

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PPGCS**

NÁDIA CECÍLIA BARROS TOSTES

QUALIDADE DE VIDA E SEXUALIDADE DE MULHERES HISTERECTOMIZADAS

Macapá
2018

NÁDIA CECÍLIA BARROS TOSTES

QUALIDADE DE VIDA E SEXUALIDADE DE MULHERES HISTERECTOMIZADAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, na área de concentração Epidemiologia e Saúde Pública, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Anneli Mercedes Celis de Cárdenas.

Macapá
2018

NÁDIA CECÍLIA BARROS TOSTES

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES HISTERECTOMIZADAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, na área de concentração Epidemiologia e Saúde Pública, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anneli Mercedes Celis de Cárdenas

Data de Aprovação: ____/____/____

Examinador (a): Prof.^a Dr.^a. Marlucilena Pinheiro da Silva
Universidade Federal do Amapá

Examinador (a): Prof.^a Dr.^a. Silvana Rodrigues da Silva
Universidade Federal do Amapá

Examinador: Prof.^a Dr.^a. Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde
Universidade Federal do Amapá

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a. Anneli Celis Mercedes de Cárdenas
Universidade Federal do Amapá

AOS FAMILIARES

A minha querida mãe, Maria Emília, mulher guerreira, obrigada pelo carinho e incentivo de sempre.

*Ao meu amado esposo, Eduardo Tostes, por seu amor, paciência e incentivo.
Obrigada por suas carinhosas palavras de incentivo.*

A minha filha, Ana, e ao meu filho, Eduardo, pela compreensão nos momentos de ausência.

Ao meu sogro, Antonio (in memoriam), e a minha sogra, Ivone, por todo incentivo que vocês sempre me deram em meus estudos

*Hoje, com a realização deste grande sonho, nenhuma forma verbal poderia exprimir
emoção tão ímpar. Uma emoção que palavras dificilmente traduziriam. Mas deixo
registrado meu*

MUITO OBRIGADA A TODOS VOCÊS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à Nossa Senhora de Nazaré pelo seu amor incomparável e sua graça infinita para com a minha vida. E por permitir mais uma conquista, a realização de um sonho na minha vida profissional.

A minha orientadora, Prof^a Dra. Anneli Mercedes Celis Cárdenas, pelas orientações durante a produção deste estudo.

À Prof^a Dra. Francineide Pena, à Prof^a Msc. Raquel Souza da Silva, e ao Prof. Dr. Rafael Santos, pelas importantíssimas colaborações na construção inicial para a composição desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Fernando Medeiros pela participação frente à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS).

À Prof^a Rosemary Andrade, à Prof^a Marlucilena Pinheiro, à Prof^a Silvana Rodrigues, à Prof^a Virgínia Moreira, e à Prof^a Rosilda Chamilco pela colaboração por seus incentivos em meus estudos.

As minhas companheiras de mestrado Ananda, Cintia, Camila, Dirley, Eduarda e Débora pelo companheirismo ao longo desses anos.

Às Enfermeiras Bruna, Lídia e Sandra pela colaboração na fase final do trabalho.

As acadêmicas Ellen, Vanessa e Joyce pela contribuição nas caminhadas durante as visitas às mulheres para a coleta de dados da pesquisa.

À minha amiga Joelma veneranda pelo apoio e incentivo nesses anos.

As mulheres que participaram do estudo, o que tornou possível a produção deste trabalho científico.

Obrigada a todos pela confiança depositada, pelo carinho durante nossas conversas, pela contribuição na busca de meu objetivo e na construção do conhecimento.

Deixo aqui registrado a todos meus mais sinceros votos de satisfação, e meu eterno MUITO OBRIGADA! Sem vocês com certeza a concretização deste sonho não teria sido possível.

TOSTES NCB. Qualidade de Vida de Mulheres Histerectomizadas. [Dissertação]. Amapá. Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amapá, 2018.

RESUMO

A histerectomia é definida como ato cirúrgico no qual o útero é retirado. É uma das cirurgias ginecológicas mais realizadas em mulheres adultas, nos países desenvolvidos. Assim, o objetivo geral desta pesquisa foi avaliar a qualidade de vida e a sexualidade de mulheres submetidas à histerectomia total, utilizando os instrumentos WHOQOL-BREF e Quociente Sexual versão Feminina; e os objetivos específicos foram caracterizar quanto aos aspectos socioeconômico e clínico as mulheres submetidas à histerectomia total; descrever a representatividade da qualidade de vida de mulheres pós histerectomia, a partir do instrumento WHOQOL-BREF; analisar o impacto da sexualidade, por intermédio do instrumento Quociente Sexual - Versão Feminina sobre a vida destas mulheres; comparar as dimensões de qualidade de vida com aspectos socioeconômico e clínico das participantes do estudo. O estudo é do tipo descritivo exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. A população foi constituída de 41 mulheres. Os dados foram coletados através de entrevistas e aplicação dos questionários as pacientes que se submeteram a histerectomia no Hospital da mulher Mãe Luzia, anos de 2006 a 2016, utilizando como instrumentos de coleta, um formulário para o perfil socioeconômico, clínico e os questionários WHOQOL-BREF e o Quociente Sexual - Versão Feminina. A análise estatística dos dados foi realizada no *Statistical Package for Social Sciences*, versão 20.0 for Windows. Todos os resultados obtidos pelos instrumentos de coleta foram transcritos para a planilha do programa. A amostra incluiu 41 mulheres histerectomizadas com idades entre os 24 e os 60 anos - a média de idade da amostra foi de 45,1 anos (DP = 9,7 anos). Predominaram as mulheres pardas (65,9%) e as que convivem com companheiro e filho (41,5%). Quanto à escolaridade, predominou o Ensino Médio completo (45,5%). Quanto à profissão, predominaram as mulheres domésticas (31,7%). A renda familiar foi de 3 salários mínimos (36,6%). O tempo médio após cirurgia das 41 mulheres foi de 3,9 anos (DP = 2,9 anos); 10 (24,4%) mulheres utilizaram hormônio; 13 (31,7%) são hipertensas; 4 (9,8%) são diabéticas. Quanto aos fatores de risco, (73,2%) apresentaram miomas uterinos. Em relação à caracterização do desempenho sexual existiram 9 (22,0%) mulheres com desempenho sexual regular a bom e 9 (22,0%) com desempenho bom a excelente. Também não existiram diferenças significativas entre as mulheres hipertensas e não hipertensas ($p > 0,05$) nem quanto à QV nem quanto ao quociente sexual ($p > 0,05$) Estes dados despertam para um novo paradigma diante da figura feminina, a partir das diferentes representações sociais na qual ela se encontra. Observou-se que a qualidade de vida nessas mulheres foi afetada em alguns domínios e o desempenho sexual também. Finalmente, constatou-se que, mesmo após o procedimento cirúrgico, sua qualidade de vida foi parcialmente afetada. Destarte, este estudo permitiu instigar um novo olhar às mulheres histerectomizadas, contribuindo, assim, de maneira efetiva na formação de uma nova representação social frente à histerectomia.

Palavras-Chave: Histerectomia. Qualidade de vida. Sexualidade Feminina.

NCB TOSTES. Quality of Life of Hysterectomized Women. [Dissertation]. Amapá. Stricto Sensu Postgraduate Program in Health Sciences, Federal University of Amapá, 2018.

ABSTRACT

A hysterectomy is defined as a surgical procedure in which the uterus is removed. It is one of the most performed gynecological surgeries in adult women in developed countries. Thus, the general objective of this research was to evaluate the quality of life and sexuality of women submitted to total hysterectomy using the WHOQOL-BREF and the Female Quotient (QS-F); and the specific objectives were to characterize the socioeconomic and clinical aspects of women undergoing total hysterectomy; to describe the representativeness of the QoL of post hysterectomy women, from the WHOQOL-BREF instrument; analyze the impact of sexuality, through the Sexual Quotient - Women's Version (QS-F) on the life of these women; to compare the dimensions of QoL with socioeconomic and clinical aspects of the study participants. The study is descriptive exploratory, with a cross - sectional design and a quantitative approach. The population consisted of 41 women. The data were collected through interviews and application of the questionnaires to patients who underwent hysterectomy at the Mãe Luzia Women's Hospital, from 2006 to 2016, using as collection instruments a form for the socioeconomic and clinical profile and WHOQOL- BREF and the Sexual Quotient - Female Version. Statistical analysis of the data was performed in the Statistical Package for Social Sciences, version 20.0 for Windows. All results obtained by the collection instruments were transcribed into the program worksheet. The sample included 41 hysterectomized women aged 24 to 60 years - the mean age of the sample was 45.1 years (SD = 9.7 years). Brown women predominate (65.9%) and those who live with partners and children (41.5%). As for schooling, the high school completed (45.5%). As for the profession, domestic women predominated (31.7%). The family income was 3 minimum wages (36.6%). The mean time after surgery of the 41 women was 3.9 years (SD = 2.9 years); 10 (24.4%) women used hormone; 13 (31.7%) are hypertensive; 4 (9.8%) are diabetic. Regarding the risk factors, (73.2%) presented uterine fibroids. Regarding the characterization of sexual performance, there were 9 (22.0%) women with regular good sexual performance and 9 (22.0%) with good to excellent performance. There were also no significant differences between hypertensive and non-hypertensive women ($p > 0.05$), either in QOL or in the sexual quotient ($p > 0.05$). These data awaken to a new paradigm vis-a-vis the female figure, from the different social representations in which it finds itself. It was observed that the quality of life in these women was affected in some domains and the sexual performance as well. Finally, it was found that, even after the surgical procedure, their quality of life was partially affected. Thus, this study allowed us to instigate a new look at hysterectomized women, thus contributing effectively to the formation of a new social representation in the face of hysterectomy.

Keywords: Hysterectomy. Quality of life. Female Sexuality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil da população quanto à idade, raça, escolaridade, situação familiar e número de filhos (N = 41).	34
Tabela 2 - Perfil da população quanto à profissão e renda familiar (N = 41).	36
Tabela 3 - Perfil da população quanto aos dados clínicos (N = 41).	37
Tabela 4 - Consistência interna das dimensões do WHOQOL-BREF (N = 41).	39
Tabela 5 - Consistência interna das dimensões do WHOQOL-BREF (N = 41).	40
Tabela 6 - Caracterização do desempenho sexual (N = 41).	43
Tabela 7 - Correlação do Quociente Sexual (QS-F) com a Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) (N = 41).	46
Tabela 8 - Correlação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do Quociente Sexual (QS-F) com variáveis sociodemográficas (N = 41).	48
Tabela 9 - Correlação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do Quociente Sexual (QS-F) com o tempo pós-cirurgia (N = 41).	49
Tabela 10 - Comparação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do Quociente Sexual (QS-F) quanto à utilização de hormônio (N = 41).	49
Tabela 11 - Comparação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do Quociente Sexual (QS-F) quanto à hipertensão (N = 41).	50
Tabela 12 - Comparação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do Quociente Sexual (QS-F) quanto à diabetes (N = 41).	51
Tabela 13 - Comparação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do Quociente Sexual (QS-F) quanto ao etilismo (N = 41).	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HMML - Hospital da Mulher Mãe Luzia

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

QV - Qualidade de Vida

QS-F - Quociente Sexual Versão Feminina

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SPSS - Statistical Package For Social Sciences

WHOQOL - World Health Organization of Life Assessment

WHOQOL-BREF - World Health Organization of life Assessment abreviado

WHOQOL-SRPB - World Health Organization of life Assessment Spirituality, religiousness and personal beliefs.

UNIFAP - Universidade Federal do Amapá

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	CAPÍTULO: REFERENCIAL TEÓRICO	16
1.1	HISTERECTOMIA: ALTERAÇÕES PSICOSSEXUAIS E SUAS REPRESENTAÇÕES	16
1.2	SEXUALIDADE DA MULHER HISTERECTOMIZADA	18
1.3	QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE (QVRS)	20
1.4	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	22
2	CAPÍTULO: MATERIAL E MÉTODOS	26
2.1	TIPO DE ESTUDO	26
2.2	LOCAL DA PESQUISA	26
2.2.1	Contexto Geográfico	26
2.2.2	Contexto Institucional	27
2.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	27
2.3.1	Riscos e Benefícios	28
2.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	29
2.5	COLETA DE DADOS	30
2.6	PERÍODO DE COLETA DOS DADOS	31
2.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
2.8	ANÁLISE DOS DADOS	32
3	CAPÍTULO: RESULTADOS E DISCUSSÕES DO ESTUDO	33
3.1	PERFIL DA POPULAÇÃO	33
3.1.1	Perfil Socioeconômico	33
3.1.2	Perfil Clínico	37
3.2	QUALIDADE DE VIDA PÓS HISTERECTOMIA	38
3.2.1	Caracterização da qualidade de vida	39
3.3	QUOCIENTE SEXUAL - VERSÃO FEMININA (QS-F)	43
3.3.1	Caracterização do desempenho sexual	43
3.4	CORRELAÇÃO DO QUOCIENTE SEXUAL COM A QUALIDADE DE VIDA	45
3.5	RELAÇÃO DO QUOCIENTE SEXUAL E DA QUALIDADE COM VARIÁVEIS DO PERFIL SÓCIOECONÔMICO	47
3.5.1	Relação com variáveis socioeconômicas	47
3.5.2	Relação com as variáveis clínicas	48

4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICES	65
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO SOCIECONÔMICO E CLÍNICO	67
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DO LOCAL DE ESTUDO	68
	ANEXOS	69
	ANEXO A – QUOCIENTE SEXUAL – VERSÃO FEMININA	69
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO WHOQOL- BREF	71
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO	75
	ANEXO D – DECLARAÇÃO DO HOSPITAL DA MULHER MÃE LUZIA	79

INTRODUÇÃO

A histerectomia consiste na remoção cirúrgica irreversível do útero, e pode ser efetuada por via abdominal ou vaginal. Atualmente o número de histerectomias é alto. Lemgruber e Lemgruber (2001) relatam que nos Estados Unidos esta é a segunda cirurgia mais realizada, perdendo apenas para cesariana. No Brasil, a cada ano, cerca de 300 mil mulheres recebem a indicação de histerectomia e necessitam de cirurgia (SBROGGIO; OSIS; BEDONE, 2005; CORRÊA; GUERRA; LEITE, 2014).

Dados do Ministério da Saúde (MS), evidenciam que foram realizadas no país cerca de 62.565 histerectomias totais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2015, esse dado quando analisado associado a estimativa acima de 300 mil histerectomizadas, observa-se um percentual de 20,85% de atendimentos cirúrgicos. Vale ressaltar, que este tipo de cirurgia é a mais realizada em mulheres em idade fértil, no Brasil (BRASIL, 2015).

No estado do Amapá, nos hospitais que realizam esse tipo de cirurgia, foram feitas no ano de 2016, 299 histerectomias, sendo 115 destas histerectomias totais (AMAPÁ, 2017). Entre as indicações para a cirurgia de histerectomia, verificou-se que esta ainda é realizada como medida preventiva de câncer, como forma de esterilização, e para tratamento de enfermidade ginecológica em mulheres com idade acima de 40 anos ou após a menopausa (MELO; BARROS, 2009).

A histerectomia, leva a modificação da integridade corporal e está impregnada de simbolismos, por isso, mulheres submetidas a esse procedimento podem apresentar alterações na autoimagem e sintomas depressivos. Goetsch (2005), Sbroggio, Osis e Bedone (2005), discorrem que, as concepções acerca do útero estão intimamente associadas ao exercício do controle sobre a sexualidade da mulher, isso é utilizado como justificativa à necessidade de preservá-lo para a maternidade, que foi vista por muito tempo como a única missão da mulher a função social, sendo essa função à reprodução.

A visão do corpo feminino voltado apenas para servir a finalidade reprodutiva, excluindo o prazer, era bastante forte especialmente antes da emancipação feminina e do avanço dos métodos contraceptivos, interferindo na forma como a mulher vivenciava sua sexualidade (MONTGOMERY; BERENSTEIN; MARCOLINI, 2002).

Outro simbolismo também alimentado na cultura sobre histerectomia, é que alguns homens têm medo de ferir suas mulheres durante o ato sexual, uma vez que

elas não têm mais seu órgão, isso faz com que apareçam várias fantasias no período pré-operatório, sobre a concepção relacionada ao útero. Favorecendo para fragilidade das mulheres quanto à sua situação de ser mulher (MELO; BARROS, 2009).

Nesse sentido, além dos aspectos emocionais, ocorrem também modificações anatômicas na pelve, que podem levar a alteração do tamanho e/ou do formato dos órgãos genitais, dificuldade de penetração vaginal, dispareunia, interrupção dos suportes anatômicos da resposta sexual, rebaixamento do impulso sexual e do grau de atratividade por redução de níveis hormonais circulantes, decorrentes de alterações circulatórias, ocasionando, em última instância, disfunções sexuais. A histerectomia pode causar encurtamento da vagina, diminuição da libido e menor frequência de orgasmos após a penetração (ZOBBE et al., 2004).

O estudo da histerectomia requer uma abordagem mais ampla, uma vez que é um procedimento frequentemente realizado, gerando além das repercussões na sua saúde sexual e reprodutiva, repercussões para a saúde física, psicológica, emocional e cultural (VILLAR; SILVA, 2010).

Sendo assim, a investigação da Qualidade de Vida (QV) da mulher submetida à histerectomia suscita o conhecimento dos valores que regem o comportamento sexual humano, portanto, os comportamentos podem ser diferentes em culturas diferentes e não têm necessariamente a finalidade de procriação. Logo, a investigação sobre QV em mulheres histerectomizadas é relevante no meio acadêmico.

A complexidade que rege essa temática na saúde da mulher, em seu momento complicado biopsicossocial, traz para o cenário deste estudo a preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida das mulheres que passaram por esse procedimento.

A QV é conceituada pelo grupo da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1994), como a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a QV é como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal), e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e da necessidade de cuidados pelo grau de desenvolvimento

econômico e social de determinada sociedade. No campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e QV existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar essa tese e a dar subsídios para políticas públicas e movimentos sociais.

Tal acontecimento é ratificado por Buss (2000) e Zapparoli (2005), quando relatam que, no último século, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina.

Estudar a qualidade de vida relacionada à saúde, na população feminina que se submetem à histerectomia, é de suma importância para avaliar a saúde dessas mulheres após esse procedimento, sendo assim, constitui o objeto deste estudo, vislumbrando contribuir de forma sistemática na abordagem e na construção de indicadores ligados aos interesses técnicos e científicos, bem como criar possibilidades de avaliação e a operacionalização de atendimentos mais resolutivos, no que concerne à saúde da mulher histerectomizada.

Assim este estudo, busca investigar por meios dos instrumentos de World Health Organization of Life Assessment abreviado (WHOQOL-BREF), e Quociente Sexual Versão Feminina (QS-F), a qualidade de vida de mulheres histerectomizadas, que se submeteram à cirurgia no Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), constituindo-se assim o conhecimento de fatores importantes para ações futuras para com essas mulheres.

Qualquer problema de saúde é visto como ruim, por isso, deve ser erradicado/resolvido, porque muitas vezes afeta significativamente a QV das pessoas. A histerectomia é um procedimento cirúrgico, que apresenta diferentes impactos na vida da mulher. A satisfação das mulheres após histerectomias é um problema de pesquisa que requer estudos para compreender os impactos por elas experimentados.

Nesse sentido, o tema proposto foi consolidado pela experiência da autora da pesquisa, adquirida nas atividades desenvolvidas como docente e enfermeira no HMML, o qual é referência em assistência multiprofissional, gineco-obstetra-neonatal na cidade de Macapá, como Enfermeira Assistencial e Professora de Estágio Supervisionado da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), onde os rodízios realizados nas enfermarias de pós-operatório e as conversas informais com

pacientes após a cirurgia, do referido Hospital, despertou o interesse sobre os impactos vivenciados por essas mulheres hysterectomizadas, em especial na QV.

Nesse pensar, reside à justificativa deste estudo, pois observações empíricas indicam que as capacidades, emocionais, físicas e culturais das mulheres, podem apresentar impacto na qualidade de vida dessas mulheres. Esses impactos na QV poderão alterar substancialmente o seu modo de viver, e comprometer de modo geral suas relações sociais e conjugais.

Diante disso, ao buscar na literatura sobre a QV de mulheres hysterectomizadas, e ao realizar levantamento da literatura sobre a temática observou-se que há poucos estudos sobre o referido objeto, que por sua vez, subsidiou a relevância desta proposta, uma vez que a literatura discute a QV em mulheres hysterectomizadas, como importante indicador, para saúdes dessas mulheres. E em virtude da escassez de estudos que contemple o tema em questão, em nível local, e a nível nacional, acredita-se que este estudo poderá ser um importante indicador para subsidiar a assistência a essas mulheres.

Identifica-se a relevância social quando da possibilidade das mulheres pós-hysterectomias expressarem a percepção sobre a QV, após o procedimento cirúrgico, o que poderá contribuir com melhores condições para assisti-las em sua singularidade, na busca de um cuidado ancorado na integralidade da assistência desta população e também na política de saúde para o cuidado da mulher depois da hysterectomia.

Embora não tenha associação consensual para explicar os impactos da hysterectomia na QV, as observações empíricas e as pequenas produções científicas oferecem uma visão multiface para avaliar a QV em mulheres hysterectomizadas. Nesse sentido, vários são os fatores e implicações que a hysterectomia impõe no processo de viver da mulher, podendo desencadear diferentes representações sobre a sua QV. Considerando o pressuposto questiona-se: Como a qualidade de vida de mulheres hysterectomizadas está representada na escala WHOQOL-BREF? E como a QV e sexualidade dessas mulheres se encontra segundo o QS-F?

Diante do exposto acima, as hipóteses levantadas por esta pesquisa são: A hysterectomia não interfere na qualidade de vida geral e na sexualidade das mulheres submetidas a este tipo de intervenção; O impacto da hysterectomia interfere a qualidade de vida geral e a sexualidade das mulheres submetidas a este tipo de intervenção.

Para responder a tais questionamentos, elaborou-se como objetivo geral avaliar a qualidade de vida e a sexualidade de mulheres submetidas à histerectomia total, utilizando os instrumentos WHOQOL-BREF e QS-F. Os objetivos específicos são: caracterizar quanto aos aspectos socioeconômico e clínico as mulheres submetidas à histerectomia total; descrever a representatividade da QV de mulheres pós histerectomia, a partir do instrumento WHOQOL-BREF; analisar o impacto da sexualidade, por intermédio do instrumento QS-F sobre a vida destas mulheres; e comparar as dimensões de QV com aspectos socioeconômico e clínico das participantes do estudo.

1 CAPÍTULO: REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 HISTERECTOMIA: ALTERAÇÕES PSICOSSEXUAIS E SUAS REPRESENTAÇÕES

Essa cirurgia é um tipo de operação que consiste na excisão do útero, realizada sempre através da parede abdominal ou pela vagina. Atualmente a histerectomia constitui uma das cirurgias ginecológicas mais frequentes no mundo ocidental, o que mostra a importância do estudo e de suas sequelas psicológicas (LISBOA, 2002; LOUREIRO, 1997).

A histerectomia abdominal é aquela cirurgia cujo acesso ao útero se faz pela face anterior do abdômen e denomina-se vaginal quando o útero é abordado pela vagina. É a cirurgia ginecológica mais realizada nos Estados Unidos, com uma proporção de 1:3 entre as abordagens vaginal e abdominal (MEEKER; ROTHROCK, 2007; SILVA; SANTOS; VARGENS, 2010).

Ainda é possível salientar, que a histerectomia por indicações benignas, sem importar a técnica cirúrgica utilizada, aumenta o risco para incontinência urinária de esforço subsequente (AHUMADA; ALIAGA; BOLÍVAR, 2001; SILVA, 2014). Sendo assim, as mulheres devem ser aconselhadas sobre os riscos associados ao procedimento e outras opções de tratamento devem ser consideradas antes da cirurgia.

Muitas mulheres optam por esse procedimento em busca de cura de alguma patologia ginecológica que atinge o útero, devido cura entre outras coisas, para as hemorragias menstruais regulares, o prolapso uterino e as hemorragias pós-menopáusicas. Entre as infecções pós-operatórias, a infecção do sítio cirúrgico desponta como uma das maiores causas de morbidade e mortalidade pós histerectomia (SILVA; SANTOS; VARGENS, 2010).

É importante lembrar que na América Latina essa cirurgia afeta mais de 20% das mulheres chilenas, ou seja, de cinco mulheres, uma mulher em algum momento de suas vidas serão submetidas a esta cirurgia. A natureza radical da cirurgia causa grande impacto sobre qualidade de vida da mulher, mudando sua feminilidade, causando distúrbios psicológicos, e isolando-a muitas vezes do ambiente social (AHUMADA; ALIAGA; BOLÍVAR, 2001; SILVA, 2014).

A indicação dessa terapêutica cirúrgica, normalmente inclui o conhecimento específico da fisiologia e das patologias dos órgãos do aparelho genital feminino, e das manifestações clínicas das afecções da pelve da mulher, para que haja sucesso nesse procedimento. Assim, trata-se de um procedimento definitivo de perda irreversível do útero, que pode ser para restabelecer a saúde ou mesmo salvar a vida da mulher. Contudo, tal procedimento determina uma série de implicações com alterações, desde as condições físicas até fortes perturbações emocionais, com modificações na vida da mulher (AHUMADA; ALIAGA; BOLIVAR, 2001).

O útero é um órgão biologicamente associado à reprodução e socialmente vinculado à feminilidade e sexualidade, por isso sua extirpação, além de constituir-se em ato agressivo e mutilante, interfere tanto na expressão da sexualidade feminina quanto na imagem corporal e na vida social (SBROGGIO; OSIS; BEDONE, 2005). Nunes et al. (2009), relatam que, na história da antiguidade, esse órgão vem sendo associado a algo sagrado do corpo feminino, embora as mulheres, muitas vezes, só se deem conta de sua existência, quando precisam engravidar ou retirá-lo.

A apuração quanto à sexualidade da mulher sujeitada à histerectomia origina o conhecimento de princípios que ditam a conduta sexual dos seres humanos, podendo ser definido um aprendizado, e como tal, regido pela cultura de cada pessoa; portanto, as atitudes podem ser diversas em culturas diferentes e não tendo necessariamente a finalidade de procriação (ARAÚJO; AQUINO, 2003).

No estudo de Melo e Barros (2009), cujo objetivo era de identificar os mitos referentes ao significado da remoção do útero, foram apreendidos como mais recorrentes a perda da feminilidade, a frigidez, a sensação de não ser mais a mesma, a possibilidade da mudança na imagem corporal, como ficar vazia, além da interferência tanto na vida afetiva e sexual quanto sobre a percepção dos companheiros sentindo-as ocas, frias e sem interesse sexual. Esses mitos relacionam-se ao desconhecimento acerca da fisiologia da resposta sexual e às possíveis repercussões nas próprias relações de gênero.

Dessa forma, o conhecimento das questões subjetivas e socioculturais, que permearam os universos simbólicos daquelas mulheres, possibilitou a identificação da histerectomia como um fator que veio a interferir sobremaneira no processo de viver e, conseqüentemente, na qualidade de suas vidas. Além disso, o útero tem sua função biológica e fisiológica ligada à maternidade e representa socialmente a sexualidade, sendo assim é possível inferir que sua retirada poderá interferir

negativamente na autoimagem e na qualidade de vida das mulheres, intervindo até mesmo na vida conjugal e nas relações sociais (NUNES et al., 2009).

Nesse sentido, muitos são os fatores e implicações da histerectomia no processo de viver de uma mulher, os quais podem desencadear diferentes representações da cirurgia. Como por exemplo, Nunes et al. (2009) discorrem que essas representações advêm das vivências, conceitos, preconceitos e expectativas de cada uma. Assim, é necessário que todos os profissionais que atuam na área de assistência à mulher em processo de cirurgia, desenvolvam um conhecimento crítico que não se limite a intervenções, mas sim na avaliação do corpo biológico e de suas representações.

Na área da saúde mental, foi realizado um estudo para avaliar a relação da histerectomia com depressão e perturbações da resposta psicosssexual. Para tanto, foram comparadas as respostas dadas por mulheres submetidas à histerectomia total, com um grupo controle, composto por mulheres submetidas a outras cirurgias ginecológicas. Três meses após a realização das cirurgias, a sintomatologia depressiva fazia-se presente em ambos os grupos, demonstrando a importância atribuída a qualquer intervenção sobre o aparelho genital. Após um ano, enquanto 13,5% das mulheres do grupo controle se mantiveram depressivas, a taxa das que fizeram histerectomia foi de 42,3% (SBROGGIO; OSIS; BEDONE, 2005).

Os autores sugerem ainda algumas perturbações específicas do comportamento sexual pós-histerectomia, tais como diminuição do desejo sexual em 60% das mulheres e queda significativa na frequência do coito. Em suma, o processo cirúrgico da histerectomia pode acarretar várias implicações no processo de viver da mulher (CARVALHO et al., 2007; SBROGGIO; OSIS; BEDONE, 2005).

1.2 SEXUALIDADE DA MULHER HISTERECTOMIZADA

A experiência sexual entre homens, mulheres, homossexuais, transexuais, transgêneros, etc., é um acontecimento específico e inigualável, sendo fonte e expressão de uma energia vital que todos têm, mas que não aparece de repente na vida das pessoas. A sexualidade é o produto final de um longo processo de desenvolvimento que envolve quem se é, o que se é, e como se lida com isso em uma relação afetiva interpessoal. A experiência de aproximação, obtenção de afeto, transmissão de sensações e de conservação de vínculos faz com que as questões

ligadas à sexualidade tornem-se uma matéria complexa, delicada e exigente (MACHADO; MACHADO, 2000).

Para procurar compreender a sexualidade da mulher histerectomizada, é necessário conhecer os valores que regem o comportamento sexual humano, o qual pode ser definido conforme Nunes et al. (2009, p.575) “fruto do aprendizado e, como tal, ditado pela cultura em que cada indivíduo está inserido”. Culturalmente, embora haja o reconhecimento da dissociação entre reprodução e sexualidade, o término da capacidade para gerar, gestar e parir ainda é muito valorizado e pode simbolizar o fim da vida sexual (CUAMATZI, 2004).

Por outro lado, Sbroggio, Osis e Bedone (2005) relatam que é fundamental enfatizar que, para algumas mulheres, a histerectomia, muitas vezes, constitui a solução do problema, pois proporciona o alívio dos sintomas decorrentes da patologia de base. Em pesquisa desenvolvida na *University of Maryland*, EUA, foi verificado que a atividade sexual tende a aumentar, e as disfunções sexuais a diminuir entre as mulheres que se submetem a esse procedimento. O número de mulheres relatando dispareunia, baixa libido, anorgasmia ou ressecamento vaginal diminui significativamente passado 12 a 24 meses da cirurgia. A melhora da função sexual iniciou-se aos seis meses de pós-operatório e manteve-se em períodos posteriores. No entanto, os mesmos autores alertam que é fundamental que os dados não sejam representados como um sinal que a histerectomia aprimore a função sexual em mulheres sadias.

Segundo Machado e Machado (2000), é inegável que a sexualidade de modo geral e o ato sexual em particular integram o elenco de elementos que interferem no processo de viver e na qualidade de vida e saúde das pessoas, inclusive das que se submeteram à histerectomia.

À semelhança de outros aspectos da vida, é importante reconhecer que a atividade sexual, após a histerectomia, passa a ser uma simples continuação do que existiu previamente. Nesse sentido, “se o passado contiver muitos reveses e desgostos, será difícil, para não dizer improvável, que se continue uma vida amorosa adequada” (NUNES et al., 2009, p. 576). Assim, se a atividade sexual constituía foco de conflito emocional, resultante ou causador de relações difíceis e sem prazer, não será uma intervenção cirúrgica que mudará essa realidade. Nesse caso, tanto a mulher como o seu parceiro conjugal podem simplesmente utilizar a

histerectomia como álibi perfeito para a recusa do sexo (MACHADO; MACHADO, 2000).

1.3 QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE (QVRS)

Por volta dos anos 50, estudiosos começaram a se dedicar a pesquisas sobre QV, nas quais o objeto principal do estudo passou a ser as pessoas e o objetivo era encontrar formas de deixá-las mais motivadas e entusiasmadas para fazerem tudo da melhor maneira possível. Esses estudos foram realizados apesar do termo qualidade de vida, propriamente dito, ainda não ser utilizado (REIS JÚNIOR, 2008).

Quando a OMS (1946) passou a adotar o conceito de saúde como uma condição de bem-estar físico, mental e social e não sendo somente a ausência de doença, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença passaram a ser considerados como multifatoriais, surgindo, então, o interesse pela QV como um conceito global de avaliação da saúde.

A expressão “qualidade de vida” foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos; eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK et al., 1999, p. 19).

O conceito QV é considerado como um conceito bastante amplo que incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com os aspectos significativos do meio ambiente (THE WHOQOL, 1995).

Na área da saúde, o interesse pelo estudo da QV está associado aos novos paradigmas em relação ao entendimento do processo saúde-doença, antes eminentemente biomédico e negligenciava aspectos socioeconômicos, psicológicos e sociais (BERTAN; CASTRO, 2009).

Neste sentido, pode-se afirmar que a QV está intimamente relacionada à definição de saúde, e o grupo *World Health Organization of Life Assessment* (WHOQOL) definiu QV como “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL, 1995, p. 1.405).

A QV se refere às condições nas quais o ser humano vive e envolve os vários aspectos de sua vida diária como o físico, mental e social. Reflete a percepção que o indivíduo tem de toda a realidade que o cerca e o equilíbrio entre diversos fatores como saúde, educação, escolaridade, lazer, transporte, família, moradia, trabalho, religião. Deve ser avaliada sob a ótica da subjetividade e da multidimensionalidade (FLECK, 2008).

Nos últimos anos, vários estudos sobre qualidade de vida foram publicados em periódicos nacionais e internacionais, porém poucos abordaram a qualidade de vida em mulheres histerectomizadas, utilizando o WHOQOL-BREF.

Segundo Matos (2006), o termo QVRS refere-se ao impacto da doença ou agravo, ou do tratamento na vida dos pacientes, ou seja, implica os aspectos diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde.

De acordo com o grupo WHOQOL, a QVRS é uma estimativa subjetiva do paciente sobre o efeito da doença e variáveis de tratamento sobre as funções emocional, social, física e bem-estar (BARKER et al., 2009). Representa, assim, a percepção da mudança do estado de saúde pelo indivíduo e o impacto dessa mudança na sua qualidade de vida (WHOQOL, 1998).

A QVRS tem em vista a saúde e o funcionamento normal do organismo, aceita como importante dentro do ambiente médico-hospitalar. Patrick e Deyo (1989) mostravam que a QVRS incluía cinco categorias da vida do indivíduo: duração da vida, nível funcional, percepções, oportunidades sociais e incapacidades, todas relacionadas à doença.

Testa e Simonsom (1996) defendem que as expectativas com relação à saúde e a habilidade para enfrentar as limitações e incapacidades podem afetar a percepção de saúde e a satisfação do indivíduo com sua vida, podendo duas pessoas com o mesmo problema de saúde ter percepções de QV diferentes.

Lima (2006) definiu QVRS como o valor atribuído, à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

Os estudos sobre a avaliação da QV e do estado de saúde vêm aumentando nas últimas décadas. Da mesma forma, instrumentos de medida estão sendo desenvolvidos e utilizados, com o propósito de avaliar a QV, frequentemente relacionada à saúde (BONOMI et al., 2000).

De acordo com Novato, Grossi e Kimura (2007), com base na avaliação dos instrumentos que atingem de forma negativa na QVRS, sendo possível a elaboração de um plano de intervenções psicossociais que resultem num maior bem-estar. Desta forma a avaliação da QVRS de mulheres histerectomizadas é um importante indicador dos resultados terapêuticos em diferentes situações clínicas.

1.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Antigamente a QV era avaliada por um observador, geralmente um profissional de saúde, na atualidade estudiosos enfatizam que a QV só pode ser avaliada pela própria pessoa. Neste aspecto, há a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva do indivíduo, e não a visão de cientistas e de profissionais de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Odgen (2005), afirma que os testes que pedem aos sujeitos para classificar a sua própria saúde são os que estão em consonância com o significado de saúde segundo uma percepção mais global.

De acordo com Fleck (2008), houve a expansão do uso de instrumentos de avaliação de QV, sendo em sua maioria, produzidos nos Estados Unidos, e com grande interesse em traduções para outros países. Refere-se a um tema ainda em debate, sendo que a tradução de um mecanismo de análise de uma cultura para outra pode mostrar variáveis relativas às diferenças culturais entre os países (VASCONCELOS, 2006).

Os instrumentos de mensuração da QV são uma forma útil para transformar as medidas subjetivas em dados objetivos que possam ser quantificados e analisados (SCHULZ et al., 2008). A avaliação pode ser feita através de instrumentos genéricos ou específicos para uma determinada função (capacidade funcional, função sexual), doença (diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, câncer) ou para um segmento da população (pacientes idosos, adolescentes) (WINKELMANN; MANFROI, 2008).

A partir da identificação da falta de um instrumento de avaliação de qualidade de vida que se considera a transculturalidade, a OMS desenvolveu uma metodologia única para sua criação. Inicialmente foi desenvolvido o WHOQOL-BREF, instrumento composto de 100 questões. Houve a necessidade de se desenvolver um

instrumento mais curto para uso em grandes estudos epidemiológicos, assim, OMS desenvolveu a versão abreviada com 26 questões, o WHOQOL-BREF (FLECK, 2000).

Reis Júnior (2008) expõe que a versão abreviada, tal como o WHOQOL-100, pressupõe caráter transcultural de construção e validação, pois diversas investigações foram realizadas em diferentes culturas, o que reforça a validade psicométrica e conceitual do instrumento, contribuindo para que atualmente seja um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da QV. As questões são fechadas e as respostas foram organizadas em uma escala do tipo Likert, contendo cinco elementos de um a cinco, dependendo do conteúdo da pergunta, são utilizados quatro tipos de escalas de respostas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (FLECK, 2000; FLECK, 2008). Assim, está organizado conforme o quadro 1.

Quadro 1 - Escala de respostas do WHOQOL-100 e BREF

Escala	0%	25%	50%	75%	100%
Intensidade	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
Avaliação	Muito insatisfeito Muito ruim Muito infeliz	Insatisfeito Ruim Infeliz	Nem satisfeito, nem insatisfeito Nem ruim, nem bom Nem feliz, nem infeliz	Satisfeito Bom Feliz	Muito satisfeito Muito bom Muito feliz
Capacidade	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre

Fonte: Adaptado de The Grupo WHOQOL (2010 apud PEDROSO; PILATTI; REIS JUNIOR, 2008).

De acordo com Fleck (2000), Chachamovich e Fleck (2008), Power e Green (2010), as questões do WHOQOL-100 e WHOQOL- BREF avaliam os seguintes domínios e facetas, conforme consta no quadro 2.

Quadro 2 - Domínios e facetas do WHOQOL-BREF

Domínio	Facetas
Físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação Capacidade de trabalho
Psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender Auto-estima Imagem corporal Sentimentos negativos Espiritualidade
Relações sociais	Relações pessoais Apoio social Atividade sexual
Meio Ambiente	Segurança física Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde Informação Recreação e lazer Ambiente físico Transporte

Fonte: Adaptado de The Grupo WHOQOL (2010 apud PEDROSO; PILATTI; REIS JÚNIOR, 2008).

Alguns estudos, que têm como objetivo a avaliação da QVRS, têm utilizado como metodologia a aplicação de instrumentos específicos como Item *Short Form Health Survey* (SF-36), que é um instrumento genérico de avaliação de QVRS, desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992), para ser utilizado em prática e pesquisa clínica, avaliações de políticas de saúde e pesquisas gerais na população.

Este questionário foi traduzido, validado e adaptado culturalmente, no Brasil, sendo desenvolvido um protocolo para tradução e validação do SF-36 (CICONELLI et al., 1997).

Considerando as características peculiares que se desenvolvem em pessoas com determinados problemas de saúde de relevância epidemiológica, como portadores do *Vírus da Imunodeficiência Humana/Acquired Immunodeficiency Syndrome* (HIV/AIDS), a OMS desenvolveu módulos específicos (WHOQOL-HIV) para avaliar essa população, tendo em vista a necessidade de generalização e comparação com outros estudos (ZIPEL; FLECK, 2008). Encontra-se em fase de desenvolvimento e validação outro módulo WHOQOL, o WHOQOL-SRPB, para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (ROCHA et al., 2008).

O quociente sexual feminino (Anexo A) avalia a função sexual feminina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual. As questões

um, dois e oito do QS-F avaliam o desejo e o interesse sexual; a questão três avalia as preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro são avaliadas nas questões quatro e cinco; as questões seis e sete avaliam o conforto da paciente no ato sexual; orgasmo e satisfação sexual são avaliados nas questões de números nove e 10, respectivamente (ABDO, 2006).

Segundo Abdo (2006), o questionário QS-F foi desenvolvido e validado no Brasil. Mediante dez questões autorresponsivas e com linguagem acessível, abrange os diferentes elementos funcionais e relacionais pertinentes a desempenho/satisfação sexual do sexo feminino. O escore total do QS-F varia de 0 a 100 e, quanto maior o valor, melhor o desempenho/satisfação sexual, como ilustrado por Abdo (2006), o padrão de desempenho sexual: 82 a cem pontos = bom a excelente; 62 a 80 pontos, regular a bom; 42 a 60 pontos, desfavorável a regular; 22 a 40 pontos, ruim a desfavorável; 0 a 20 pontos, nulo a ruim.

Com realização de estudos que avaliem a QV em mulheres histerectomizadas, é possível o entendimento dos vários aspectos envolvidos no processo saúde-doença, tanto para a implantação e/ou a implementação de políticas de saúde, quanto para a realização de trabalhos que visem à melhoria da QV dessas mulheres. A maneira como cada indivíduo avalia e percebe sua QV pode mostrar as possíveis estratégias de enfrentamento que poderá usar em momentos do seu tratamento.

2 CAPÍTULO: MATERIAL E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo descritivo exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. A pesquisa é definida como descritiva, pois, Gil (2010) aponta que o objetivo deste tipo de estudo é descrever as características da população/situação estudada e identificar possíveis relações entre variáveis.

Os estudos transversais narram um estado ou fenômeno em um espaço de tempo não definido, somente representado pela presença de uma doença ou transtorno (GIL, 2010).

Sobre as pesquisas com abordagem quantitativa, Marconi e Lakatos (2011, p. 170) referem que estas:

Consistem em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos, os fenômenos, a avaliação de programas ou o isolamento de variáveis principais ou chaves. Qualquer um desses estudos pode utilizar métodos formais, que se aproximam dos projetos experimentais, caracterizados pela precisão e controle estatístico, com a finalidade de fornecer dados para verificação de hipóteses. Todos eles empregam artifícios quantitativos tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas ou amostras de populações e programas.

A abordagem quantitativa utiliza a descrição matemática como uma linguagem que descreve as causas de um fenômeno propiciando ao pesquisador um melhor entendimento dos dados coletados (LEITE, 2008).

2.2 LOCAL DA PESQUISA

2.2.1 Contexto Geográfico

Desenvolvida na cidade de Macapá, capital do Estado do Amapá. O vocábulo Macapá tem variação de Macapaba que, na língua tupi, significa estância das Macabas ou lugar de abundância de bacaba, que é um fruto gorduroso originário da Bacabeira, palmeira nativa da região, de onde se extrai um vinho saboroso de cor marrom claro. Localizado no Sudoeste do estado, faz limite com os municípios de Santana, Itaubal, Porto Grande, Ferreira Gomes, Cutias e Amapá. Cortado pela linha

do equador. Ocupa uma área territorial de 6.502,105km², com uma população estimada de 465.495 habitantes, densidade demográfica 62,14 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

2.2.2 Contexto Institucional

A realização da pesquisa ocorreu no HMML, especializado em saúde da mulher e neonatal e em obstetrícia, localizadas no Estado do Amapá. É uma instituição da rede pública, que foi criada em 1953, e está situada geograficamente ao sul da cidade de Macapá, com objetivo de fornecer atendimento ginecológico, atender mulheres em trabalho de parto, gestantes de alto risco e recém-nascidos.

O hospital atende todos os 16 municípios do estado e ainda 6 do Estado do Pará, como Almeirim, Portel, Anajás, Breves, Afuá e Chaves. A estrutura física oferece 2 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para os quadros que apresentarem complicações. Conta ainda com 16 leitos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Sua infraestrutura também comporta o centro de parto normal com 8 boxes privativos, o bloco cirúrgico com 3 salas para cirurgias, enfermaria de pós-parto normal com 37 leitos, enfermaria de alto-risco com 16 leitos, enfermaria de tratamento ginecológico com 12 leitos, enfermaria de pós-operatório com 17 leitos para pacientes submetidas à cesariana e outros procedimentos cirúrgicos. Ainda conta com 26 leitos de unidade de cuidados intermediários e 6 leitos de enfermaria canguru. O hospital fornece serviços de acompanhamento do pré-natal de alto risco, vacinação, teste do pezinho, teste da orelhinha, follow-up (consultas destinadas aos recém-nascidos que passaram por complicações) e banco de leite humano.

2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Em análise do número de histerectomias por ano no HMML, evidenciou-se uma progressão do número de procedimentos cirúrgicos com o passar do tempo. Em 2016 este número atingiu a marca de 39 histerectomias, (AMAPÁ, 2017).

Ao longo dos anos, entre 2006 e 2016, houver um total de 205 histerectomias no HMML, destas 133 foram histerectomia total, sendo 82 pacientes de outros municípios (Santana, Itaubal, Ferreira Gomes, Mazagão e dentre outros), e 51

mulheres de Macapá, todas maiores de 18 anos, que se encaixam nos critérios de inclusão deste estudo.

Este estudo foi constituído por mulheres que se submeteram a histerectomia total, no HMML. Sob os critérios de inclusão e exclusão, a seguir descritos. Foram incluídas as mulheres $\geq$ a 18 e $\leq$ 70 anos; que se submeteram à histerectomia total, entre os anos 2006 a 2016; que verbalizaram e compreenderam as arguições feitas pela pesquisadora; e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídas as mulheres que se submeteram à histerectomia parcial, subtotal e vaginal; com diagnóstico médico confirmado de transtorno mental; e aquelas que no período de coleta dos dados estavam ausentes de seus domicílios.

Partindo desse pressuposto, foram excluídos: 72 prontuários, utilizando os seguintes critérios: pacientes fora da faixa etária, tipo de cirurgia que não fosse Histerectomia total. Após avaliação do município de residência foram excluídos 82 prontuários. Considerando que o foco do estudo restringia-se às mulheres residentes em Macapá, dessa maneira, chega-se à seleção de 51 mulheres para este estudo. Porém, devido à dificuldade de acesso, endereços errados e mudanças de endereço ficou-se com a população final de 41 mulheres.

2.3.1 Riscos e Benefícios

Avaliar a QV de mulheres que se submetem a histerectomia é compreender como elas necessitam de cuidado diferenciado, uma vez que não se trata apenas de um órgão que foi extirpado, e sim do conjunto de valores cognitivos, afetivos, fisiológicos e sociais que são envolvidos neste processo. Dessa forma, este estudo teve riscos mínimos para as mulheres, uma vez que se pretende avaliar a QV, com intuito de contribuir para melhor assistência a elas prestada. Portanto, os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão relacionados a constrangimento, choro e vergonha ao relembrar um assunto tão delicado.

Avaliar a QV de mulheres histerectomizadas possibilita conhecer o que essas mulheres vivenciam após o procedimento, sentimentos, problemas conjugais, medos e propor mudanças na assistência para com esta população. Descrever como a QV dessa mulher é afetada ou não, traz benefícios imensuráveis, uma vez que se percebeu carência em pesquisas voltadas para a assistência a esta clientela no estado do Amapá. Portanto, espera-se que os resultados deste estudo possibilitem

contribuir para que os profissionais após a verificação da QV destas mulheres possam prestar uma assistência de qualidade.

2.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados, o primeiro Instrumento (APÊNDICE B): Formulário Sociodemográfico econômico e clínico, composto por 14 variáveis; o segundo Instrumento (ANEXO A): Questionário WHOQOL- BREF e o terceiro Instrumento (ANEXO B): O QS-F.

O WHOQOL - Abreviado consta de 26 questões sendo duas questões que são gerais de QV, ao passo que as demais representam cada uma das facetas que compõem o instrumento original. E é composto pelos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (THE WHOQOL, 1995).

Os dados obtidos por meio do WHOQOL - Abreviado devem ser analisados em função de cada domínio, pois neste instrumento não se pode utilizar um escore total de QV, já que ele foi desenvolvido a partir da premissa de que QV é um constructo multidimensional, não cabendo a soma de itens referentes a diferentes domínios. É utilizada uma escala tipo Lickert, com valor numérico de um a cinco, onde escores são invertidos em função de 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1, para as seguintes questões: 3, 4 e 26. Para as demais questões quanto maior o escore, melhor é a QV e quanto menor o escore, pior é a QV.

A Escala WHOQOL-BREF avalia a qualidade de vida em 4 domínios: “Físico” (7 itens), “Psicológico” (6 itens), “Relações Sociais” (3 itens) e “Meio Ambiente” (8 itens). Existem 2 itens, analisados separadamente, que avaliam a percepção geral sobre a qualidade de vida (item 1 – “Como você avaliaria a sua qualidade de vida?”) e a satisfação geral sobre a saúde (item 2 – “Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?”). Para cada item, existem cinco alternativas de resposta apresentadas numa escala tipo Likert de 1 a 5 pontos, conforme o anexo B.

O quociente sexual feminino (Anexo B) avalia a função sexual feminina e outros domínios, além das diversas etapas do ciclo de resposta sexual. As questões um, dois e oito do QS-F avaliam o desejo e o interesse sexual; a terceira questão avalia as preliminares; excitação pessoal e sintonia com o parceiro são avaliadas nas questões quatro e cinco; as questões seis e sete avaliam o conforto da paciente

no ato sexual; orgasmo e satisfação sexual são avaliados nas questões números nove e 10, respectivamente (ABDO, 2006).

Este questionário QS-F foi desenvolvido e validado no Brasil. Mediante dez questões autorresponsivas e com linguagem acessível, abrangem os diferentes elementos funcionais e relacionais pertinentes a desempenho/satisfação sexual de ambos os sexos. O escore total do QS-F varia de 0 a 100 e, quanto maior o valor, melhor o desempenho/satisfação sexual, como ilustrado no Quadro 3.

Quadro 3 - O escore total do QS-F varia de 0 a 100 e, quanto maior o valor, melhor o desempenho/satisfação sexual.

Pontuação	Desempenho/Satisfação Sexual
82 a 100 pontos	Bom a excelente;
62 a 80 pontos	Regular a bom;
42 a 60 pontos	Desfavorável a regular;
22 a 40 pontos	Ruim a desfavorável
0 a 20 pontos	Nulo a ruim.

Fonte: Abdo, 2006

Cada questão apresenta uma escala gradual de respostas de 0 a 5, com 0 indicando “nunca” e 5 indicando “sempre”.

Para o cálculo do escore final do QS-F, todos os escores assinalados para as questões 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10 deverão ser somados. O valor assinalado para a questão 7 deverá ser subtraído de 5 e somado aos anteriores. Ou seja: $Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + Q5 + Q6 + (5 - Q7) + Q8 + Q9 + Q10$.

O cálculo do escore final do QS-F deverá ser calculado multiplicando o resultado dessa soma por 2 (ABDO, 2006).

2.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através dos instrumentos para avaliar a qualidade de vida e a sexualidade, bem como também foi utilizado um questionário para descrever os dados socioeconômico e clínico das participantes do estudo.

Após a identificação das mulheres e a busca dos seus endereços nos prontuários, que se encontram no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HMML, estes foram utilizados somente para fins de busca das participantes para a pesquisa, o tipo de cirurgia, endereço, ano da cirurgia, data da alta, idade, número

de filhos. De posse desses dados, foi feita a busca ativa destas pacientes nos domicílios para aplicação dos questionários.

Os questionários WHOQOL-BREF e QS-F foram dirigidos pela pesquisadora às pacientes durante a visita em sua residência. Optou-se pela entrevista direta na aplicação dos referidos instrumentos, em razão da possível dificuldade de leitura, entre os participantes e ainda porque, segundo alguns autores, a condução do questionário pelo entrevistador traz como vantagens um número maior de itens respondidos e melhor compreensão do entrevistado (PAGANI; PAGANI JUNIOR, 2006; SILQUEIRA, 2005).

As dificuldades encontradas para a coleta de dados foram: endereços errados ou incompletos, locais de difícil acesso principalmente em áreas de ressaca, receio de algumas mulheres em participar da pesquisa.

2.6 PERÍODO DE COLETA DOS DADOS

A aplicação dos instrumentos ocorreu entre junho, julho e agosto de 2017. O instrumento de caracterização sociodemográfica, econômico e clínico foi preenchido no mesmo período.

2.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo atendeu os preceitos éticos e científicos preconizados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata sobre a realização de pesquisa que envolva seres humanos. Para a realização da mesma, utilizou-se a forma indireta do manejo de dados e informações de seres humanos, tendo obedecido às etapas de cunho ético para a sua aplicação na prática.

Assim, a pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, sendo aprovada sob o número do CAAE: 61964016.1.0000.0003, e número do parecer: 1.885.436, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAP.

A participação das mulheres foi voluntária, após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

2.8 ANÁLISES DOS DADOS

As análises estatísticas dos dados foram realizadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22 for Windows (IBM- SPSS STATISTICS 20). Todos os resultados obtidos pelos instrumentos de coleta foram transcritos para a planilha do SPSS, utilizando-se a técnica de dupla verificação para minimizar os possíveis erros de digitação, criando-se, assim, um banco de dados.

No tratamento estatístico utilizou-se a estatística descritiva e inferencial, de acordo com o tipo de dado a ser tratado.

Para a organização e análise estatística foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), versão 22 para Windows.

Para a análise descritiva das variáveis qualitativas, foram utilizadas frequências absolutas e relativas (em %). Para as variáveis quantitativas, foi utilizada a média e o desvio-padrão.

A normalidade dos dados foi estudada através do Teste de Shapiro-Wilk, por ser adequado para amostras pequenas. Ele testa a hipótese nula da normalidade dos dados. Os resultados dos testes levaram a rejeitar a hipótese nula do teste ($p < 0,05$) na maioria das variáveis, levando a concluir que não têm distribuição normal. Por este motivo, e por se tratar de uma amostra pequena, foram utilizados testes não paramétricos para dar resposta aos objetivos da pesquisa.

Assim, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney para a análise da significância das diferenças entre dois grupos independentes quanto a variáveis quantitativas. Foi ainda utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman para estudar a correlação entre variáveis quantitativas.

As diferenças e correlações foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de significância foi inferior a 0,05 ($p < 0,05$), ou seja, foi considerado um nível de significância de 5% (MARÔCO, 2011).

3 CAPÍTULO: RESULTADOS E DISCUSSÕES DO ESTUDO

A análise dos dados visa garantir a interpretação, a fim de proporcionar um maior entendimento dos resultados, pois deve ser concisa e confiável.

Para Barros e Lehfeld (2014), interpretar tem o sentido de ser o mais esclarecedor nos resultados da pesquisa. Significa ler através dos índices e dos percentuais obtidos a partir da medição dos dados.

Os mesmos autores demonstram em sua discussão que “relacionar as descobertas feitas durante o estudo com o que já existe na literatura é fundamental para que se possam tomar decisões mais seguras sobre as direções em que vale a pena concentrarmos os esforços e as atenções” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 47).

A seguir, serão apresentados os resultados e sua discussão conforme a ordem dos objetivos propostos nesse estudo.

3.1 PERFIL DA POPULAÇÃO

3.1.1 Perfil socioeconômico

A população incluiu 41 mulheres hysterectomizadas, com idades entre os 24 e os 60 anos - a idade média da amostra foi de 45,1 anos (DP = 9,7 anos). Predominam as mulheres pardas (65,9%) e as que convivem com companheiro e filho (41,5%).

Apenas duas mulheres não têm filhos, existindo 7 (17,1%) com 1 filho, 10 (24,4%) com 2 filhos, 7 (17,1%) com 3 filhos e 15 (36,6%) com 4 ou mais filhos. Quanto à escolaridade, predominam as mulheres com o Ensino Médio completo (45,5%) ou com o Ensino Superior completo (27,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil da população quanto à idade, raça, escolaridade, situação familiar e número de filhos (N = 41).

Variável	Categoria	n	%
Idade	21-30	2	4,9%
	Mínimo - máximo: 31-40	11	26,8%
	24-60		
	Média (DP): 45,1 (9,7)		
Raça	41-50	12	29,3%
	51-60	16	39,0%
	Parda	27	65,9%
	Branca	7	17,1%
	Negra	5	12,2%
Situação familiar	Amarela	2	4,9%
	Convive com companheiro e filhos	17	41,5%
	Convive com companheiro, filhos e outros familiares	11	26,8%
	Convive com familiares e filhos sem companheiro	7	17,1%
	Convive com companheiros sem filhos	3	7,3%
	Convive com filhos sem companheiro	2	4,9%
	Vive só	1	2,4%
Número de filhos	Sem filhos	2	4,9%
	Mínimo - máximo: 0-9	7	17,1%
	Média (DP): 3,1 (2,0)		
	2 filhos	10	24,4%
Escolaridade (8 missings)	3 filhos	7	17,1%
	4 ou mais	15	36,6%
	Alfabetização	1	3,0%
	Fundamental completo	5	15,2%
	Médio completo	15	45,5%
	Pós-graduação	3	9,1%
	Superior completo	9	27,3%

Fonte: Dados da pesquisa

Estes achados reforçam a ideia de que mulheres mais experientes têm maiores chances de serem submetidas à histerectomia, corroborando com o que é exposto pelos estudos de Reich (2001), ao citar que a média de idade das pacientes submetidas a este procedimento é de 45 anos, equivalente também ao exposto por Cardoso, Camargo e Fernandes (2017) ao concluírem que a faixa etária predominante é de 44 a 48 anos. Médias equivalentes à encontrada neste estudo.

Quanto ao critério de declaração de raça ou cor, verificou-se que a parda foi a mais predominante na amostra, concordando com os dados expostos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua) 2016, ao concluir que maior parte da população brasileira residente é parda, representando 46,7% do total, sendo 46% do sexo feminino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Os dados da Pnad Contínua referentes à situação local também se assemelham aos deste estudo, informando que na região Norte 72,3% declaram-se

pardos, no Amapá equivale a 69,5% dos indivíduos, constituído por 62,8% de mulheres pardas. No entanto, ressalta-se que para o IBGE a composição da população brasileira segundo raça entre as diferentes regiões do país é bastante diferenciada. Nas regiões Sul e Sudeste, por exemplo, predomina-se o contingente de cor branca (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

A situação familiar, no que tange ao relacionamento com o companheiro possivelmente implica em vida sexual ativa, e vulnerabilidades desconhecidas, no contexto de saúde sexual e reprodutiva. O que é reforçado por Volpato e Becker (2013) ao citarem que tal fato as coloca em maior risco a processos inflamatórios, distúrbios menstruais ou até mesmo Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs).

Sobre a média obtida em relação ao número de filhos, alguns estudos realizados fora do país, destacaram aumento progressivo do risco de histerectomia com a elevação do número de filhos (BRETT; MARSH; MADANS, 1997; SANTOW; BRACHER, 1992; SETTNES; JORGENSEN, 1996). De acordo com Barasuol e Schmidt (2014) a multiparidade está entre os fatores de risco para afecções uterinas, pois múltiparas são as que mais apresentam alterações celulares nos exames. Melo et al. (2009) constata esta afirmação através de dados do seu estudo, no qual a maioria das participantes que apresentaram alterações na citologia eram múltiparas.

Levando em consideração a escolaridade, a amostra foi de mulheres com bom nível de instrução, com predominância do ensino médio completo. Resultado semelhante aos dados apresentados pelo IBGE, ao apontar a tendência no crescimento do nível de escolaridade. Evidenciando em suas estatísticas, comparando-se os dados do Censo Demográfico entre os anos de 2000 e 2010, o aumento da frequência escolar feminina no ensino médio de 9,8% em relação à masculina (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

De acordo com o exposto na Tabela 2, constatou-se a predominância de mulheres do lar/domésticas (31,7%), professoras/pedagogas (17,1%) e técnicas/auxiliares de enfermagem (12,2%). Portanto, nota-se que o trabalho doméstico ainda é um forte predominante entre as profissões ocupadas.

Tabela 2 - Perfil da população quanto à profissão e renda familiar (N = 41).

Variável	Categoria	n	%
Profissão	Do lar/ Doméstica	13	31,7%
	Professora/ Pedagoga	7	17,1%
	Técnica/auxiliar de enfermagem	5	12,2%
	Auxiliar administrativa	2	4,9%
	Administradora	2	4,9%
	Manicure	2	4,9%
	Rececionista	2	4,9%
	Psicóloga	1	2,4%
	Camareira	1	2,4%
	Advogada	1	2,4%
	Nutricionista	1	2,4%
	Gerente de cozinha	1	2,4%
	Aposentada	1	2,4%
	Vendedora externa	1	2,4%
	Auxiliar de serviços diversos	1	2,4%
Renda familiar	1 salário mínimo	1	2,4%
	2 salários mínimos	8	19,5%
	3 salários mínimos	15	36,6%
	4 salários mínimos	9	22,0%
	5 ou mais salários mínimos	8	19,5%

Fonte: Dados da pesquisa

Para o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o emprego doméstico mantém-se como uma importante ocupação das trabalhadoras brasileiras. Representado por 14% das brasileiras ocupadas, um total de 5,9 milhões. Porém, reforça-se que ao longo dos últimos anos este número vem diminuindo (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2015; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Considerando a renda familiar destas usuárias baseando-se no valor do salário mínimo atual, equivalente a novecentos e cinquenta e quatro reais (R\$ 954,00), obteve-se a renda mais frequente de três salários mínimos (36,6%). Seguida por 41,5% com renda maior ou igual a quatro salários mínimos; 22,0% com quatro salários mínimos e 19,5% com renda de cinco ou mais. Em contrapartida, 21,9% têm renda de dois salários mínimos (19,5%) ou de apenas um salário mínimo (2,4%) (Tabela 2).

Sob esta ótica, compreende-se que neste estudo as entrevistadas apresentaram renda acima da média atual da população, visto que, de acordo com a Pnad, a renda média dos brasileiros é de hum mil duzentos e sessenta e oito reais (R\$1.268,00), no Amapá o valor cai para pouco mais de um salário mínimo (R\$ 936,00) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Relacionando tais dados à histerectomia, Silva (2014) cita que o nível socioeconômico tem associação entre a satisfação sexual e a remoção do útero, de modo que aspectos socioeconômicos possivelmente podem influenciar na percepção da autoimagem e provocar repercussões negativas no autoconceito de feminilidade. Em contrapartida, estes mesmos aspectos podem não produzir efeitos negativos, fazendo com que o procedimento possa ser percebido de forma positiva pela consequente melhora da saúde.

3.1.2 Perfil clínico

O tempo médio após cirurgia das 41 mulheres foi de 3,9 anos (DP = 2,9 anos): 14,6% fizeram a cirurgia há um ano, existindo 29,3% que fizeram de um até dois anos, 22,0% de dois até cinco anos e 34,1% há mais de cinco anos. Os resultados permitem concluir que dentre as mulheres histerectomizadas, 10 (24,4%) mulheres utilizam hormônio, 13 (31,7%) são hipertensas, quatro (9,8%) são diabéticas e 13 (31,7%) são etilistas. Quanto aos fatores de risco, quase três em cada quatro (73,2%) tinham miomas uterinos. Existiam quatro (9,8%) que referiram o uso de abortivos, quatro (9,8%) com endometriose, dois (4,9%) com câncer do colo do útero e um (2,4%) com deslocamento prematuro da placenta. Constatou-se também que quatro participantes (9,8%) referiram o uso de abortivos, quatro (9,8%) informaram endometriose, dois (4,9%) câncer do colo do útero e um (2,4%) com deslocamento prematuro da placenta (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil da população quanto aos dados clínicos (N = 41).

Tabela 3 – Perfil da população quanto aos dados clínicos (n = 12).			
(continua)			
Variável	Categoria	n	%
Tempo após cirurgia Mínimo - máximo: 1-10 Média (DP): 3,9 (2,9)	1 ano	6	14,6%
	Mais de 1 ano até 2 anos	12	29,3%
	Mais de 2 anos até 5 anos	9	22,0%
	Mais de 5 anos	14	34,1%
Utiliza hormônio	Não	31	75,6%
	Sim	10	24,4%
Hipertensa	Não	28	68,3%
	Sim	13	31,7%
Diabética	Não	37	90,2%
	Sim	4	9,8%
Etilista	Não	28	68,3%
	Sim	13	31,7%

Tabela 3 - Perfil da população quanto aos dados clínicos (N = 41).

			(conclusão)
Fatores de risco	Miomas uterinos	30	73,2%
	Uso de abortivos	4	9,8%
	Endometriose	4	9,8%
	Câncer de colo do útero	2	4,9%
	Descolamento prematuro da placenta	1	2,4%

Fonte: Dados da pesquisa

Logo a predominância do mioma uterino (73,2%), informado por 30 das 41 entrevistadas, associado à histerectomia, é semelhante aos dados debatidos por outros autores na literatura. Segundo Araújo e Aquino (2003) no Brasil esta seria a segunda cirurgia mais frequente entre mulheres em idade fértil, já na Europa e Estados Unidos da América, o diagnóstico de miomatose uterina equivale a uma proporção estimada entre 30 a 60% nas indicações de retirada do útero. Em estudo realizado em São Paulo por Gollop et al. (2012), com amostra de 220 pacientes, 217 obtiveram a miomamotose/metrorragia como indicação cirúrgica.

Em concordância a isto, Sousa et al. (2013) inferem que este diagnóstico juntamente com prolapso de órgãos pélvicos, dor ou infecção pélvica, sangramento uterino anormal e doenças malignas e pré-malignas são as principais indicações para histerectomia.

Lellis Júnior et al. (2011) corroboram ao citar relevância do exposto à saúde pública, considerando que tal diagnóstico é a principal causa de histerectomia, vista como alternativa de tratamento para pacientes com prole já estabelecida, refratárias ao tratamento conservador e com sintomatologia expressiva e debilitante.

3.2 QUALIDADE DE VIDA PÓS HISTERECTOMIA

Os valores do Alpha de Cronbach das dimensões da escala WHOQOL-BREF variam entre 0,615 a 0,803, sendo indicadores de uma boa confiabilidade (ou consistência interna): Domínio Físico - Alfa de Cronbach = 0,803; Domínio Psicológico - Alfa de Cronbach = 0,633; Domínio Relações Sociais - Alfa de Cronbach = 0,615; Domínio Meio Ambiente - Alfa de Cronbach = 0,717 (Tabela 4).

Tabela 4 - Consistência interna das dimensões do WHOQOL-BREF (N = 41).

Escala/subescalas	Itens	Alfa de Cronbach
Domínio Físico (7 itens)	3*, 4*, 10, 15, 16, 17, 18	0,803
Domínio Psicológico (6 itens)	5, 6, 7, 11, 19, 26*	0,633
Domínio Relações Sociais (3 itens)	20, 21, 22	0,615
Domínio Meio Ambiente (8 itens)	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25	0,7170

Fonte: Dados da pesquisa

* Itens com pontuação invertida

3.2.1 Caracterização da Qualidade de Vida

A pontuação de cada domínio foi convertida numa pontuação de zero a 100 pontos, seguindo as instruções no manual do WHOQOL-BREF (THE WHOQOL, 1995).

Dessa forma, a pontuação de cada domínio do WHOQOL-BREF pode variar de zero a 100 pontos, correspondendo valores elevados de cada domínio a uma melhor qualidade de vida.

As questões Q1 (percepção geral sobre a qualidade de vida) e Q2 (satisfação geral sobre a saúde) foram avaliadas separadamente mantendo as escalas de resposta de um a cinco pontos. As frequências de respostas a estas questões são apresentadas no Gráfico 1.

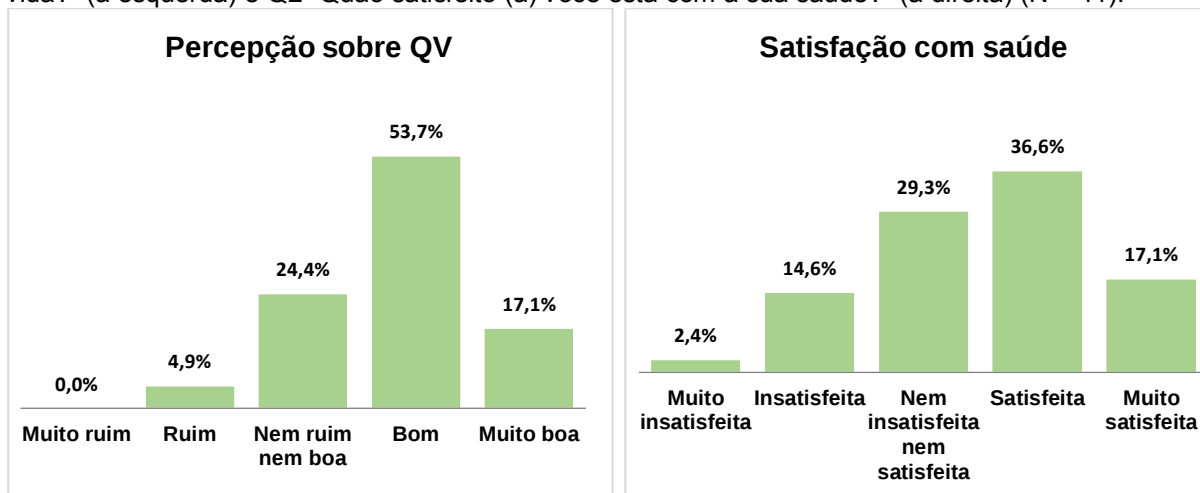
A maioria das mulheres considera que a sua qualidade de vida é boa (53,7%) ou muito boa (17,1%).

Apenas 4,9% responderam “ruim” e nenhuma respondeu “muito ruim”. A média das respostas a esta questão foi de 3,83 (DP = 0,77).

Quanto à satisfação com a saúde, um pouco mais da metade referiram estar satisfeitas (36,5%) ou muito satisfeitas (17,1%).

Por outro lado, 14,6% afirmaram estar insatisfeitas e 2,4% muito insatisfeitas. A média das respostas a esta questão foi de 3,51 (DP = 1,01).

Gráfico 1 - Frequências de respostas às questões Q1 “Como você avaliaria a sua qualidade de vida?” (à esquerda) e Q2 “Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?” (à direita) (N = 41).



Fonte: Dados da pesquisa

Cerca de 30% das mulheres entrevistadas por Melo e Barros (2009) referiram repercussão positiva na vida social e afetiva após a histerectomia, relatando alívio dos sintomas presentes antes da cirurgia. O mesmo é relatado por Real et al. (2012). Houve uma melhora no humor, na diminuição da ansiedade nas mulheres entrevistadas por esses autores.

Quanto às quatro dimensões da escala WHOQOL-BREF, os resultados são apresentados na Tabela 5 e no Gráfico 2.

Tabela 5 - Consistência interna das dimensões do WHOQOL-BREF (N = 41).

Escala/subescalas	Mínimo – máximo	Média (DP)	Teste Shapiro-Wilk
Domínio Físico	19-94	61,71 (19,61)	$p = 0,184$
Domínio Psicológico	25-94	66,95 (14,63)	$p = 0,028$
Domínio Relações Sociais	0-100	64,51 (19,65)	$p = 0,003$
Domínio Meio Ambiente	31-94	58,34 (15,02)	$p = 0,040$

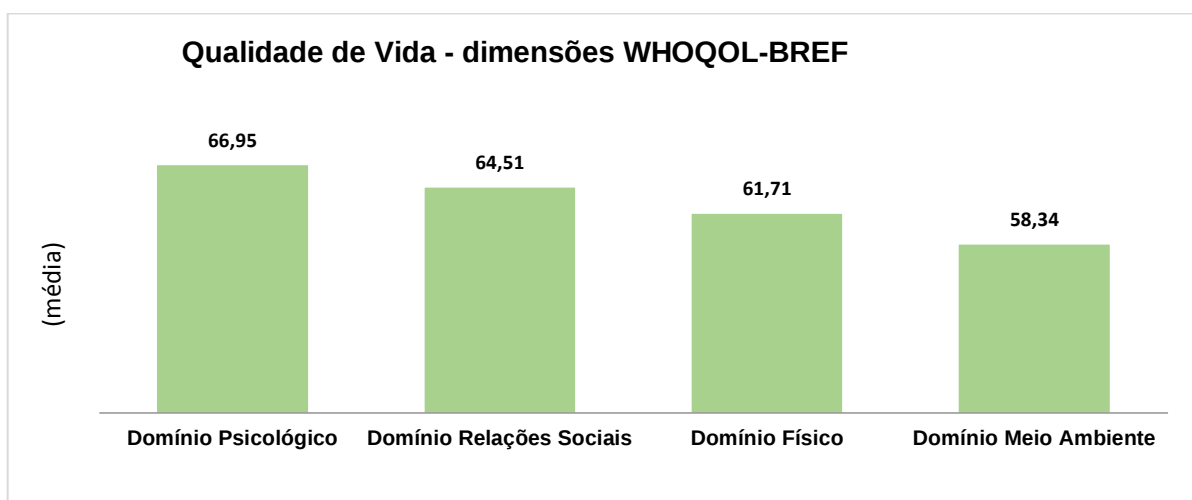
Fonte: Dados da pesquisa

A análise das médias dos escores de cada dimensão mostra melhor qualidade de vida no Domínio Psicológico (M = 66,95; DP = 14,63), seguindo-se o Domínio Relações Sociais (M = 64,51; DP = 19,65). As mulheres da amostra apontam pior qualidade de vida nos domínios Meio Ambiente (M = 58,34; DP = 15,02) e Físico (M = 61,71; DP = 19,61).

Os testes de Shapiro-Wilk mostram que existem desvios significativos à normalidade em três das quatro variáveis, pelo que não é adequada a utilização de

testes paramétricos. Testes paramétricos são também úteis para a análise de amostras grandes, em que os pressupostos paramétricos não se verifiquem, assim como para amostras muito pequenas e para investigações que envolvam hipóteses, cujos processos de medidas sejam ordinais. Além disso, os testes não paramétricos não são tão fidedignos como os testes paramétricos, diante disso, utilizou-se testes não paramétricos para dar respostas às hipóteses da pesquisa.

Gráfico 2 - Médias das dimensões do WHOQOL-BREF (N = 41).



Fonte: Dados da pesquisa

Na dimensão de Domínio Psicológico e Domínio de Relações Pessoais, foram obtidas médias consideradas relativamente altas, evidenciando melhor qualidade de vida nestes aspectos após a realização da histerectomia. Tais resultados são confirmados com o que é exposto por Sbroggio, Osis e Bedone (2005), ao afirmarem que após a realização da cirurgia, as mulheres esperam que suas vidas melhorem, demonstram otimismo e associam a retomada de suas vidas em todas as áreas, voltando a desempenhar seus papéis sociais e sexuais.

Em estudo realizado por Penga e Rumin (2008), as entrevistadas também demonstraram repercussão positiva a cerca de suas percepções corporais e sentimentos associados à retirada do útero, na qual a maioria afirmou não notar diferença. Destacando, inclusive, a cirurgia como restabelecimento a plenitude da convivência social e da prática sexual.

Reforçando o impacto e o processo de mudança ocasionado pela histerectomia nos diversos âmbitos da vida destas mulheres. Resultando em

ressignificações a respeito da vida pessoal, familiar e profissional, dando um novo sentido ao cotidiano (MERIGHI et al., 2012).

O que também é inferido por Nunes et al. (2009) como uma readequação social do que representa a histerectomia, pois antes, era pouco provável que, alguém percebesse esse procedimento como uma forma de cuidado de si ou de resgate da autoestima.

Em termo das dimensões de Domínio Físico e Meio Ambiente, obtiveram-se resultados menores em relação às outras, demonstrando um decréscimo da qualidade de vida das entrevistadas nesses aspectos.

No que tange às questões de aspectos físico, Camano et al. (2003) reforçam a repercussão da cirurgia no processo laboral, tanto doméstico quanto fora do lar, devido ao fato de ser uma cirurgia de grande porte, resulta no afastamento de tais atividades por um significativo período, exigindo repouso e limitação de alguns hábitos.

Para Penã (2004), isso também pode estar relacionado à associação que as mulheres submetidas à histerectomia fazem entre a retirada do útero e a alteração da posição social perante ao grupo feminino, evidenciando-se nas relações com o seu mundo social, no sofrimento e consequentemente na qualidade de vida.

Ao que condiz respeito às facetas relacionadas ao Domínio Meio Ambiente, mais especificamente, relacionados aos cuidados de saúde, sistema de saúde e informação, Canguilhem (2006) infere que, na maioria das vezes, não foi dada a esta mulher a possibilidade de decisão sobre o momento mais adequado para a realização da histerectomia, nem sobre o tempo necessário à reorganização de suas atividades cotidianas pessoais e profissionais. Refletindo o planejamento e a ocorrência do procedimento de acordo com as rotinas do serviço de saúde, desconsiderando as dimensões envolvidas no processo de viver feminino.

Logo, ao avaliar as respostas atribuídas a escala, aponta-se a necessidade de maior acesso as informações e aos serviços de saúde. Corroborando com o que é discutido por Moraes et al. (2017), ao enfatizar que é de extrema importância que estas mulheres sejam informadas a respeito de suas limitações e restrições, aliviando a insegurança, receio e angústia possivelmente ocasionada pela perda do órgão. Oferecendo a estas mulheres uma melhor interpretação sobre os motivos e consequências do processo a que foram submetidas (SILVA, 2014).

3.3 QUOCIENTE SEXUAL - VERSÃO FEMININA (QS-F)

A escala do Quociente Sexual – versão feminino (QS-F) inclui 10 questões com resposta em escala de likert de 6 valores: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = aproximadamente 50% das vezes, 4 = a maioria das vezes, 5 = sempre. A pontuação das respostas à Q7 (“Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?”) foi invertida devido a esta questão estar colocada de forma inversa às restantes.

O valor do Alfa de Cronbach de 0,942 é indicador de uma excelente confiabilidade (ou consistência interna) da escala.

3.3.1 Caracterização do desempenho sexual

O escore total da escala foi obtida somando as pontuações das respostas às 10 perguntas e, posteriormente, multiplicando por dois. Dessa forma, o total da escala pode variar entre o mínimo de zero e o máximo de 100 pontos, sendo que quanto mais elevada à pontuação, melhor é o desempenho sexual.

Para a classificação do desempenho sexual, foram considerados os seguintes valores:

- Bom a excelente: 81-100 pontos
- Regular a bom: 61-80 pontos
- Desfavorável a regular: 41-60 pontos
- Ruim a desfavorável: 21-40 pontos
- Nulo a ruim: 0-20 pontos

Os escores das 41 mulheres da amostra variaram entre o mínimo de zero e o máximo de 94 pontos. A média das pontuações foi de 55,5 pontos com DP de 26,3 pontos (Tabela 6).

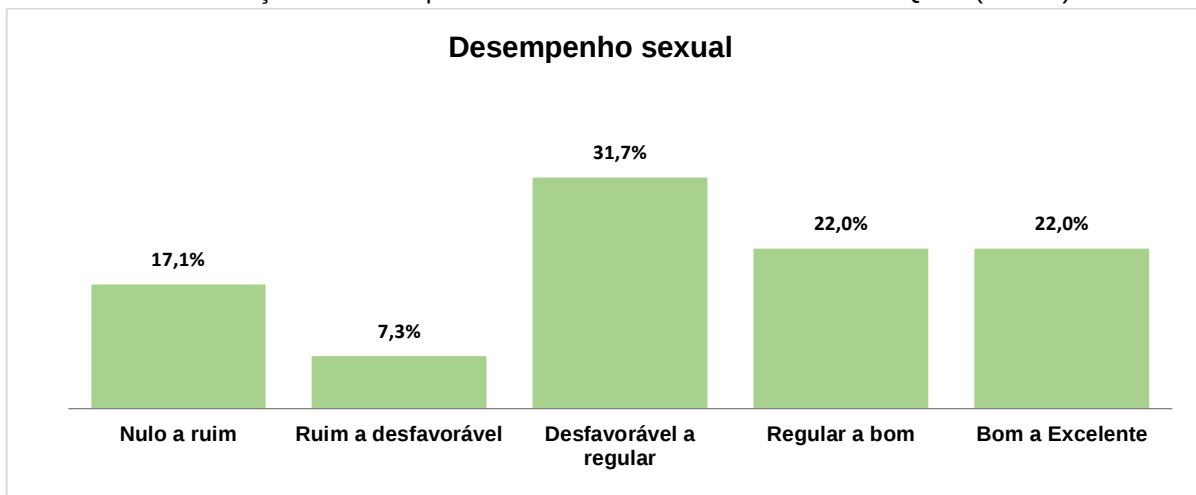
Tabela 6 - Caraterização do desempenho sexual (N = 41).

Variável	Classificação	n	%
Desempenho sexual	Nulo a ruim	7	17,1%
Mínimo - máximo: 0-94	Ruim a desfavorável	3	7,3%
Média (DP): 55,5 (26,3)	Desfavorável a regular	13	31,7%
	Regular a bom	9	22,0%
	Bom a Excelente	9	22,0%

Fonte: Dados da pesquisa

A análise da classificação do desempenho sexual (Tabela 6 e Gráfico 3) mostra que 7, ou seja, 17,1% das mulheres têm desempenho sexual nulo ou ruim, existindo 3 (7,3%) com desempenho ruim a desfavorável e desfavorável a regular 13 (31,7%). Pelo contrário, existem 9 (22,0%) mulheres com desempenho sexual regular a bom e 9 (22,0%) com desempenho bom a excelente.

Gráfico 3 - Classificação do desempenho sexual com base nos escores da QS-F (N = 41).



Fonte: Dados da pesquisa

O desempenho sexual de mulheres submetidas ao procedimento é amplamente discutido na literatura, caracterizado por diferentes opiniões e abordagens, muitas vezes, controversas. Logo, pelo fato de se tratar de um órgão que está associado à capacidade reprodutiva, traz discussões acerca dos prejuízos à qualidade da vida sexual da mulher (TEIXEIRA; BATISTA, 2016).

Sob esta ótica Tozo et al. (2009) referem que as consequências da realização da histerectomia sobre a qualidade de vida sexual são controversas, estando diretamente associadas a sintomas pré-cirúrgicos, condições emocionais, psicológicas e fisiológicas envolvidos na realidade de cada mulher.

Para Iliano, Giannitsas e Constantini (2016), o impacto da histerectomia na função sexual ainda não está claro, e a prevalência de disfunção sexual tem ampla variação, principalmente devido às diferenças metodológicas da cirurgia.

A complexidade do processo também é descrita por Sbroggio, Giraldo e Gonçalves (2009), ao citarem a decorrência da interação dos fatores psicológicos, sociais, religiosos, culturais e educacionais sobre a visão que a mulher obtém do útero e de si mesma.

Desse modo, analisando as respostas do QS-F, observamos que no presente estudo, parte significativa das entrevistadas, referiram desempenho sexual insatisfatório a regular, possivelmente ocasionados pelo impacto do procedimento cirúrgico. Conforme Nunes et al. (2009), isto pode ser explicado pela representação da função biológica e social do útero à sexualidade que, ao ser retirado, possivelmente poderá interferir negativamente na qualidade de vida destas mulheres.

Porém, tal repercussão não se concentra só nos aspectos emocionais. Modificações anatômicas na pelve, que podem levar a alteração do tamanho e/ou formato dos órgãos genitais, dificuldade de penetração vaginal, dispaurenia, interrupção dos suportes anatômicos da resposta sexual, rebaixamento do impulso sexual e do grau de atratividade por redução de níveis hormonais, decorrentes de alterações circulatória, ocasionando em alguns casos, disfunções sexuais, também são citados como possíveis consequências da histerectomia, com repercussão direta na qualidade de vida sexual (ZOBBE et al., 2004).

Vale lembrar que tal desempenho e percepção sexual são influenciados por diversos aspectos, logo, as repercussões da histerectomia dependem de fatores como a idade da mulher, do desejo ou não de futuras gestações, da qualidade da relação com o companheiro, dos benefícios e malefícios da retirada do útero (SILVA; SANTOS; VARGENS, 2010).

Reafirmando o que é abordado por Silva, Santos e Vargens (2010), cada mulher interpreta e vivencia a histerectomia de modos variados, para algumas a cirurgia tem conotação de cura, alívio e resolução de problemas, e para outras, o procedimento traz consigo conflitos e insegurança.

3.4 CORRELAÇÃO DO QUOCIENTE SEXUAL COM A QUALIDADE DE VIDA

Os resultados da Tabela 7 levam a concluir as correlações do quociente sexual com os domínios da QV são todas positivas e significativas. As correlações são particularmente regulares, tendendo à fortes, com os domínios Físicos ($R = 0,386$; $p = 0,013$), Psicológico ($R = 0,437$; $p = 0,004$) e Relações Sociais ($R = 0,483$; $p = 0,001$), indicando que mulheres com alta qualidade de vida nestes domínios, têm um quociente sexual alto.

No que se refere a esses domínios, Muniz (2012) aborda que esta resposta sexual depende de fatores não-orgânicos como a formação cultural, psicológica e sexual. Logo, a repercussão positiva destes aspectos, referenciadas pelas entrevistadas, reflete em um bom nível de qualidade de vida diretamente proporcional ao quociente sexual alto, o que nos leva crer que não se obteve prejuízos nessas facetas.

Observa-se uma correlação positiva significativa do quociente sexual com a satisfação geral sobre a saúde ($R = 0,447$; $p = 0,003$). A correlação com a percepção geral sobre a QV não foi significativa ($R = 0,218$; $p = 0,172$).

Na correlação do quociente sexual com o Domínio Meio Ambiente obteve-se resposta positiva, mas não significativa ($R = 0,283$; $p = 0,073$). Revelando discreta associação do quociente sexual com os seguintes fatores: segurança física, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidado de saúde, informação, recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

Tabela 7 - Correlação do Quociente Sexual (QS-F) com a Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) (N = 41).

Domínios WHOQOL-BREF	Quociente Sexual	
	Coeficiente de Spearman (R)	<i>p</i> -valor
Domínio Físico	0,386	0,013
Domínio Psicológico	0,437	0,004
Domínio Relações Sociais	0,483	0,001
Domínio Meio Ambiente	0,283	0,073
Percepção geral sobre a QV (Q1)	0,218	0,172
Satisfação geral sobre a saúde (Q2)	0,447	0,003

Fonte: Dados da pesquisa

As correlações revelaram que QV das mulheres hysterectomizadas não afetou o quociente sexual, divergindo do estudo de Melo e Barros (2009), Real et al. (2012), que ressaltam as repercussões negativas como a falta do desejo sexual, diminuição da libido, dor durante o ato sexual ressecamento ou queimor vaginal e uma vivência de medo durante a relação sexual, o que prejudica a sua sexualidade.

Diante da análise das respostas, quanto à satisfação e percepção geral sobre a saúde, foram encontradas correlação positiva significativa do quociente sexual com a satisfação geral sobre a saúde ($R = 0,447$; $p = 0,003$). Constatando que as mulheres que relataram maior satisfação com a saúde apresentaram maior quociente sexual.

Estes dados corroboram com o que é discutido por Mulhal et al. (2008), ao enfatizarem que o bem-estar geral está associada a uma saúde sexual satisfatória. Semelhantemente ao que é exposto por Carvalho e Lemos (2017, p. 212) “a sexualidade de uma mulher está na forma como ela se expressa em sua vida, em seu meio; dá o tom a sua maneira de conduzir a sua vida”.

No entanto, a correlação com a percepção geral sobre a QV não foi significativa ($R = 0,218$; $p = 0,172$) neste estudo, apontando uma baixa associação quanto à forma que estas mulheres avaliam sua qualidade de vida e as implicações da mesma no quociente sexual.

3.5 RELAÇÃO DO QUOCIENTE SEXUAL E DA QUALIDADE COM VARIÁVEIS DO PERFIL SOCIOECONÔMICO

3.5.1 Relação com variáveis socioeconômicas

Na Tabela 8, são apresentados os resultados da correlação da qualidade de vida (domínios, Q1 - percepção sobre a QV e Q2 - satisfação com a saúde) e do quociente sexual com a idade, o número de filhos, a escolaridade e a renda familiar.

As correlações da QV com a idade, com o número de filhos, com a escolaridade e com a renda familiar são todas próximas de zero e não significativas, indicando que não existe correlação entre estas variáveis em nenhum dos domínios da QV.

A correlação do quociente sexual com a idade ($R = -0,038$; $p = 0,815$) e com o número de filhos ($R = -0,264$; $p = 0,096$) é também próxima de zero e não significativa, revelando que o quociente sexual não depende da idade nem do número de filhos.

Pelo contrário, o quociente sexual está positivamente correlacionado com a escolaridade ($R = 0,470$; $p = 0,006$) e com a renda familiar ($R = 0,347$; $p = 0,026$), mostrando que quanto maior é o nível de escolaridade e quanto mais elevada é a renda familiar, melhor é o quociente sexual.

Tabela 8 - Correlação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do Quociente Sexual (QS-F) com variáveis sociodemográficas (N = 41).

Domínios	Idade	Nº filhos	Escolaridade	Renda familiar
QV - Domínio Físico	R = 0,002 <i>p</i> = 0,991	R = -0,242 <i>p</i> = 0,127	R = 0,116 <i>p</i> = 0,521	R = 0,290 <i>p</i> = 0,066
QV - Domínio Psicológico	R = 0,050 <i>p</i> = 0,758	R = -0,258 <i>p</i> = 0,103	R = 0,044 <i>p</i> = 0,810	R = 0,241 <i>p</i> = 0,129
QV - Domínio Relações Sociais	R = -0,101 <i>p</i> = 0,531	R = -0,177 <i>p</i> = 0,268	R = 0,145 <i>p</i> = 0,421	R = 0,077 <i>p</i> = 0,633
QV - Domínio Meio Ambiente	R = 0,057 <i>p</i> = 0,725	R = -0,115 <i>p</i> = 0,473	R = 0,148 <i>p</i> = 0,412	R = 0,298 <i>p</i> = 0,059
QV - Percepção geral sobre a QV (Q1)	R = -0,147 <i>p</i> = 0,360	R = -0,105 <i>p</i> = 0,515	R = -0,179 <i>p</i> = 0,319	R = 0,098 <i>p</i> = 0,541
QV - Satisfação geral sobre a saúde (Q2)	R = 0,049 <i>p</i> = 0,763	R = -0,092 <i>p</i> = 0,567	R = -0,001 <i>p</i> = 0,994	R = 0,148 <i>p</i> = 0,356
Quociente Sexual (QS-F)	R = -0,038 <i>p</i> = 0,815	R = -0,264 <i>p</i> = 0,096	R = 0,470 <i>p</i> = 0,006	R = 0,347 <i>p</i> = 0,026

Fonte: Dados da pesquisa

(1) R – Coeficiente de Correlação de Spearman; (2) *p* – valor de significância.

No que diz respeito à escolaridade, a literatura existente se assemelha com os resultados desta correlação, inferindo que mulheres com maior nível de instrução apresentam níveis elevados de função sexual. Devido ao maior acesso a informações e recursos que podem potencializar a qualidade e riqueza de suas experiências sexuais (LAUMANN; PAIK; ROSEN, 1999; ROSEN et al., 1993; VILARINHO, 2010).

Sobre a relação com a renda familiar, Basson (2005) descreve que a realidade vivenciada por mulheres de baixa renda, expostas na maioria das vezes às precárias condições de saúde, trabalho e lazer, afetam negativamente a qualidade de vida, e consequentemente a função sexual.

3.5.2 Relação com variáveis clínicas

Não se observaram correlações significativas do tempo após a cirurgia nem com a QV nem com o quociente sexual ($p > 0,05$) (Tabela 9).

Tabela 9 - Correlação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do Quociente Sexual (QS-F) com o tempo pós-cirurgia (N = 41).

Domínios	Tempo pós-cirurgia	
	Coefficiente de Spearman (R)	<i>p</i> -valor
QV - Domínio Físico	0,104	0,518
QV - Domínio Psicológico	0,053	0,741
QV - Domínio Relações Sociais	0,059	0,713
QV - Domínio Meio Ambiente	0,155	0,333
QV - Percepção geral sobre a QV (Q1)	-0,218	0,172
QV - Satisfação geral sobre a saúde (Q2)	0,084	0,600
Quociente Sexual (QS-F)	0,213	0,182

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme a tabela 10, verificou-se que não existem neste estudo diferenças significativas entre as mulheres que usam hormônio e as que não usam hormônio ($p > 0,05$) quanto à qualidade de vida ou ao quociente sexual.

Tabela 10 - Comparação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do Quociente Sexual (QS-F) quanto à utilização de hormônio (N = 41).

Teste	Utiliza hormônio		Teste de Mann-Whitney
	Não (n = 31) Média (DP)	Sim (n = 10) Média (DP)	
QV - Domínio Físico	61,03 (19,57)	63,80 (20,67)	$p = 0,823$
QV - Domínio Psicológico	66,55 (14,79)	68,20 (14,82)	$p = 0,893$
QV - Domínio Relações Sociais	62,13 (19,66)	71,90 (18,67)	$p = 0,300$
QV - Domínio Meio Ambiente	57,77 (14,87)	60,10 (16,19)	$p = 0,940$
QV - Percepção geral sobre a QV (Q1)	3,87 (0,76)	3,70 (0,82)	$p = 0,665$
QV - Satisfação geral sobre a saúde (Q2)	3,39 (1,05)	3,90 (0,88)	$p = 0,247$
Quociente Sexual (QS-F)	51,55 (25,67)	67,60 (25,75)	$p = 0,081$

Fonte: Dados da pesquisa

Resultado semelhante foi encontrado em estudo transversal desenvolvido por Zahar et al. (2005) no qual foi observado que não existia diferença na qualidade de vida entre mulheres usuárias e não usuárias de terapia hormonal. Lorenzi et al. (2006) ratifica tal resultado, ao descrever em sua pesquisa que a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) não estava associada a qualidade de vida, enfatizando que diversos fatores de cunho biológico, social, cultural e psicológico são influentes para aquisição ou manutenção da mesma.

Sobre a TRH em mulheres histerectomizadas, podendo ser realizada com estrógenos de origem natural e conjugada, por via oral, tópico, subcutâneo, intranasal e dentre outras (SOBRAC, 2018).

Conforme Rozenberg, Vandromme e Antoine (2013), a adoção deste método hormonal proporciona melhora da qualidade de vida devido à diminuição de sintomas vasomotores, insônia e labilidade de humor nas mulheres sintomáticas. No entanto, para Oliveira e Costa (2015), apesar de caracterizar-se como uma opção terapêutica para a melhoria da qualidade de vida, a presença de riscos deve ser considerada. O que muitas vezes leva as estas pacientes a procurarem outras opções de tratamento não hormonal.

Quanto à esfera sexual, entre as principais indicações da TRH destaca-se o alívio de sintomas climatéricos relacionados à disfunção sexual (CHUERY et al., 2001). Entretanto, em estudo realizado com o objetivo de avaliar a qualidade da vida sexual de mulheres entre 40 e 60 anos e sua possível correlação com a TRH, concluiu-se que a terapia não foi uma variável que interferiu significativamente na prevenção ou solução da disfunção sexual (BRITO; MAKIAMA, 2008).

Também não existem diferenças significativas entre as mulheres hipertensas e não hipertensas ($p > 0,05$) nem quanto à QV nem quanto ao quociente sexual ($p > 0,05$) (Tabela 11).

Tabela 11 - Comparação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do Quociente Sexual (QS-F) quanto à hipertensão (N = 41).

Teste	É hipertensa		Teste de Mann-Whitney
	Não (n = 28) Média (DP)	Sim (n = 13) Média (DP)	
QV - Domínio Físico	61,04 (20,32)	63,15 (18,70)	$p = 0,730$
QV - Domínio Psicológico	66,07 (16,50)	68,85 (9,75)	$p = 0,793$
QV - Domínio Relações Sociais	63,43 (21,13)	66,85 (16,57)	$p = 0,750$
QV - Domínio Meio Ambiente	57,89 (16,00)	59,31 (13,22)	$p = 0,648$
QV - Percepção geral sobre a QV (Q1)	3,75 (0,75)	4,00 (0,82)	$p = 0,298$
QV - Satisfação geral sobre a saúde (Q2)	3,36 (0,99)	3,85 (1,07)	$p = 0,168$
Quociente Sexual (QS-F)	51,86 (25,50)	63,23 (27,36)	$p = 0,128$

Fonte: Dados da pesquisa

Apesar disso, sabe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica influencia significativamente nas modificações na QV, uma vez que atua sobre a capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZ, 2008).

Sob esta ótica, Ribeiro et al. (2015) reiteram que a diminuição da QV está possivelmente ligada a casos mais graves da patologia, por isso é de suma

importância manter bons hábitos de vida para que estas complicações não afetem a QV de pessoas acometidas por elas.

Quanto à diabetes, os resultados da Tabela 12 mostram que as mulheres diabéticas têm pior quociente sexual e pior qualidade de vida em todos os domínios, comparativamente com as não diabéticas. No entanto, as diferenças entre os dois grupos apenas são estatisticamente significativas no domínio Relações Sociais da QV ($p = 0,048$).

Tabela 12 - Comparação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do Quociente Sexual (QS-F) quanto à diabetes (N = 41).

Teste	É diabética		Teste de Mann-Whitney
	Não (n = 37) Média (DP)	Sim (n = 4) Média (DP)	
QV - Domínio Físico	62,14 (19,74)	57,75 (20,71)	$p = 0,687$
QV - Domínio Psicológico	67,43 (14,98)	62,50 (11,50)	$p = 0,382$
QV - Domínio Relações Sociais	65,89 (19,94)	51,75 (11,84)	$p = 0,048$
QV - Domínio Meio Ambiente	58,57 (14,60)	56,25 (21,09)	$p = 0,849$
QV - Percepção geral sobre a QV (Q1)	3,89 (0,77)	3,25 (0,50)	$p = 0,101$
QV - Satisfação geral sobre a saúde (Q2)	3,57 (1,04)	3,00 (0,82)	$p = 0,274$
Quociente Sexual (QS-F)	56,59 (26,99)	45,00 (18,07)	$p = 0,359$

Fonte: Dados da pesquisa

A patologia representa um problema de saúde pública, por se tratar de uma doença crônica e progressiva, prevalente e frequente. Segundo Pires e Pereira (2012, p.130), “a diabetes têm repercussões em diversas áreas da vida do paciente, exercendo um impacto negativo na sua qualidade de vida”, principalmente para aqueles que apresentam complicações tardias e níveis glicêmicos não controlados.

Desse modo, é de extrema importância que o paciente esteja comprometido com a adesão ao tratamento, exigindo do mesmo a adoção criteriosa de um regime terapêutico e coparticipação, quase que total, nos cuidados diários para adequado controle metabólicos. O que inclui uso regular de medicamentos, prática de exercícios físicos, alimentação saudável e adoção de hábitos saudáveis. Refletindo em mudanças no estilo de vida do paciente, que conseqüentemente podem interferir na qualidade de vida (CHIBANTE et al., 2014; FARIA et al., 2013; FERREIRA; SANTOS, 2009).

No que diz respeito ao quociente sexual, afirma que existem fatores biológicos, psicológicos e sociais que concorrem ao longo do curso da diabetes para provocar alterações na resposta sexual. Sob esta ótica, em estudo realizado com

240 pacientes diabéticos do ambulatório de um Hospital da Califórnia foi revelado prevalência de disfunções sexuais nas mulheres, sugerindo que tal dado tem relação com variáveis psicológicas, como depressão e fragilidade no ajustamento cognitivo à diabetes (ENZLIN et al., 2003).

Quanto ao consumo de álcool, não existem diferenças significativas entre as mulheres etilistas e não etilistas ($p > 0,05$) nem quanto à QV nem quanto ao quociente sexual ($p > 0,05$) (Tabela 13).

Tabela 13 - Comparação da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e do Quociente Sexual (QS-F) quanto ao etilismo (N = 41).

Teste	É etilista		Teste de Mann-Whitney
	Não (n = 28) Média (DP)	Sim (n = 13) Média (DP)	
QV - Domínio Físico	59,79 (21,23)	65,85 (15,52)	$p = 0,398$
QV - Domínio Psicológico	65,89 (15,80)	69,23 (11,97)	$p = 0,533$
QV - Domínio Relações Sociais	63,21 (22,24)	67,31 (12,74)	$p = 0,552$
QV - Domínio Meio Ambiente	57,68 (16,61)	59,77 (11,32)	$p = 0,688$
QV - Percepção geral sobre a QV (Q1)	3,79 (0,83)	3,92 (0,64)	$p = 0,709$
QV - Satisfação geral sobre a saúde (Q2)	3,36 (1,10)	3,85 (0,80)	$p = 0,226$
Quociente Sexual (QS-F)	55,07 (28,54)	56,31 (21,75)	$p = 0,814$

Fonte: Dados da pesquisa

Valentim, Santos e Ribeiro (2014) enfatizam que a relação entre QV no âmbito do alcoolismo ainda é insuficiente, apontando a necessidade de investimento em pesquisas acerca do tema. Logo, apesar dos resultados apontados neste estudo, os autores reforçam a cronicidade da doença, enfatizando que as condições clínicas têm efeitos prejudiciais ao bem-estar e QV.

Em conformidade a isso, especificamente em relação às mulheres, expõe-se que “a vulnerabilidade para o desenvolvimento de complicações clínicas é maior entre as mulheres, e as mesmas sofrem mais risco de mortalidade que os homens” (NOBREGA; OLIVEIRA, 2005, p. 817).

O efeito do álcool sobre a sexualidade também é discutido por Nobrega e Oliveira (2005) ao afirmar que pequenas doses de álcool podem inibir a resposta fisiológica da mulher a estímulos sexuais, influenciando tanto no aspecto orgânico quanto estético.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo realizado junto às mulheres hysterectomizadas possibilitou o despertar para um novo olhar frente à figura feminina, a partir das diferentes representações sociais diante a uma extirpação uterina.

Quanto ao perfil socioeconômico das mulheres hysterectomizadas do HMML, em que sua maioria pertencia à faixa etária de 51 a 60 anos, de cor parda, quanto à profissão, predominaram as mulheres do lar/domésticas, com o ensino médio completo, casadas, tendo de quatro ou mais filhos, renda familiar de três salário mínimos e tempo médio após cirurgia das 41 mulheres foi de 3,9 anos.

Quanto ao perfil clínico constatou-se que a maioria dessas mulheres não fazia uso de bebida alcoólica, e que o diagnóstico prevalente foi de miomas uterinos e a cirurgia realizada nestes casos foi a hysterectomia. A maioria das mulheres considera que a sua QV é boa (53,7%). Quanto à satisfação com a saúde, um pouco mais de metade referiram estar satisfeitas (36,5%). A análise das médias dos escores de cada dimensão mostra melhor qualidade de vida no Domínio Psicológico. Quanto à caracterização do desempenho sexual 13 mulheres, ou seja, 31,7% mostraram desempenho sexual desfavorável a regular. No entanto, as correlações do quociente sexual com os domínios da qualidade de vida são todas positivas e significativas.

Compreende-se, ainda, que a hysterectomia foi considerada uma forma de "cuidado de si", bem como uma maneira de resgatar a autoestima da mulher, o que confere ao procedimento uma ressignificação. Verificou-se que a hysterectomia foi para algumas mulheres uma forma de resgatar a vida social, uma vez que a maioria das mulheres após o procedimento obteve melhor score de QV, com a melhora dos sintomas.

Acredita-se que tais aspectos vêm a contemplar as questões relacionadas à qualidade de vida das mulheres em processo de hysterectomia. No decorrer da pesquisa foi observado que, após a cirurgia, as mulheres passaram a construir outras representações, frente ao impacto da retirada do útero. As participantes que já possuíam filhos objetivaram, em sua grande maioria, satisfação e alívio, sentimentos ligados à solução dos problemas advindos do quadro clínico, o que lhes permitiu readquirirem sua qualidade de vida, entender que houve uma importante mudança em relação ao significado da perda do útero, caracterizando, dessa forma, uma nova representação social da mulher frente à hysterectomia. Isso significa que

uma cirurgia antigamente considerada mutilante, arraigada de tabus e mitos, poderá gerar sentimento de alívio e satisfação, contribuindo, assim, para uma melhor QV da mulher. Notamos, ainda, a partir desta pesquisa, que é essencial a disponibilização de um espaço de escuta para as mulheres submetidas à histerectomia, nos vários segmentos do SUS, Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas e ambulatórios.

Portanto, deve-se investir nesses espaços de discussão e escuta, a respeito do viver sem útero, da feminilidade e sexualidade, possa prevenir conflitos pessoais e conjugais ocasionados pela falta de problematização dessas questões. Em suma, pensamo-nos que a possibilidade de dispor de novos espaços de cuidado em saúde favorece o vínculo profissional-sujeito, e garante também que as angústias e sofrimentos advindos de uma histerectomia sejam amenizados.

Os instrumentos de fundamentais importância para que a usuária seja atendida na concepção do cuidado como ação integral, são as rodas de conversas, palestras voltada para este grupo, espaço para que ela possa falar e tirar suas dúvidas e angústias, tendo como base uma equipe multiprofissional, através dela, é possível a formação de vínculos, a construção de relações de acolhimento, centrado no respeito as diferenças culturais e sociais, relacionado a quem cuida e quem recebe o cuidado.

Tais estratégias de acolhimento às mulheres histerectomizadas reafirma a carência de políticas públicas garantam um atendimento qualificado e humanizado àquelas em situação de fragilidade perante seu estado.

Assim, considera-se que este estudo se soma aos estudos científicos realizados em busca de uma maior valorização da mulher, aumentando a gama de conhecimentos em relação às novas conquistas femininas.

REFERÊNCIAS

ABDO, C.H.N. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v.63, n.1-2p. p.42-46, Abr. 2006.

AHUMADA, A.; ALIAGA, P.; BOLÍVAR, N. Enfoque integral de la paciente hysterectomizada. **Revista Hospital Clínico Universidade de Chile**. Santiago: v.3, n. 12. p. 229-34. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000500012>. Acesso em: 22 mar 2016.

AMAPÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Amapá. Hospital Maternidade Mãe Luzia (HMML). **Serviço de Arquivo Médico e Estatística do (SAME/HMML)**. Macapá: Secretaria de Estado da Saúde do Amapá, 2017.

ARAÚJO, T. V. B; AQUINO, E. M. L. Fatores de Risco para a Histerectomia em Mulheres Brasileiras, **Cadernos de Saúde Pública [online]**. Rio de Janeiro: v.19, suppl.2, p.S407-S417. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800022>. Acesso em: 02 abr. 2016.

BARASUOL, M. E. C; SCHMIDT, D.B. Neoplasia do Colo do Útero e seus Fatores de Risco: revisão integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.6 n.3, p.138-53, jul/dez 2014. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/viewFile/312/228>>. Acesso em: 12 mar 2018.

BARKER, CL. et al. The impact of radiotherapy late effects on quality of life in gynaecological cancer patients. **British Journal of Cancer**, v.100, n.10, p.1558 - 1565, 2009.

BARROS, A. P. J; LEHFELD, N.P.S. **Projeto de pesquisa Propostas Metodológicas**. 12ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

BASSON, R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. **CMAJ**, v. 172, n.10, p. 1327-1333, 10 mai. 2005. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.1020174>>. Acesso em: 20 mar 2018.

BERTAN, F. C.; CASTRO, E. K. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. **Revista de Psicologia**. v. 40, n. 3, p. 366-372, 2009.

BONOMI, A. E. et al. Quality of life measurements. Will we never be satisfied? **Journal Clinical Epidemiology**, v. 53, n. 1, p. 19-23, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS – **Departamento de Informática do SUS e RIPSa – Rede Interagencial de Informações para Saúde**. Informações de Saúde. TABNET. SVS- Sistema de Informações Hospitalares. 2015.

BRETT, K. M; MARSH, J. V. R; MADANS, J. H. Epidemiology of hysterectomy in the United States: Demographic and reproductive factors in a nationally representative sample. **Journal of Women's Health**. v.6, n.3, p.309-1625, Jun, 1997. Disponível em: <<https://doi.org/10.1089/jwh.1997.6.309>>. Acesso em: 12 mar 2018.

BRITO, R. C. S; MAKIAMA, S.T. Terapia de Reposição Hormonal e Qualidade da Vida Sexual de Mulheres no Climatério. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v.12, n. 2, p. 245-253, jul/dez. 2008. Disponível em:<<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/9644>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5 n.1, p.163-177, 2000.

CAMANO, L. et al. **Obstetrícia: guias de medicina ambulatorial e hospitalar**. 1^a ed. São Paulo. Manole; 2003.

CANGUILHEM, G. O. **Normal e o patológico**. 5.ed. Rio de Janeiro (RJ). Forense Universitária; 2006.

CARDOSO, B. C; CAMARGO, C. R; FERNANDES, I. Perfil de Mulheres Submetidas a Histerectomia e Influência da Deambulação. **Pleiade**, v.11, n. 21, p.17-24, Jan./Jun., 2017.

CARVALHO, A. L. S. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres submetidas a tratamento para papilomavirus humano. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro: v.11, n.2, p. 248-53, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a10.pdf>. Acesso em: 20 mar 2017.

CARVALHO, H. C. M; LEMOS, Moisés Fernandes. As consequências da histerectomia na sexualidade feminina. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia/MG, v.21, n.1, p.209-224, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/38934>>. Acesso em: 18 mar 2018.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: FLECK, M. P. A. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, v. 1, p. 60-73, 2008.

CHIBANTE, C. L. P. et al. Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.28, n.3, p.235- 243, set-dez 2003. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11909>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

CHUERY, A. C. S. et al. Hormonioterapia na menopausa. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**. v.12, n.1, p.37-39, 2001.Disponível em: <<http://www.ssdigital.com.br/~portalde/ler.php?id=262>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF- 36).

Revista Brasileira de Reumatologia. São Paulo: v. 32, p. 143-150, 1997.

Disponível em:

<http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2016.

CORREA, C. S. L; GUERRA, M. R; LEITE, I. C. G. **Qualidade de vida e função sexual de mulheres submetidas ao tratamento para o câncer do colo do útero.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2014.

CUAMATZI, P. M. T. **Histerectomia decorrente de complicações do parto em um grupo de mulheres mexicanas: uma visão sociocultural.** P. 31. Tese

[Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2004.

ENZLIN, P. et al. Prevalence and Predictors of Sexual Dysfunction in Patients with Type 1 Diabetes. **Diabetes. Epidemiology/Health Services/Psychosocial Research**, v.26, n.2, p.409-414, 2 fev. 2003. Disponível em:

<<https://pdfs.semanticscholar.org/25aa/d4b703bb9e89b70a62b0ea74cde82b38199f.pdf>>Acesso em: 10 abr. 2018.

FARIA, H.T.G. et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Revista escola de enfermagem.** USP, São Paulo, v.47, n. 2, p.348-354, abr. 2013. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200011>. Acesso em: 10 abr. 2018.

FERREIRA, F. S.; SANTOS, C. B. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela Equipe de Saúde da Família. **Revista de enfermagem.** UERJ, Rio de Janeiro, n. 3, jul./set. 2009. Disponível em: <

<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a19.pdf>>. Acesso em 18 abr. 2018.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva:** v.5, n.1, p. 33-38, 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 mar. 2016.

FLECK, M.P. et al. Desenvolvimneto da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria.** v.21, n.1, p.21-8. 1999.

FLECK, M.P.A. **A Avaliação de Qualidade de Vida: Guia para Profissionais da Saúde.** 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 28, 2008.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOETSCH, M. F. The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations. **American journal of Obstetrics & Gynecology.** v.192, n.6, p.1922-1927, 2005.

GOLLOP, T. R. et al. Histerectomia vaginal em útero sem prolapso – experiência de 6 anos. **Einstein**, São Paulo, v.4, n.10, p.462-500, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n4/pt_v10_n4a12.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

ILLIANO, E. GIANNITSAS, K; COSTANTINI, E. Hysterectomy and Sexuality. **First Published**, p.03-26. Jun. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **“Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015”**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico: Características da População e dos Domicílios: Resultados do Universo**. 2016. Disponível: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)**. Brasília: trimestral, 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA. **“Nota técnica – Mulheres e trabalho: breve análise do período, 2004-2014**. IPEA: Brasília, 2015.

LAUMANN, E.O.; PAIK, A; ROSEN, R. C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. **Journal of the American Medical Association**, v.281, n.6, p.537-544, 10 fev. 1999. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188762>>. Acesso em: 20 mar 2018.

LEITE, F. T. **Metodologia Científica: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros**. 1ª ed. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2008.

LELLIS JÚNIOR, G. C. et al. Histerectomia total após mioma uterino gigante refratário a tratamento conservador e causador de sangramento uterino anormal e profuso. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.21(4 Supl 6), p.106-108, 2011. Disponível em: <<http://rmmg.org/exportar-pdf/759/v21n4s6a30.pdf>>. Acesso em: 26 mar 2018.

LEMGRUBER, I. LEMGRUBER, M.. **Histerectomias**. In: Carneiro de O. H. & Lemgruber, I. Tratado de ginecologia. p. 1383-1394. Rio de Janeiro: FEBRASGO Vol. II, 2001.

LIMA, M. O. P. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico**. Dissertação (Mestrado). Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

LISBOA, V.C. **Estudo Comparativo entre Histerectomia Abdominal e Vaginal sem Prolapso Uterino**. Dissertação [Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/82718>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

LORENZI, D. R. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.52, n.5, p.312-317, 2006. Disponível em:<ISSN 0104-4230. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000500017>>. Acesso em: 18 abr 2018.

LOUREIRO, M. C. Histerectomia: Possíveis alterações sexuais e influencias do nível sócio econômico. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília: v.17, n.2, p. 12-19,1997. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931997000300003>. Acesso em: 15 abr. 2016.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 1ª ed. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, L. V.; MACHADO, I. P. **Sexualidade e TRH**. Belo Horizonte (MG): FCM; 2000.

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARÔCO, J. **Análise Estatística com o SPSS Statistics**. 5ª ed. Portugal. Editora Report Number, 2011.

MATOS, D.R. **Qualidade de vida e reabilitação: casos cirúrgicos de artroplastia total do quadril**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J. C. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MELO, M. C. B; BARROS, E. N. Histerectomia e Simbolismo do Útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar [online]**. v.12, n.2. p.80-99, 2009. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582009000200008 Acesso em: 10 out. 2017.

MELO, S. C. C. S. et al. Alterações Citopatológicas e Fatores de Risco Para a Ocorrência do Câncer de Colo Uterino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.4, p. 602-8. out/dez 2009. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472009000400004>. Acesso em: 12 de março de 2018.

MERIGHI, M.A.B. et al. **Experiências e expectativas de mulheres submetidas à histerectomia**. Texto contexto. v.21, n.3, p.608-615. 2012.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.5, n.1, p.7-18, 2000. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002>. Acesso em: 05 maio 2016.

MONTGOMERY, M; BERESTEIN, E; E MARCOLINI, T. Aspectos psicossomáticos e sexuais da cirurgia ginecológica. In: Carneiro de Oliveira, H. & Lemgruber, I. **Tratado de ginecologia**: FEBRASGO. Vol.II. 1353-1365. Rio de Janeiro, 2002.

MORAES, A.P. et al. A influência da cirurgia de histerectomia na vida psíquica da mulher. **Revista Uningá**, [S.l.], v. 19, n. 1, out. 2017.

MULHALL, J. et al. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: results of the global better sex survey.

The journal of sexual medicine. [online], v.5, n.4, p.788-795, abr. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18284556>>.

MUNIZ, J. N. **Histerectomia e Sexualidade**. Monografia (Graduação). Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia, 2012.

NÓBREGA, M. P. S. S.; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.5, p.816-823, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500018>. Acesso em: 15 abr. 2018.

NOVATO, T. S; GROSSI, S. A. A; KIMURA, M. Instrumento de Qualidade de Vida para Jovens com Diabetes (IQVJD). **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre: v.28, n.4, p. 512-9, 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3112>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

NUNES, M. P. R. S. et al. Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver. **Escola Anna Nery [online]**. v.13, n.3, p.574-58, 2009. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300017>.

ODGEN, J. **Psicologia da Saúde**. 2ª ed. Portugal. Climepsi Editores, 2005.

OLIVEIRA, B. M; COSTA, L. P. L. Influência dos hormônios sexuais na qualidade de vida em mulheres no climatério: revisão de literatura. **Revista Ciencia e Saberes**. [online]. v.1, n.1, p.99-104, Ago-Out, 2015. Disponível em: <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/34/11>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição**. Nova York: OMS, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição**. Nova York: OMS, 1994.

PAGANI, T; PAGANI JUNIOR, C. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. **Ensaio e Ciência Brasil**, v. 1, n. 1, p. 32-37, 2006.

PATRICK, D. L; DEYO, R. A. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. **Medical Care**, v. 27, n. 3, p. 217-32, mar, 1989.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A. Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes. **Revista eletrônica FAFIT/FACIC**, v. 01, n. 01, p. 01-09, jan./jun. 2010.

PEÑA, C.M.T. **Histerectomia decorrente de complicações do parto em um grupo de mulheres mexicanas: uma visão sociocultural**. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Saúde Pública, 2004.

PENGA, V. M., RUMIN, C. R. Vivências afetivas e o sofrimento de mulheres histerectomizadas. **Revista Omnia Saúde**, v. 5, n. 2, p. 1-14, 2008.

PINOTTI, S; MANTOVANI, M F; GIACOMOZZI, L. M. Percepção sobre a Hipertensão Arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare enfermagem**. v.13, n.4, p. 526-534, 2008.

PIRES, V; PEREIRA, M. G. Ajustamento conjugal, qualidade de vida, crenças sexuais e funcionamento sexual em pacientes diabéticos (as) e parceiros(as). **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.128-147, dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000200010>. Acesso em 18 abr. 2018.

POWER, M. J; GREEN, A. M. Development of the WHOQOL. Disabilities module. **Quality of Life Research**, v.19, n.4, p. 571-584, 2010.

REAL, A. A. et al. Os Efeitos da Histerectomia Sobre a Sexualidade Feminina. **Revista Saúde (Santa Maria)**. Santa Maria: v. 38, n. 2, p. 123-130, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/viewFile/6581/pdf> . Acesso em: 10 out. 2017.

REICH H. Issues Surrounding Surgical Menopause. **The Journal of Reproductive Medicine**, v.46, n.3, p.297-306, Mar, 2001. Disponível em: < <http://europepmc.org/abstract/med/11304878>>.

REIS JÚNIOR, D.R. **Qualidade de vida no trabalho: construção e validação do questionário QWLQ-78**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2008. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp080680.pdf>. Acesso em: 30 jul 2017.

RIBEIRO, J. S. et al. Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária a Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.39, n.105, p.432-440, abr/jun.2015. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00432.pdf Acesso em: 15 abr. 2018.

ROCHA, N. S. et al. **Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-SRPB)**. In: A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ROSEN, R. C. et al. Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. **Journal of Sex and Marital Therapy**, v.19, n.3, p.171-188, fev. 1993. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/14953564_Prevalence_of_sexual_dysfunction_in_women_Results_of_a_survey_study_of_329_women_in_an_outpatient_gynecological_clinic>. Acesso em: 15 abr. 2018.

ROZENBERG, S; VANDROMME, J; ANTOINE, C. Postmenopausal hormone therapy: risks and benefits. **Focus on the ageing endocrine system**, v.9, p.216-227, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.bbcbonehealth.org/sites/bbc/files/documents/nrendo.2013.17.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SANTOW, G; BRACHER, M. Correlates of hysterectomy in Australia. **Social Science and Medicine**, v.34, n.8, p.929-942, abr 1992. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90261-N](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90261-N)>. Acesso em: 26 mar 2018.

SBROGGIO, A. M. R.; GIRALDO, P. C.; GONÇALVES, A. K. S. A preservação da feminilidade após a remoção do útero. **RBM Revista brasileira de medicina**, v. 66, n. 8, p. 260-263, 2009.

SBROGGIO, A. M. R; OSIS, M. J. M. D; BEDONE, A. J. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo. v.51, n.5, p.270-274, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302005000500018>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

SCHULZ, R. B. et al. Validação do Mini-Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial(MINICHAL) para o Português (Brasil). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.90, n.2, p.139-144, 2008.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v.20, n.2, p. 580- 588, 2004.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SETTNES, A; JORGENSEN, T. Hysterectomy in a Danish cohort. Prevalence, incidence and socio-demographic characteristics. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v.75, n.3, p. 274-80, mar, 1996. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8607343>>. Acesso em: 26 mar 2018.

SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hipertensos**. Tese. [Doutorado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

SILVA, C. M. C.; SANTOS, I. M. M.; VARGENS, O. M. C. A Repercussão da Histerectomia na Vida de Mulheres em Idade Reprodutiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 14, n. 1, p. 76-82, jan-mar 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a12> Acesso em: 10 out. 2017.

SILVA, P. L. N. Perfil das mulheres hysterectomizadas: uma revisão bibliográfica. **EFDeportes com Revista Digital**, Buenos Aires, v.19, p.191, abr. 2014. Disponível em:< <http://www.efdeportes.com/efd191/perfil-das-mulheres-histerectomizadas.htm>>. Acesso em: 26 mar 2018.

SOBRAC. Sociedade Brasileira de Climatério - SOBRAC. **Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Saúde da Mulher Climatérica**. Uol. Rio de Janeiro, 18 ago 2018. Disponível em:< <http://p.download.uol.com.br/menopausa/Consenso%20-%20Menopausa.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

SOUSA, L. P. et al. Histerectomia total e subtotal: ha diferença quanto ao impacto na sexualidade?. **Revista R e P Rod C L Im**, Minas Gerais, v. 28, n. 3, p. 117-121, jun. 2013. Disponível em:< <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208714000028#!>>. Acesso em: 26 mar 2018.

_____. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**. v. 46, p. 1569-85, 1998.

TEIXEIRA, MR. BATISTA, EC. Vivências Cotidianas da Mulher Histerectomizada: Narrativas e Contextos: **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva**. v. 1, n. 2, p. 91, Faculdade São Paulo – FSP, 2016.

TESTA, M. A; SIMONSOM, D. C. Assesment of quality of life outcomes. New. **English Journal**. v. 334, n. 13, p. 835-40, Med; 1996.

THE WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v.10, p.1403-1409, 1995.

TOZO, I. M. et al. Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à hysterectomia para tratamento do leiomioma uterino. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**: v.31, n.10, p. 503-507, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009001000006>>. Acesso em: 11 mar. 2016.

VALENTIM, O; SANTOS, C; RIBEIRO, J. P. Qualidade de vida e percepção da doença em pessoas dependentes do álcool. **Psicologia Saúde & Doenças**. Lisboa, v.15, n.1, p.262-277, mar. 2014. Disponível em:< http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000100021>. Acesso em: 20 abr. 2018.

VASCONCELOS, P. O. **Qualidade de Vida em Pessoas Submetidas à Cirurgia Bariátrica em Momentos Pré e Pós-Cirúrgico**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica de Goiás Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. nov, 2006.

VILARINHO, S. M. C. S. **Funcionamento e Satisfação Sexual Feminina: Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspectos biológicos e contextuais**. Coimbra, p. 522, 2010.

VILLAR, A. S. E, SILVA, L. R. História de vidas de mulheres submetidas à histerectomia. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 9, n. p. 479-486. Jul/Set. 2010.

VOLPATO, D. C; BECKER, T. C. A. Prevalência dos fatores de risco para histerectomia em um hospital da região noroeste do Paraná. **Saúde e Pesquisa**, v.6, n.1, p. 61-68, jan./abr, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2703/1846>.

WARE, J. E.; SHERBOURNE C. D. The MOS 36 Item Short - and item selection. **Medicine Care**. v. 30, p.473-83, 1992.

WINKELMANN, E.R; MANFROI, W.C. Qualidade de vida em cardiologia. **Revista HCPA**, v.28, n.1, p.49-53, 2008.

ZAHAR, S. E. V. et al. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v.51, n.3, p.133-138, Mai/Jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000300012. Acesso em 19 mar 2018.

ZAPPAROLI, A. S. **Promoção da saúde do trabalhador de enfermagem: análise da prática segura do uso de luvas na punção venosa periférica**. 2005. 87 f. Dissertação. [Mestrado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

ZIPEL, R.; FLECK, M. P. A. **WHOQOL-HIV: desenvolvimento, aplicação e validação**. In: FLECK, M. P. A. et al. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZOBBE, V. et al. Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. **Acta Obstetricia at Gynecologia Scandinavia**. Denmark, v.83, n.2, p.191-196, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde solicito seu consentimento, através da assinatura deste termo, para entrevistá-lo (a), bem como utilizar os dados obtidos do seu depoimento em publicações e eventos científicos destinados a divulgar os resultados desta pesquisa. A mesma é de responsabilidade da pesquisadora Nádia Cecília Barros Tostes e orientada pela Profª Drª Anneli Mercedes Celis Cárdenas e, tem como título: “QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES HISTERECTOMIZADAS”.

Nosso objetivo é identificar o impacto da histerectomia na qualidade de vida dessas mulheres. Para coleta de seus dados será feita uma entrevista utilizando os questionários Whoqol, e Qsf e também o formulário socioeconômico e clínico, dirigidos pela pesquisadora a você no seu domicílio; A sua participação neste estudo é voluntária, e perguntas podem ser feitas em qualquer momento que você julgar necessário. Mesmo se você decida participar, terá plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem que isso implique em qualquer tipo de prejuízo. Avaliar a qualidade de vida de mulheres histerectomizadas possibilita conhecer o que essas mulheres vivenciam após o procedimento, sentimentos, problemas conjugais, medos e propor mudanças na assistência para com esta população. Descrever como a qualidade de vida dessa mulher é afetada ou não, traz benefícios imensuráveis, uma vez que se percebeu carência em pesquisas voltadas para a assistência a esta clientela no estado do Amapá. Avaliar como está a qualidade de vida de mulheres que se submetem a histerectomia é compreender como elas necessitam de cuidado diferenciado, uma vez que não se trata apenas de um órgão que foi extirpado, e sim do conjunto de valores cognitivos, afetivos, fisiológicos e sociais que são envolvidos neste processo. Dessa forma, este estudo terá riscos mínimos para as mulheres, uma vez que se pretende avaliar a qualidade de vida, com intuito de contribuir para melhor assistência a elas prestadas. Portanto os riscos desta pesquisa são mínimos, sendo eles o de constrangimento, choro e vergonha ao relembrar um assunto tão delicado.

Portanto, espera-se que os resultados deste estudo possibilitem contribuir para que os profissionais após a verificação da QV destas mulheres possam prestar uma assistência de qualidade.

A sua identidade será mantida como informação confidencial.

Eu _____ li, e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas e/ou dúvidas foram respondidas a contento. Portanto, consinto voluntariamente participar desta pesquisa.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Nádia Cecília Barros Tostes
Pesquisadora responsável
Tel: (096) 981338757
E-mail:ncbtostes@yahoo.com.br

Anneli Mercedes Celis Cárdenas
Orientadora
Tel: (096) 981121834
E-mail:celismontoya@gmail.com

APÊNDICE B- CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICO E CLÍNICO

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E CLÍNICO	
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	
1 Iniciais: _____	2 Idade: _____
3 Cor: Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena	
4 Situação familiar/Conjugal: Convive com companheiro e filho(s) () Convive com companheiro com laços conjugais e sem filho(s) () Convive com companheiro , filhos e/ou outros familiares () Convive com familiares, com companheira (o) () Convive com outra(s) pessoa(s) sem, sem laços consanguíneos e/ou laços conjugais () Vive só ()	
5- Escolaridade: Analfabeto () Alfabetização () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo () Pós graduação ()	
6- Profissão/ocupação: _____	
7. Renda familiar: 1-2 salário mínimo () 2-3 salários mínimos () 3-4 salários mínimos () 5 ou mais salários mínimos ().	
VARIÁVEIS CLÍNICAS	
1ª Tempo pós cirurgia histerectomia : _____	
2-Utiliza algum hormônio sim() não ()	
3- Hipertensa: sim () Não ()	
4. Diabética: sim () Não ()	
5. Etilista: sim () Não ()	
6. Presença de fatores de risco que levaram a histerectomia: a) Miomas uterinos () b) Câncer de colo de útero c) uso de abortivos () d) Endometriose () e) outros ()	
7. Número de filhos: a)nenhum () b)1-2 () c) 3-4 () d) 4 ou mais ()	

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DO LOCAL DE ESTUDO**TERMO DE CONSENTIMENTO À DIREÇÃO CLÍNICA DO LOCAL DE ESTUDO**

Ao diretor clínico do Hospital da Mulher Mãe Luzia,

_____.

*Com o intuito de desenvolver uma pesquisa que tem como título “**Qualidade de vida de mulheres histerectomizadas**” e sendo responsável a mestrande Nádia Cecília Barros Tostes e a Dra Anneli Celis de Cárdenas, é que solicitamos à vossa senhoria autorização para coletar dados na no SAME e ambulatório de ginecologia do Hospital da Mulher Mãe Luzia. Ressaltando que para tal estudo serão adotados os princípios da ética estabelecida pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando, portanto o sigilo das informações obtidas.*

Ao término do estudo os resultados serão repassados a esta instituição como contribuição ao acervo bibliográfico para os profissionais eu se interessam pela temática.

Antecipadamente agradecemos sua colaboração.

Macapá, _____ de _____ de 2016

Nádia Cecília Barros Tostes
Pesquisadora

Anneli Celis de Cárdenas
Orientadora

ANEXOS**ANEXO A - QUOCIENTE SEXUAL-VERSÃO FEMININA (QS-F)**

Responda esse questionário, com sinceridade, baseando-se nos últimos seis meses de sua vida sexual, considerando a seguinte pontuação:

0 = nunca

1 = raramente

2 = às vezes

3 = aproximadamente 50% das vezes

4 = a maioria das vezes

5 = sempre

1. Você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. As preliminares (carícias, beijos, abraços, afagos etc.) a estimulam a continuar a relação sexual?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Você costuma ficar lubrificada (molhada) durante a relação sexual?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Durante a relação sexual, à medida que a excitação do seu parceiro vai aumentando, você também se sente mais estimulada para o sexo?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. Durante a relação sexual, você relaxa a vagina o suficiente para facilitar a penetração do pênis?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

7. Você costuma sentir dor durante a relação sexual, quando o pênis penetra em sua vagina?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

8. Você consegue se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

9. Você consegue atingir o orgasmo (prazer máximo) nas relações sexuais que realiza?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

10. O grau de satisfação que você consegue com a relação sexual lhe dá vontade de fazer sexo outras vezes, em outros dias?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Resultado = padrão de desempenho sexual: Como somar os pontos:

82-100 pontos: bom a excelente $2 \times (Q\ 1 + Q\ 2 + Q\ 3 + Q\ 4 + Q\ 5 + Q\ 6 + [5 - Q\ 7] + Q\ 8 + Q\ 9 + Q\ 10)$

62–80 pontos: regular a bom (Q = questão)

42-60 pontos: desfavorável a regular

22-40 pontos: ruim a desfavorável

0-20 pontos: nulo a ruim

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!!!!

ANEXO B - WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1-Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2- Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4- O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5- O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6- Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7- O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8- Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9- Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10- Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11- Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13-Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14- Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

	Muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15- Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16-Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17-Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18- Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19- Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20- Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21- Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22- Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23- Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24- Quão satisfeito você está com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25- Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ - UNIFAP 																
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP																
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES HISTERECTOMIZADAS APÓS ABORTO Pesquisador: Nádia Cecília Barros Testes Área Temática: Versão: 2 CAAE: 61964016.1.0000.0003 Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPA Patrocinador Principal: Financiamento Próprio																
DADOS DO PARECER Número do Parecer: 1.885.436																
Apresentação do Projeto: Projeto dentro do esperado para projeto de pesquisa,mas ainda requer pequenos ajustes na sua estruturação. Objetivo da Pesquisa: Objetivo Primário: Avaliar a qualidade de vida de mulheres que se submeteram a histerectomia após um aborto, através do instrumento de QV Whoqol bref e o Quociente Sexual – Versão feminina (QS-F); Objetivo Secundário: Descrever o perfil socioeconômico e cultural das mulheres que foram submetidas a histerectomia pós aborto; Analisar o impacto da histerectomia pós aborto sobre a sexualidade dessas mulheres, através da utilização dos instrumentos WHOQOL – Bref e o Quociente Sexual – Versão feminina (QS-F); Identificar as dimensões mais representativas da QV em mulheres histerectomizadas após o aborto; Avaliação dos Riscos e Benefícios: Os riscos desta pesquisa são mínimos, como contrangimento e sintomas de tristeza sendo que poderá causar contrangimento da mulher ao responder os formulários, tristeza ao lembrar do ocorrido com seu órgão. Avaliar como está a qualidade de vida de mulheres que se submetem a histerectomia é compreender como elas necessitam de																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4">Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Bairro Universidade</td> <td colspan="3">CEP: 68.902-280</td> </tr> <tr> <td>UF: AP</td> <td>Município: MACAPA</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (96)4009-2805</td> <td>Fax: (96)4009-2804</td> <td colspan="2">E-mail: cep@unifap.br</td> </tr> </table>	Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02				Bairro: Bairro Universidade	CEP: 68.902-280			UF: AP	Município: MACAPA			Telefone: (96)4009-2805	Fax: (96)4009-2804	E-mail: cep@unifap.br	
Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02																
Bairro: Bairro Universidade	CEP: 68.902-280															
UF: AP	Município: MACAPA															
Telefone: (96)4009-2805	Fax: (96)4009-2804	E-mail: cep@unifap.br														

cuidado diferenciado, uma vez que não se trata apenas de um órgão que foi extirpado, e sim do conjunto de valores cognitivos, afetivos, fisiológicos e sociais que são envolvidos neste processo. Dessa forma, este estudo terá riscos mínimos para as mulheres, uma vez que se pretende avaliar a qualidade de vida, com intuito de contribuir para melhor assistência a elas prestadas.

Benefícios:

Avaliar a qualidade de vida de mulheres hysterectomizadas possibilita conhecer o que essas mulheres vivenciam após a retirada do útero, sentimentos, problemas conjugais, medos e propor mudanças na assistência para com esta população.

Descrever como a qualidade de vida dessa mulher é afetada ou não, traz benefícios imensuráveis, uma vez que se percebeu carência em pesquisas voltadas para a assistência a esta clientela no estado do Amapá. Portanto, espera-se que os resultados deste estudo possibilitem contribuir para que os profissionais após a verificação da QV destas mulheres, possam prestar uma assistência de qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com Introdução muito ampla, confundindo com a revisão da literatura, objetivos, e justificativa bem fundamentada. OBS: Falta a revisão da literatura ou referencial teórico..... Metodologia: Será realizado um estudo do tipo descritivo exploratório, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. A realização da pesquisa será feita no Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), especializado em saúde da mulher e neonatal e em obstetrícia, localizadas no Estado do Amapá. O grupo que será estudado vai ser constituído por todas as pacientes que se submeteram a hysterectomia após aborto, no HMML, no Município de Macapá, no estado do Amapá, nos anos de 2010 a 2015. Critérios de inclusão:

Serão consideradas participantes do estudo todas as mulheres que se submeteram à hysterectomia pós aborto, nos períodos de 2010 a 2015. Pacientes que tenham condições físicas, mentais e intelectuais para se comunicar e aceitem participar do estudo voluntariamente.

6.3.2 Critérios de exclusão:

Serão excluídas aquelas pacientes que no período do estudo encontrarem-se ausentes, e as que não aceitarem participar do estudo, e que não forem encontradas nos seus domicílios, no período da coleta de dados. Serão utilizados três instrumentos para a coleta de dados, conforme descrição abaixo:

1º Instrumento (APÊNDICE B): Formulário Sociodemográfico e clínico, composto por 12 variáveis.

2º Instrumento (ANEXO A): Questionário WHOQOL- Bref

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280
UF: AP **Município:** MACAPÁ
Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 1.885.436

3º Instrumento (ANEXO B): O coeficiente feminino Quociente Sexual – Versão Feminina.

Os dados serão coletados dos prontuários que se encontram no SAME (Serviço de Arquivamento Médico) do HMML, para fins de identificação das pacientes e busca dos seus endereços.

Os prontuários serão utilizados somente para fins de busca dos participantes do estudo, (endereço, ano da cirurgia). Tendo como base os dados contidos nos prontuários das pacientes, posteriormente após análise desses dados, se fará a busca ativa das pacientes que se submeteram a cirurgia nos anos de 2010 a 2015, para aplicação dos questionários.

Os dados correspondentes a QVRS serão coletados por meio de entrevista estruturada, utilizando os questionários WHOQOL – bref e o coeficiente feminino Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F).

Os questionários whoqol – bref e o coeficiente feminino Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) serão dirigidos pela pesquisadora às pacientes durante a visita em sua residência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados de acordo com a resolução 466/2012

Recomendações:

Recomendações e solicitações foram atendidas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendações e solicitações foram atendidas

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_821881.pdf	20/12/2016 01:02:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_NADIA_para_plataforma.doc	18/12/2016 23:40:03	Nádia Cecília Barros Tostes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.docx	18/12/2016 23:36:58	Nádia Cecília Barros Tostes	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_nova.pdf	18/12/2016 23:31:37	Nádia Cecília Barros Tostes	Aceito
Outros	IMG_0753.JPG	07/11/2016 17:34:34	Nádia Cecília Barros Tostes	Aceito

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280

UF: AP **Município:** MACAPÁ

Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 1.885.436

Outros	IMG_0754.JPG	07/11/2016 00:08:39	Nádia Cecília Barros Tostes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	IMG_0750.JPG	07/11/2016 00:07:09	Nádia Cecília Barros Tostes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPÁ, 04 de Janeiro de 2017

Assinado por:
RAPHAELLE SOUSA BORGES
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280
UF: AP **Município:** MACAPÁ
Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

ANEXO D - DECLARAÇÃO DO HOSPITAL DA MULHER MÃE LUZIA


 GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL DA MULHER "MÃE LUZIA"
 "HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA"



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a realização desta pesquisa intitulada... Qualidade de vida de mulheres histerectomizadas após aborto ...atenderá as exigências do Núcleo de Educação Permanente do Hospital da Mulher Mãe Luzia, ficando os pesquisadores: Nádia Cecília Barros Costa ...

comprometidos à apresentar os resultados da pesquisa realizada, aos profissionais desse hospital, em datas pré-estabelecidas por este setor de Educação Permanente.

Macapá, de _____ de 2016.

Enf. José Ivo de Melo Souza
 Diretor do Geral do HMM/L
 Decreto nº 3975/Set. 2016

 Diretor (a) do Hospital da Mulher Mãe Luzia

 Orientador(a) da Pesquisa

Nádia Cecília Barros Costa (96) 98133 8757
 Pesquisadores (as), email, e telefone

 Núcleo de Educação Permanente

 Comissão de Ética

Dra. Eny Mª da Nazaré C. do Oliveira
 Presidente da Comissão de Ética
 do Hospital da Mulher Mãe Luzia
 Portaria nº 01/2013 - COMISSÃO DE ÉTICA