,53; t=-5.664; p= 0,000), sem complicações cirúrgicas no hospital (OM=59,95) (UMW=944,500; p=0,004), bem como as que referem ter consulta de vigilância após a histerectomia (OM=60,09; UMW=652.000; p=0,001);

- no que concerne às variáveis contextuais à sexualidade, a percepção como mulher (considerar sentir-se mais ou menos feminina) após a histerectomia interferiu no relacionamento do casal, no âmbito da sexualidade, sendo as mulheres que manifestam menor satisfação sexual as que percecionam como mulher (considerar sentir-se mais ou menos feminina) após a histerectomia ter piorado (OM=48,67) e as que referem ter melhorado são as que se revelam mais satisfeitas sexualmente ( $X^2=11,703$ ; p=0,003);

- as variáveis preditoras da satisfação sexual são a idade, a qualidade de vida global e as dimensões da qualidade de vida. Os domínios físico, psicológico e ambiente da qualidade de vida estabelecem uma relação inversa e a idade, a qualidade de vida global e

o domínio das relações sociais uma relação direta com a satisfação sexual, sugerindo que as mulheres com mais idade, melhor percepção da sua qualidade de vida global, melhor percepção da qualidade de vida no domínio das relações sociais revelam maior satisfação sexual pela inexistência de um relacionamento problemático.

Os resultados encontrados assumem-se como importantes para a futura prática profissional, no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia, servindo de base para a intervenção em mulheres antes e após a histerectomia, que requerem um cuidado humanizado e holístico, sem que se possa descuidar qualquer uma das suas dimensões, física, psicológica, sexual, social e familiar.

É necessário fornecer um apoio abrangente à mulher histerectomizada, o que passa pela triagem das suas necessidades, no caso ao nível da sexualidade, educando os casais sobre questões sexuais, mudando atitudes caso seja necessário e ajudar a reconstruir a sua autoimagem, a fim de que estas possam vivenciar uma sexualidade plena e saudável.



---

## Referências bibliográficas

- Amaral, A.S.S.V. (2019). *Vivências de Mulheres Submetidas a Histerectomia*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/5650>
- Anonymous (2004). Does Hysterectomy Affect Women's Sexual Functioning? *Tufts University Health & Nutrition Letter*, 22(6):6.
- Antunes, M.L.F.C. (2014). *Sexualidade da mulher submetida a histerectomia: dilemas no pós-operatório*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=30419...>
- Badakhsh, M.H., Taftachi, F., Mehrabi, F., & Derakhshan, A. (2009). The Effect of Hysterectomy in Securing Sexual Desire and Satisfaction. *Iranian Journal of Surgery*; 17(1), 75–80.
- Barbosa, A.R.S., Santos, A.N., & Rodrigues, T.S. (2018). Experiência de mulheres que realizaram histerectomia: revisão integrativa. *Rev. UNINGÁ*, Maringá, v. 55, 2, 227-241. ISSN 2318-0579
- Bayram, G.O., & Beji, N.K. (2010). Psychosexual adaptation and quality of life after hysterectomy. *Sexuality and Disability*; 28(1), 3–13.
- Bayram, G.O., & Şahin, N.H. (2008). Hysterectomy's psychosexual effects in Turkish women. *Sexuality and Disability*; 26(3), 149–158.
- Bombas, T. (2017). Saúde Sexual e Reprodutiva: onde estamos? *Acta Obstet Ginecol Port*; 11(2), 74-75. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v11n2/v11n2a01.pdf>
- Briedite, I., Ancane, G., Rogovska, I., & Lietuviete, N. (2014). Quality of Female Sexual Function After Conventional Abdominal Hysterectomy-Three Month'Observation. *Acta Chirurgica Latviensis*; 14(1), 26-31.
- Caçador, V.M.C. da (2013). *Funcionamento sexual e qualidade de vida em mulheres submetidas a histerectomia*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedido em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9615/1/686610\\_Tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9615/1/686610_Tese.pdf)
- Cardoso, B.C., Cardoso, C.R., & Fernandes, I.F. (2017). Perfil de Mulheres Submetidas a Histerectomia e Influência da Deambulação na Alta Hospitalar. *Pleiade*, 11(21), 17-24, Jan./Jun., 2017.

- Carvalho, A.A., & Gomes, F. A. (2009). A disfunção sexual na mulher. Cap. 7. In Oliveira, Carlos Freire de – *Manual de ginecologia* (pp. 119-134). Vol. I. Lisboa: Permanyer Portugal. ISBN 978-972-733-254-0.
- Costa, J.R., & Costa, A. (2017). Tipos e vias de abordagem cirúrgica em histerectomia e sua relação com lesão do sistema urinário. *Acta Obstet Ginecol Port*, 11(1), 46-56. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v11n1/v11n1a07.pdf>
- Costa, J.R.C.C. (2015). Tipos e vias de abordagem cirurgica da histerectomia e sua relacao com lesao do sistema urinario. *Rev Acta ObstetGinecolPort*, Sao Paulo, v. 6, 1, 2-4. Acedido em <<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/83719/2/131321.pdf>>.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Danesh, M., Hamzehgardeshi, Z., Moosazadeh, M., & Shabani-Asrami, F. (2015). The Effect of Hysterectomy on Women's Sexual Function: a Narrative Review. *Med Arh.*; 69(6): 387-392. doi: 10.5455/medarh.2015.69.387-392.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da...de.../por-serie-880762-pdf.aspx?..>
- Direção-Geral da Saúde (21 de dezembro de 2012). Norma nº 018/2012 de 21/12/2012. Lisboa. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182012-de-21122012.aspx>
- Estrela, M., & Martins, E. (2006). Sexualidade na mulher histerectomizada. *Rev. Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*; (3)2, 155-164. Acedido em [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/447/cb2\\_06.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/447/cb2_06.pdf?sequence=1)
- Flory, N., Bissonnette, F., & Binik, Y.M. (2005). Psychosocial effects of hysterectomy: literature review. *J Psychosom Res.*; 59(3), 117–129. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.05.009.
- Fram, K.M., Saleh, S.S., & Sumrein, I.A. (2013). Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience. *Archives of gynecology and obstetrics*; 287(4), 703–708.
- Freitas, C.B., Gomes, N.P., Campos, L.M. et al. (2016). Complicações pós-cirúrgicas da histerectomia: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 30, 2, 1-11. DOI: 10.18471/rbe.v30i2.15660

- Gensen, P.T., Groenvold, M., Klee, M.C., Thranov, I., Petersen, M.A., & Machin, D. (2014). Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. *Cancer*, 100(1), 97–106.
- Goetsch, M.F. (2005). The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations. *American journal of obstetrics and gynecology*, 192(6), 1922–7.
- Gomes M.I., & Romanek M.R.A.F. (2013). Enfermagem perioperatória: cuidados à mulher submetida à histerectomia. *Revista Recien.*; 3(8), 18-24. Acedido em <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/53/151>
- Good, M.M., Korbly, N., Kassis, N.C. et al. (2013). Prolapse-related knowledge and attitudes toward the terus in women with pelvic organ prolapse symptoms. *Am J Obstet Gynecol.*; 209(5), 481–e481.
- Gütl, P., Greimel, E., Roth, R., & Winter, R. (2012). Women's sexual behavior, body image and satisfaction with surgical outcomes after hysterectomy: a comparison of vaginal and abdominal surgery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(1), 51–59.
- Lonnée-Hoffmann, R., & Pinas, I. (2014). Effects of Hysterectomy on Sexual Function. *Current sexual health reports*; 6(4), 244–251.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mercedes, N.M.T., & Jame, V.Ñ.H. (2014). Experiencias psicosexuales de pacientes histerectomizadas del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente las Mercedes – Chiclayo 2013. *Salud & vida sipanense*, 1(1):51-64. Acedido em <http://servicios.uss.edu.pe/ojs/index.php/rsvs/index>.
- Merighi, M.A.B., Oliveira, D.M., Jesus, M.C.P., Hoga, L.A.K., & Pedroso, A.G.O. (2012). Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia. *Texto contexto – enferm.*; 21(3), 608-615. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a16.pdf>
- Meston, C.M. (2014). The effects of hysterectomy on sexual arousal in women with a history of benign uterine fibroids. *Archives of sexual behavior.*; 33(1), 31–42.
- Monterrosa-Castro, A., Monterrosa-Blanco, A., & Beltrán-Barrios, T. (2018). Insomnia and sexual dysfunction associated with severe worsening of the quality of life in sexually active hysterectomized women. *Sleep Sci.*; 11(2), 99-105. doi: 10.5935/1984-0063.20180019

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pontes, A.F. (2011). *Sexualidade: vamos conversar sobre isso? Promoção do Desenvolvimento Psicosssexual na Adolescência: Implementação e Avaliação de um Programa de Intervenção em Meio Escolar*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24432/2/Sexualidade%20vamos%20conversar%20sobre%20isso.pdf>
- Real, A.A., Cabeleira, M.E.P., Nascimento, J.R., Braz, M.M., & Pivetta, H.M.F. (2012). Os efeitos da histerectomia sobre a sexualidade feminina. *Saúde (Santa maria)*. 38(2): 123-130.
- Rocha, R.C., Bezerra, M.A., Rocha, J.C., Rocha, N.M. et al. (2015). Processo de enfermagem aplicado a paciente submetida à histerectomia: relato de experiência. *Rev Enferm UFPI*; 4(3), 86-90. Acedido em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=31290&indexSearch=ID>. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v4i3.1879>
- Roussis, N.P., Waltrous, L., Kerr, A., Robertazzi, R., & Cabbad, M.F. (2014). Sexual response in the patient after hysterectomy: total abdominal versus supracervical versus vaginal procedure. *American journal of obstetrics and gynecology*.; 190(5), 1427–1428.
- Santos, J.L.C., Cirqueira, R.P., Albuquerque, L.S., Rodrigues, T.S., & Ferreira, J.B. (2017). Função Sexual e Qualidade de Vida de Mulheres Submetidas à Histerectomia. *Rev. Mult. Psic.*, V.11, 39, 179-191. Acedido em <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/986/1412>
- Sbroggio, A.M.R., Osis, M.J.M.D., & Bedoni, A.J. (2005). O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. *Rev Assoc Med Bras*; 51(5), 270-274. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n5/a18v51n5.pdf>
- Schmidt, A., Sehnem, G.D., Cardoso, L.S. et al. (2019). Experiências de mulheres histerectomizadas acerca da sexualidade. *Esc Anna Nery*; 23(4), e20190065. Acedido em [http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n4/pt\\_1414-8145-ean-23-04-e20190065.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n4/pt_1414-8145-ean-23-04-e20190065.pdf)

- Silva, C.M.C., Santos, I.M.M., & Vargens, O.M.C. (2010). A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. *Esc Anna Nery rev enferm*; 14(1), 76-82. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000100012&script=sci_arttext)
- Skorupska, K.A., Miotła, P., Kubik-Komar, A., Rechberger, E., AdamiakGodlewska, A., & Rechberger, T. (2016). Are there any differences in quality of life and sexual functions after various types of hysterectomy - does prophylactic salpingectomy matter? *Ginekol Pol*; 87(1), 26-31. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27306465http://dx.doi.org/10.17772/gp/60554>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2014). *Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Acedido em <http://www.spginecologia.pt/uploads/Livro-de-Consenso-prova-3-FINAL.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2017). Consenso Nacional sobre Miomas Uterinos. Capítulo 3, 35-39. Acedido em [www.spginecologia.pt/uploads/Consensos-sobre-miomas-2017-165x220-V12.pdf](http://www.spginecologia.pt/uploads/Consensos-sobre-miomas-2017-165x220-V12.pdf).
- Sözeri-Varma, G., Kalkan-Oğuzhanoglu, N., Karadağ, F., & Özdel, O. (2011). The effect of hysterectomy and/or oophorectomy on sexual satisfaction. *Climacteric*; 14(2), 275–281.
- Sprinthal, N., & Collins, W. (2008). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Tangjitgamol S, Manusirivithaya S, Hanprasertpong J, Kasemsarn P, Soonthornthum T, Leelahakorn S, et al. (2007). Sexual dysfunction in Thai women with early-stage cervical cancer after radical hysterectomy. *International Journal of Gynecological Cancer*, 17(5), 1104–1112.
- Teixeira, M.R., & Batista, E.C. (2016). Vivências Cotidianas da Mulher Histerectomizada: Narrativas e Contextos. *Rev Enfermagem e Saúde Coletiva*. v. 1, 2, p. 91, Faculdade São Paulo – FSP
- Tennant, I., Augier, R., Sykes, A.C., Boothe, D.F., Aitken, N.M., Jones, K., Strachan, G.G., & Goldson, H.H. (2012). Complicações pósoperatórias menores relacionadas à anestesia em pacientes de cirurgias eletivas ginecológicas e ortopédicas em um hospital universitário de Kingston – Jamaica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*; 62(2), 188-198. Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000200005&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942012000200005&script=sci_abstract&lng=pt)

- Tozo, I.M., Morais, J.C., Lima, S.M.R., Gonçalves, G., Auge, A.P.L. et al. (2009). Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino. *Rev Bras Ginecol Obstet.*; 31(10), 503-507.
- Urrutia, M.T., Araya, A.A.G., Rivera, S., Viviani, P. & Villarroel, L. (2007). Sexualidad en la mujer histerectomizada: modelo predictivo al sexto mes posterior a la cirugía. *Rev Méd Chile*; 135, 317-325. Acedido em <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v135n3/art06.pdf>
- Vilar, A.S.E., & Silva, L.R. (2010). História de vidas de mulheres submetidas à histerectomia. *Cienc Cuid Saúde*; 9(3), 479-486. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.8491.
- Vilarinho, S. & Nobre, P. (2006). Female sexuality and sexual: integration of affect, cognition, relationship and context. *Sexologies*, T-01-P-25-318.
- WHO. (2014). *Comprehensive Cervical Cancer Control A guide to essential practice*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Acedido em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf)
- WHO. (2014). *Comprehensive Cervical Cancer Control A guide to essential practice*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Acedido em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf)

**ANEXOS**

---



## ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

**Orientadora:** Professora Doutora Paula Nelas

**Investigadora:** Enf<sup>ª</sup> Patrícia Terras

**Curso:** Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia

### Relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher submetida a histerectomia

Cara Senhora

Sou a Enfermeira Patrícia Terras, e estou a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu e encontro-me a desenvolver uma investigação integrada na unidade curricular de Relatório Final de Mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Paula Nelas. Pretendo estudar alguns aspetos relativos ao relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher submetida a histerectomia, pelo que a sua colaboração é indispensável. A sua participação é voluntária e, desde já, agradecemos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si da forma mais honesta possível, **não existem respostas certas ou erradas**. É importante responder a todas as questões de acordo com a sua opinião, para que o questionário seja válido.

**As respostas fornecidas neste questionário são anónimas, servirão para tratamento estatístico** e serão apenas lidas pela equipa de investigação. Neste contexto, será garantida a sua confidencialidade. Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso.

Atenciosamente,

Patrícia Terras

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO  
AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE**

**Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.**

**Cara Senhora**

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo com o tema – “Relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher submetida a histerectomia”.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este formulário.

**Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados**, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

*- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*

*- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*

*- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*

*- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

\_\_\_\_\_ (localidade), Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

**Se não for a próprio a assinar:**

Nome: \_\_\_\_\_ BI/CC n.º: \_\_\_\_\_,  
data/validade \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco ou tipo de representação: \_\_\_\_\_

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome da investigadora \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

## SECÇÃO I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1. Idade \_\_\_\_\_ anos

2. Estado Civil:

- Solteira  Casada/União de facto  
 Divorciada/Separada  Viúva

3. Habilitações:

- 1.º Ciclo (até à 4ª classe)  Ensino secundário   
2.º Ciclo (até ao 5º ano)  Ensino superior   
3.º Ciclo (até ao 9.º ano)  Outra \_\_\_\_\_

4. Situação profissional:

- Empegada  Reformada   
Empregada a tempo parcial  
Desempregada  Outra   
Estudante  Qual \_\_\_\_\_

5. Rendimento familiar mensal:

- <500 euros  1500-1999 euros   
500-999 euros  2000-2499 euros   
1000-1499 euros  >=2500 euros

## SECÇÃO II –SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

1. Onde realiza a sua vigilância de saúde sexual e reprodutiva?

- Centro de Saúde (médico(a) de família)  
 Particular (ginecologista)  
 Hospital

2. Com que regularidade vigia a saúde sexual e reprodutiva? \_\_\_\_\_

3. Que importância atribuiu à vigilância da saúde sexual e reprodutiva?

- Nada importante  
 Pouco importante  
 Importante  
 Muito importante

4. Qual o método contraceptivo utilizado, se ainda o utilizar?

- Preservativo
- Pílula
- Anel vaginal
- Adesivo
- Implante
- Diu
- Outro. Especifique \_\_\_\_\_

**5. Tem acesso à educação (formação/informação) para a saúde sobre saúde sexual e reprodutiva?**

- Sim
- Não

**5.1. Se sim, quem lhe fornece essa informação?**

- Médico(a)
- Enfermeiro(a)
- Outro. Especifique \_\_\_\_\_

**6. Faz rastreio do cancro do colo do útero?**

- Sim
- Não

**6.1. Se sim, com que frequência?** \_\_\_\_\_

**7. Faz rastreio do cancro da mama?**

**7.1. Se sim, com que frequência?** \_\_\_\_\_

### SECÇÃO III – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

**1. Qual o motivo para realizar a histerectomia?**

- Patologia ginecológica benigna
- Patologia ginecológica oncológica

**2. Número de dias da hospitalização** \_\_\_\_\_

**3. Teve complicações cirúrgicas?**

- Sim
- Não

**4. Recebeu informação sobre as atividades da vida diária na alta hospitalar?**

- Sim
- Não

**4.1. Se recebeu informação, esta foi relativa a: (pode responder mais do que uma opção)**

- Sinais de alerta após a alta  
Sono/repouso
- Higiene e conforto
- Exercício físico

- Alimentação
- Hábitos de vida saudável
- Gestão de emoções

**4.2. Quem foi o interlocutor da informação?**

- Médico
- Enfermeiro
- Ambos

**5. Teve consulta de vigilância pós histerectomia?**

- Sim
- Não

**6. Teve complicações pós cirúrgicas no domicílio?**

- Sim
- Não

**6.1. Se teve complicações, refira quais? \_\_\_\_\_**

**As maiores dificuldades, quando retomou às atividades da vida diária, relacionaram-se com:**

- Higiene e conforto
- Exercício físico
- Alimentação
- Atividades domésticas
- Gestão de emoções

**Quem a ajudou a ultrapassar essas dificuldade?**

- Companheiro/marido
- Familiares
- Enfermeiro
- Médico

## SECÇÃO IV– SEXUALIDADE

**1. Foi informada sobre a sexualidade, após a histerectomia?**

- Sim
- Não

**1.1. Se sim, quem a informou?**

- Enfermeiro
- Médico
- Amigos
- Familiares
- Outras mulheres a vivenciar ou que vivenciaram o mesmo problema

**2. As suas dúvidas sobre sexualidade foram esclarecidas?**

- Sim
- Não

**Quem esclareceu as dúvidas sobre sexualidade?**

- Enfermeiro
- Médico

- Amigos
- Familiares
- Outras mulheres a vivenciar ou que vivenciaram o mesmo problema

**Sentiu-se à vontade para colocar as dúvidas sobre sexualidade?**

- Sim
- Não

**Quais foram as principais dúvidas?**

---

**3. A intimidade com o parceiro modificou-se após a histerectomia?**

- Sim
- Não

**4. Considera que a sua vivência da sexualidade se alterou após a histerectomia:**

- Sim
- Não

**Se considera que se alterou refira o motivo:**

- Diminuição da autoestima
- Alteração da imagem corporal
- Diminuição de interesse sexual
- Falta de disponibilidade do parceiro
- Presença de dor
- Outro: \_\_\_\_\_

**6. A sua percepção como mulher (considerar sentir-se mais ou menos feminina), após a histerectomia:**

- Piorou
- Permaneceu igual
- Melhorou

## SECÇÃO V – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

### WHOQOL-BREF

#### (INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE)

(Grupo WHOQOL, 1998; Barros, 2002)

#### *Instruções*

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deve pôr um círculo (○) à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa / Nem Má	Boa	Muito Boa
1 G1	Como avalia a sua qualidade de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 G4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito / Nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 F1.4	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 F11.3	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 F4.1	Até que ponto gosta da vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 F24.2	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 F5.3	Até que ponto se consegue concentrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 F16.1	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 F22.1	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 F2.1	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 F7.1	É capaz de aceitar a sua aparência física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 F18.1	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 F20.1	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 F21.1	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Muito Má	Má	Nem Boa / Nem Má	Boa	Muito Boa
15 F9.1	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem** ou **satisfeito(a)** em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 F3.3	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 F10.3	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 F12.4	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 F6.3	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 F13.3	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 F15.3	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 F14.4	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 F17.3	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 F19.3	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 F23.3	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 F8.1	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECÇÃO VI – INVENTÁRIO DE SATISFAÇÃO SEXUAL GOLOMBOK RUST – versão feminina**  
**(GRISS: Rust & Golombok, 1986)**  
**(Tradução e adaptação para a população portuguesa por de Sandra Vilarinho e Pedro Nobre, 2006)**

Cada uma das questões abaixo indicadas é seguida por uma série de respostas possíveis:

1=nunca; 2= quase nunca; 3= ocasionalmente; 4= habitualmente; 5=sempre

Lei cada questão cuidadosamente e decida qual das respostas melhor descreve o modo como as coisas têm acontecido consigo recentemente, seguidamente assinale o número correspondente. Por favor, responda a todas as questões, sem questionar qualquer uma delas com o seu parceiro. Para que possamos obter informação válida, é importante que responda de modo tão honesto e preciso quanto possível a cada questão.

	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Sempre
1. Sente-se desinteressada em sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-Pergunta ao seu parceiro o que é que ele gosta ou não gosta no vosso relacionamento sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-Há semanas em que não existe qualquer atividade sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-Excita-se sexualmente com facilidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-Está satisfeita com o tempo que demora com o seu parceiro em preliminares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Considera a sua vagina tão apertada que o pénis do seu marido não consegue entrar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-Tenta evitar praticar sexo com o seu parceiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-Consegue atingir orgasmo com o seu parceiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-Tem prazer em abraçar e acariciar o corpo do seu parceiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-Considera satisfatório o relacionamento sexual com o seu parceiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11-É-lhe impossível inserir o seu dedo na sua vagina sem desconforto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-Desagrada-lhe tocar e acariciar o pénis do seu parceiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-Fica tensa e ansiosa quando o seu parceiro quer praticar sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14-Considera impossível atingir um orgasmo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-Tem relações sexuais mais que duas vezes por semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- É-lhe difícil dizer ao seu parceiro o que não gosta e o que gosta no vosso relacionamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- É impossível o pénis do seu parceiro entrara na sua vagina sem desconforto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-Sente que existe falta de amor e afeto no relacionamento sexual com o seu parceiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19-Tem prazer em que os seus genitais sejam tocados e acariciados pelo seu parceiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-Recusa-se a praticar sexo com o seu parceiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Consegue atingir o orgasmo quando o seu parceiro estimula o seu clitóris durante os preliminares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22-Sente-se insatisfeita com o tempo que o seu parceiro demora no ato sexual em si mesmo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-Sente nojo em relação ao que faz enquanto faz amor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-Considera a sua vagina de tal modo apertada que o pénis do seu parceiro não consegue penetrar com profundidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25-Desagrada-lhe ser abraçada e acariciada pelo seu parceiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26-A sua vagina fica húmida enquanto faz amor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-Tem prazer em ter relações sexuais com o seu parceiro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28-Não consegue atingir o orgasmo durante o ato sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Obrigada, pela participação**

**ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE SATISFAÇÃO SEXUAL GOLOMBOK RUST – VERSÃO FEMININA (GRISS: RUST & GOLOMBOK, 1986), TRADUZIDO E ADAPTADO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA**

**Data:** Seg, 27 Mai 2019 [09:37:47 WEST]  
**De:** Sandra Vilarinho <sandravilarinho@gmail.com>  
**Para:** enf.patriciateras@sapo.pt  
**Assunto:** Re: pedido de autorização  
Estimada Sra. Enf.ª Patricia Terras,  
Tal como referido telefonicamente, autorizo a utilização do referido instrumento.  
Votos de bom trabalho e muito sucesso!  
Cumprimentos,

[Sandra Vilarinho, Ph.D.](#)

*Clinical psychologist, specialist in Psychotherapy and Sexual Therapy,  
Mindfulness and self-compassion trained teacher  
Past President of the Portuguese Society for Clinical Sexology  
Researcher at Sociolab (University of Porto)*

*Tele: +351 919 627 319*

<enf.patriciateras@sapo.pt> escreveu no dia segunda, 11/03/2019 à(s) 17:49:

Boa tarde.




Eu, Patrícia Andreia Gonçalves Moço Terras, Enfermeira no Hospital Sousa Martins - ULS Guarda, a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu, encontro-me a desenvolver uma investigação na Unidade Curricular de Relatório Final de Mestrado. Pretendo estudar alguns aspetos relativos ao relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher submetida a histerectomia. Venho por este meio solicitar a sua autorização para aplicar o :

**INVENTÁRIO DE SATISFAÇÃO SEXUAL GOLOMBOK RUST - versão feminina**  
(GRISS: Rust & Golombok, 1986)

Peço deferimento



**ANEXO III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DO HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO DO PAÍS  
PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS**

 <b>REPÚBLICA PORTUGUESA</b> SAÚDE	 <b>SNS</b> SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	
--	---	---

Exma. Senhora  
Enf.ª Patrícia Andreia Gonçalves M. Terras  
Enfermeira no Serviço de Obstetrícia  
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA N.º PROC. N.º	DATA
			30-01-2019

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação intitulado: "Relacionamento do casal no âmbito da sexualidade na mulher submetida a hysterectomia"



Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V/Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor à realização do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração

<b>Dr.ª Isabel Coelho</b> Presidente do Conselho de Administração (Dr.ª Isabel Coelho)
--

IC/IM

	Gabinete do Conselho de Administração Av.ª Rainha D. Amélia s/n 6301-858 Guarda, PORTUGAL TEL + 351 271 200 200 EMAIL: secretariado.ca@ulsguarda.min-saude.pt www.portugal.gov.pt	
---	---	---

