FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA NA SAÚDE DA MULHER

AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES HISTERECTOMIZADAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

RECIFE, 2014

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA NA SAÚDE DA MULHER

AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES HISTERECTOMIZADAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este trabalho visa obtenção de grau no curso de especialização em Fisioterapia na Saúde da Mulher da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Orientadora: Julianna de Azevedo Guendler

Co-orientadora: Juliany Silveira Braglia Cesar Vieira

Autoras: Mariana Cavalcanti Correia

Erika Liliana Cruz Gomes

RECIFE, 2014

AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES HISTERECTOMIZADAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ASSESSMENT OF SEXUAL DYSFUNCTION IN HYSTERECTOMIZED WOMEN: A LITERATURE REVIEW

Julianna de Azevedo Guendler (Orientadora)
Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde, Fisioterapeuta do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

Juliany Silveira Braglia Cesar Vieira (Co-orientadora)
Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Erika Liliana Cruz Gomes
Pós-graduanda em Fisioterapia na Saúde da Mulher (FPS).

Mariana Cavalcanti Correia
Pós-graduanda em Fisioterapia na Saúde da Mulher (FPS).

Correspondência para:
Profª. Julianna de Azevedo Guendler
Departamento de Fisioterapia
Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS, Recife/PE, Brasil
Avenida Jean Emile Favre, nº 422, Imbiribeira, Recife-PE , CEP: 51.200-060
Fone: (81) 3035.7777
Endereço eletrônico: jujuguendler@hotmail.com

AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES HISTERECTOMIZADAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ASSESSMENT OF SEXUAL DYSFUNCTION IN HYSTERECTOMIZED WOMEN: A LITERATURE REVIEW

RESUMO

Objetivo: Retratar métodos utilizados na literatura para avaliar a disfunção sexual em mulheres que foram submetidas à histerectomia por causas benignas.

Método: Esta revisão foi baseada na busca de artigos publicados nos últimos 10 anos, nas bases de dados Medline, Scielo e nos periódicos CAPES, realizada no período de dezembro de 2013 a março de 2014. Resultaram 63 artigos, dos quais apenas 12 foram incluídos com grau de evidência A e B.

Resultados: Foram encontrados quatro métodos avaliativos para disfunção sexual nos estudos selecionados: GRISS, FSFI, QS-F, História clínica codificada, questionário próprio e questionário não validado. Foram expostas suas descrições, utilizações e considerações a respeito, bem como caracterizados de maneira geral os estudos que deles se utilizaram para avaliar as pacientes participantes.

Conclusão: Para a avaliação mais utilizada e a mais adequada ao estudo de disfunção sexual em mulheres histerectomizadas são necessários mais estudos sobre o assunto. Sugere-se a formulação de avaliação sexual de mulheres histerectomizadas.

Palavras-chave: disfunção sexual fisiológica, disfunção sexual feminina, sexualidade e histerectomia.

AVALIAÇÃO DA DISFUNÇÃO SEXUAL EM MULHERES HISTERECTOMIZADAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ASSESSMENT OF SEXUAL DYSFUNCTION IN HYSTERECTOMIZED WOMEN: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Objective: Report the main methods used to asses sexual dysfunction in hysterectomized women for benign causes.

Method: This literature review was based on the search of articles published in the last 10 years in database Medline, SciELO and CAPES periodics, conducted from December 2013 to March 2014. Resulted in 63 articles of which only 12 were included with level of evidence A and B.

Results: Four evaluation methods were found in the selected studies for sexual dysfunction: GRISS, FSFI, QS-F, coded clinical history, own questionnaire and not validated questionnaire. Their descriptions, uses and considerations are placed and characterized in the following work as well as studies that used them.

Conclusion: For the most used and most appropriate assessment to study sexual dysfunction in hysterectomized women more studies are needed on the subject. We suggest the formulation of sexual evaluation of hysterectomized women.

Keywords: physiological sexual dysfunction, female sexual dysfunction, sexuality e hysterectomy.

I. INTRODUÇÃO

Considera-se disfunção sexual feminina uma desordem de desejo, excitação, orgasmo, e/ou dor durante a relação sexual que resulte em significante desconforto pessoal[1]. A disfunção sexual é de origem multifatorial, afetada pela idade, presença de algumas doenças crônicas, cirurgia pélvica prévia e aspetos socioculturais e de relacionamento[2]. Não existe clareza quanto a existência de uma queixa comum que caracterize a disfunção sexual[1,3].

Em estudo epidemiológico Kadri et. al[4] relataram que 18,3% das mulheres apresentaram distúrbios de desejo; 12% dificuldade em atingir o orgasmo; 8,3% alterações de excitação e 7,5% sentiram dores durante a relação sexual. Já Yadav et. al[5] demonstra que, na sua amostra, 25% apresentam dificuldades em atingir o orgasmo e uma em cada seis mulheres relataram dores durante o sexo. Apesar da alta prevalência da disfunção sexual, as mulheres hesitam em procurar ajuda profissional, e quando o consultam, poucas vezes são questionadas a respeito da sua vida sexual, devido ao tabu que o tema implica[6].

A cirurgia de histerectomia consiste na retirada total ou parcial de elementos uterinos e pode ser realizada como procedimento terapêutico por diversas causas. Esta intervenção cirúrgica pode apresentar como repercussões mais comuns disfunções urinárias ou da função sexual[7]. Alterações anatômicas como alteração do formato e do tamanho da vagina, dificuldade de penetração, lesão nervosa, redução dos níveis hormonais circulantes por diminuição da circulação local podem também ser responsáveis por ocasionar disfunção sexual nas pacientes submetidas à histerectomia[8]. Além destas, reações emocionais conflitantes, traumáticas, de insegurança e ansiedade podem estar presentes e gerar mudanças no padrão e no desejo sexual[8].

Os dados existentes sobre os impactos da cirurgia de histerectomia são conflitantes e os profissionais que lidam diretamente com tal condição não são bem esclarecidos sobre as possibilidades de haver consequências pós-cirúrgicas[9].

A histerectomia é indicada como tratamento de alterações benignas endometriais, gravidez ectópica, dor pélvica crônica, prolapso uterino e leiomiomas, mas também é usada no tratamento de alterações malignas envolvendo o útero[10]. Diferentemente da cirurgia para o tratamento de alterações malignas, sabe-se a histerectomia por condições benignas não apresenta tratamentos associados (quimioterapia, radioterapia) que possam influenciar nos padrões da função sexual normal.

Sendo a avaliação o principal meio de identificar necessidades e processos precursores de complicações e agravos, são necessárias ferramentas adequadas ao processo. Visando a adequação para melhor abordagem avaliativa pelo fisioterapeuta ou outro profissional de saúde que a realize, este estudo mostra os detalhes sobre instrumentos de avaliação da disfunção sexual encontrados na literatura, tendo por objetivo discriminar limitações e maneiras de aplicação destes instrumentos.

II. MÉTODOS

O estudo caracteriza-se por artigo de revisão de literatura com visando investigar as formas mais utilizadas e suas formas de utilização descritas na literatura para avaliação da função sexual quanto à presença de alteração desta em mulheres pós-histerectomizadas.

Realizaram-se buscas nas bases de dados Medline (via PubMed), Scielo e no portal de periódicos CAPES, visando artigos publicados nos últimos 10 anos. Os termos utilizados para pesquisa foram: sexuality e hysterectomy (Decs); Physiological sexual dysfunction e Hysterectomy (Mesh); Disfunção sexual feminina e sua variável em língua inglesa Female sexual dysfunction como palavras-chave. As buscas foram realizadas no período de dezembro de 2013 a março de 2014. Não foram especificadas restrições linguísticas na pesquisa.

Os artigos foram classificados com base no projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de medicina. Dentro dessa classificação os estudos com grau de evidência A correspondem aos estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência metodológica; com grau B, estudos experimentais ou observacionais de menor consistência metodológica; nos com grau C estão incluídos relatos de casos, estudos não controlados; e os com grau D são estudos de opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais[11].

Os estudos incluídos apresentaram graus de evidências A e B, foram realizados com grupos de mulheres adultas (maiores de 18 anos), com vida sexual ativa, que foram submetidas cirurgia de histerectomia por causas benignas.

Foram excluídos deste trabalho os estudos para disfunção sexual em condições não benignas do aparelho urogenital, não se relacionam diretamente com o tema estudado, envolvem outros desfechos ou contemplam apenas um dos temas de estudo (histerectomia ou disfunção sexual feminina).

III. RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou em 63 artigos, nos quais apenas 12 foram inclusos com grau de evidência A e B. Os demais não foram utilizados como objeto direto de estudo, pois não se enquadravam nos critérios de inclusão.

3.1 Métodos utilizados na avaliação da Disfunção Sexual

Diante das muitas diferenças encontradas entre os estudos abordados por esta revisão, a tabela 1 mostra resumidamente a forma de avaliação abordada em cada um deles. Seguindo-se ao exposto na tabela, a descrição, utilização e considerações a respeito dos questionários de avaliação encontrados nos estudos bem como a caracterização de maneira geral dos estudos que dele se utilizaram.

Tabela 1 - Principais métodos de avaliação da disfunção sexual em mulheres pós histerectomia.

Autor, Ano	Questionário não validado	Questionários validados				
		Griss	FSFI	QS-F	História Codificada	Questionário próprio
Zobe et al, 2004.						X
Urrutia et al, 2004.	X					
Kuscu et al, 2005.	X					
Estrela & Martins, 2006	X					
Bradford & Meston, 2007	X		X			
Tozo et al, 2009.		X		X		
Schariff et al, 2010.	X					
Martínez et al, 2010.			X		X	
Lee et al, 2011.			X			
Sozeri-Varma et al, 2011		X				
Urrutia et al, 2011.	X					
Rodríguez et al, 2012.			X			

3.1.1. Questionários não validados

A forma de avaliar atividade sexual em mulheres se dá comumente por meio de questionários onde a resposta às questões é apresentada pela própria paciente. Alguns estudos optam por aplicar questões avulsas sobre a função sexual feminina.

Dentre os estudos aqui abordados, esta forma avaliativa foi a principal utilizada. Os seis estudos que assim o fizeram, não discriminaram em seus métodos a presença de um questionário específico ou qualquer outra ferramenta avaliativa descrita na literatura[12,13,14,15,16,17].

Os estudos apresentam-se como quatro sendo do tipo observacional[12,13,14,17] com avaliações realizadas em um período de seis meses pós cirúrgico onde três deles são longitudinais prospectivos[12,14,17] e um é retrospectivo[13]; os outros dois estudos são descritivos do tipo transversal[15,16]. Todos com mínimo de 67 a 202 mulheres como integrantes sujeitos do estudo, maiores de 40 anos.

Para a análise sobre o panorama o qual se estudou nos artigos selecionados aqui, as pacientes estudadas foram abordadas por questões considerando: presença e frequência de relações sexuais[12,13,14,17] e orgasmo[12,17]; grau de excitação sexual[12,17]; dispareunia[12,13,17]; desejo sexual[12,13,16,17]; satisfação sexual[12,13,16,17]; percepção da mudança na vida sexual[12,14,15,17]; feminilidade após a cirurgia de histerectomia[13,16]; qualidade de vida[14]; sexualidade com relação ao parceiro[14,16,17]; auto-conceito, auto-estima e auto-imagem[14]; aconselhamento médico sobre os efeitos pós-cirúrgicos[16].

Nos estudos descritos aqui, apenas um[16] apresentou a forma de questionamento às pacientes de uma maneira que se podia dar pontuação às respostas dadas pelas

pacientes, assemelhando-se à um questionário de fato: eram apresentadas sentenças onde estas deveriam ser respondidas em uma escala pontuada de 0 a 5 pontos sobre o quanto a paciente era de acordo com a afirmativa.

Esta forma avaliativa é utilizada muitas vezes sob critérios levantados por outros estudos. Baseia-se em aspectos relevantes apontados por estes outros estudos e aplica-os nos questionamentos feitos às pacientes sem, no entanto, formular questões estruturadas e que possam ser pontuadas de forma que se possa analisar seus valores para obtenção de resultados.

3.1.2. Inventário de Satisfação Sexual de Golombok-Rust – Versão feminina (GRISS)

Utilizado para avaliar o relacionamento sexual e sua qualidade entre os parceiros. Consiste em 28 itens que para mulheres inclui aspectos de frequência da atividade sexual, comunicação com o parceiro, satisfação, sensualidade, vaginismo e anorgasmia[18].

As respostas condizem com a observação ou experiência da mulher na intensidade relatada por ela, variando de nenhuma até a maior intensidade. À cada avaliação é dado um escore que varia de zero a nove, representando a frequência dos eventos abordados (nunca; quase nunca; ocasionalmente; geralmente; sempre).

Os escores total e das subescalas podem ser utilizados para avaliar as pacientes. Valores mais altos de escore final indicam maiores problemas de função sexual e pior qualidade de relacionamento.

Este questionário tem como aplicabilidade aspectos além dos principais fatores de intervenção no processo de resposta sexual feminina normal, também aspectos relacionais e psicossociais que tornam seu uso adequado à avaliação das disfunções sexuais tanto clinicamente como para investigação em estudos intervencionistas ou observacionais.

No levantamento realizado frente aos estudos abordados aqui, apenas dois[8,18] utilizaram-se do GRISS como ferramenta avaliativa. Ambos são estudos prospectivos observacionais com acompanhamento de avaliação no pós-operatório e no período de seis meses após a intervenção, com pacientes de faixa etária entre 40 e 50 anos de idade. Em um deles, inclui-se o período de três meses para nova avaliação[18]. O outro[8] também utilizou o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F) para complementação da avaliação de suas pacientes.

3.1.3. Índice de função sexual feminina (FSFI)

Composto por 19 questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas de atividade sexual realizada. Foi construído para ser instrumento multidimensional breve e respondido pela própria paciente pra avaliar as principais dimensões da disfunção sexual feminina: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor ou desconforto[19].

As opções de resposta recebem pontuação entre 0 a 5 de forma crescente de pontos, sendo apenas as questões sobre dor pontuadas de forma invertida por ser um aspecto que quando menor em valor absoluto mostra melhora da paciente. O resultado da questão com valor igual à zero nega aquela determinada atividade nas quatro últimas

semanas e o escore final corresponde à soma dos valores das questões, multiplicado pelo fator de correção e, então, somam-se os valores de cada domínio. O escore pode ser tomado por domínios ou total pode variar de 4 a 36, onde escores mais altos indicam melhor grau de função sexual. Escores ≤ 26 indicam disfunção sexual.

Utilizado amplamente em estudos, o FSFI é um questionário validado para uso em várias línguas, inclusive o português[20]. Sua aplicabilidade envolve os principais aspectos da resposta sexual feminina, mas não aborda aspectos psicossociais nem da relação entre os parceiros. Sua utilização em grande número pode estar relacionada a uma boa aplicabilidade e facilidade na discriminação entre populações clínicas e não-clínicas.

De acordo com o exposto nos resultado desta pesquisa, o FSFI foi a segunda ferramenta avaliativa mais utilizada. Quatro estudos utilizaram o FSFI como ferramenta avaliativa para a função sexual em histerectomizadas, sendo dois[15,23] deles como estudos descritivos do tipo transversal e dois[21,24] prospectivos observacionais com períodos de avaliação de seis meses após a cirurgia. Todos apresentaram como sujeitos mulheres de meia idade (entre 40 e 50 anos) e apenas um estudo[24] avaliou a função sexual com outra ferramenta relacionada.

3.1.4. Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Questionário desenvolvido e validado no Brasil e para a população brasileira que leva em consideração domínios da função sexual feminina, constituída por conjunto de perguntas individuais que avaliam todos os domínios da resposta sexual feminina[25].

É composto por 10 questões, respondidas numa escala de 0 a 5 (nunca; raramente; às vezes; aproximadamente 50% das vezes; maioria das vezes; sempre).

Para obtenção do escore final, o resultado da soma das 10 respostas deve ser multiplicado por dois, resultando num índice total de 0 a 100. Apenas na sétima questão o valor da resposta dada deve ser subtraído de 5 para se ter o escore final dessa questão. O motivo trata-se que a questão sete fala em aspecto Dor, que é considerado melhora da paciente quando em valor menor. Os valores gerais maiores indicam melhor desempenho/satisfação sexual.

Sua aplicação tem utilidade clínica visando caracterização da presença e do tipo de disfunção sexual, mas também apresenta utilidade em estudos de intervenção para tratamento das disfunções sexuais bem com estudos observacionais. De linguagem fácil e abordagem direta, torna-se portanto uma ferramenta bastante completa para avaliação de maneira geral.

Dentre os estudos incluídos nesta peça, apenas um utilizou como ferramenta avaliativa o QS-F[8]. Este estudo é observacional e prospectivo e fez uso do QS-F no pós-operatório com repetição quando completados seis meses após intervenção cirúrgica. As mulheres apresentavam média de idade de 44,2 anos e a amostra final apresentou-se com 33 pacientes.

3.1.5. História clínica codificada da sexualidade feminina

Ficha estruturada em 3 páginas com 15 capítulos com 187 pontos e 240 possibilidades de resposta[21]. Os capítulos se referem a identificação do examinador, motivo da consulta, antecedentes patológicos, exames extras, antecedentes

biopscicosociais da sexualidade, comportamento sexual atual, antecedentes terapêuticos, exploração física, probabilidades de diagnóstico anterior e atual, recomendações terapêuticas, prognóstico e comentários e observações às informações obtidas.

A história é baseada em definir e explicar conceitualmente cada reagente (tópico de estudo da ficha) e como interpretar as respostas admissíveis do interrogatório, assim como o procedimento para fazê-lo corretamente. Seus principais objetivos são clínicos, mas a ficha pode estender-se ao ensino e permitir a sua sistematização e bioestatística para fazer comparações de apoio à investigação clínica científica[22].

Está voltado à obtenção de todos os dados relativos aos indivíduos inclusive as variáveis sociodemográficas. Também a determinar se o entrevistado é portador de problema sexual ou de outra afecção uroginecológica. É a ferramenta mais completa e complexa dos estudos analisados, devido a sua extensa e detalhada averiguação sobre aspectos da saúde do paciente. Pode-se considerá-la mais uma ficha de avaliação devido ao fato de não ser respondida diretamente pela paciente.

Sua utilização aparenta ser muito pouco comum, provavelmente devido à sua pouca praticidade na aplicação clínica. No entanto é interessante observar que deixa o registro detalhado de todos os aspectos relevantes ou não no diagnóstico e tratamento de condições de saúde da sexualidade e outros. Não são pontuadas com valores as respostas obtidas em sua utilização.

Apenas um estudo[24] utilizou-se da história clínica codificada como ferramenta avaliativa das mulheres histerectomizadas em questão. Trata-se de estudo prospectivo observacional que se diz comparativo e aleatorizado. Com baixo número de sujeitos

apresentados (n=16), a maioria das mulheres era menor de 45 anos. Este mesmo estudo também se utilizou do FSFI como ferramenta avaliativa da função sexual.

3.1.6. Questionário próprio

Alguns estudos clínicos optam algumas vezes por construir suas próprias ferramentas avaliativas para o recolhimento dos dados dos pacientes submetidos ao estudo. Visando um maior rigor metodológico, esta iniciativa deve estar associada a validação da avaliação, além de sua construção. Validar um questionário quer dizer procurar testá-lo em uma amostra da população: sua forma de abordagem, sua linguagem acessível, sua consistência interna e por último seu teste entre sujeitos afetados e não afetados pela característica/doença/condição que se está querendo avaliar.

A aplicabilidade de questionários próprios se torna mais específica e com resultados mais fidedignos à realidade da população em estudo devido a melhor afinidade entre os sujeitos do estudo e as questões propostas.

Dentre os estudos abordados nesta revisão, apenas um estudo mostrou utilizou como ferramenta da avaliação da função sexual um questionário desenvolvido para seu uso exclusivo. Este questionário em específico aborda aspectos relacionados a qualidade de vida, função urinária, função sexual, sangramento vaginal e cuidados em saúde em geral além da função sexual[27].

O estudo que utilizou este método avaliativo particular é um estudo observacional prospectivo com acompanhamento avaliativo pré-cirúrgico e se estende até doze meses pós-cirúrgico[26]. Foram submetidas ao estudo cento e oitenta e cinco

mulheres que iriam se submeter à cirurgia de histerectomia, que eram elegíveis a participar do ensaio clínico randomizado do mesmo autor, mas que queriam escolher seu método de intervenção cirúrgica, diferentemente das pacientes que se submeteriam ao ensaio clínico.

3.1.7 Resumo dos estudos incluídos

Tabela 2 –Resumo dos dados relativos aos estudos analisados.

Estudo (Autor e ano)	Desenho do estudo	Participantes (n, média de idade)	Métodos de avaliação utilizados
Urrutia et al, 2004.	Estudo observacional longitudinal entrevista pós-operatório imediato e depois de 6 meses.	90 mulheres com idade média de 45,5 anos.	Questões considerando presença e frequência de relações sexuais e de orgasmo, presença de incontinência urinária e dispareunia, grau de excitação, desejo sexual, satisfação sexual em escala Likert para graduação e percepção de mudança na vida sexual devido à histerectomia.
Zobe et al, 2004.	Estudo experimental randomizado com acompanhamento pré até 12 meses de pós-cirúrgico.	320 mulheres submetidas à cirurgias de histerectomia total abdominal e via laparoscópica.	Questionário próprio desenvolvido para o estudo[28].
Kuscu et al, 2005.	Estudo observacional, retrospectivo.	86 mulheres.	Pacientes questionados quanto ao desejo, dor no intercurso, frequência e satisfação nos períodos pré e pós-operatório e perda de feminilidade após a cirurgia.
Estrela & Martins, 2006	Observacional, longitudinal, prospectivo.	114 mulheres com idades entre 46 a 55 anos.	Questões sobre: Auto-conceito, auto-estima e auto-imagem (inclui a aceitabilidade por parte da mulher); Melhoria da qualidade de vida; Relacionamento sexual; Aceitação por parte do parceiro. Expectativa da repercussão cirúrgica na sexualidade.
Bradford & Meston, 2007.	Estudo descritivo transversal.	204 mulheres, média de 42 anos.	FSFI e questões sobre efeitos positivos e negativos pós-histerectomia relacionados à aspectos sexuais.
Tozo et al, 2009.	Observacional, prospectivo, com follow up	79 foram selecionadas, das quais 33 econtradas até o período certo de followup.	QS-F e GRISS.

	de 6 meses.	Idade média em 44,2anos.	
Schariff et al, 2010.	Descritivo do tipo transversal.	Total de 72 pacientes submetidas à cirurgias de órgãos pélvicos com média de idade de 40 anos.	Questões próprias construídas para o estudo para que as pacientes avaliassem numa escala tipo Likert de 1 a 5 o quanto a expectativa que aquela frase seria uma realidade para elas após a cirurgia.
Martínez et al, 2010.	Estudo prospectivo, longitudinal, comparativo,aleatorizado.	25 mulheres avaliadas mas apenas 16 conseguiram ser reavaliadas.	História clínica codificada da sexualidade feminina e FSFI.
Sozeri-Varma et al, 2011.	Estudo prospectivo, observacional com follow up de 3 e 6 meses.	40 pacientes com média de idade 45,98 anos.	Coletados dados sobre expectativas da paciente sobre a cirurgia e sobre sua influência na sua vida sexual e GRISS.
Lee et al, 2011.	Estudo prospectivo observacional com follow up de 1, 3 e 6 meses.	95 pacientes com idade média de 46,19 anos.	Anamnese e FSFI.
Urrutia et al, 2011.	Estudo analítico, longitudinal, prospectivo com entrevista pós-operatório imediato e 6 meses após.	Analisadas 67 mulheres com idade médias de 44 anos.	Questões considerando presença e frequência de relações sexuais e de orgasmo, presença de incontinência urinária e dispareunia, grau de excitação, desejo sexual, satisfação sexual em escala likert e percepção de mudança na vida sexual devido à histerectomia. Características de sexualidade com o parceiro.
Rodríguez et al, 2012.	Estudo descritivo do tipo transversal.	100 avaliações de pacientes com idade média de 44 anos.	FSFI.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a avaliação o ponto principal sobre o qual se baseia a boa formulação do tratamento visando a melhora geral dos pacientes, a escolha avaliativa da disfunção sexual deve ser criteriosa e sua implantação incentivada em serviços de saúde voltados à atenção às mulheres.

No estudo em questão, mostram-se algumas formas de avaliação aplicadas em mulheres que sofreram histerectomia, dentre elas questionários validados e não validados. Foram descritas as formas de utilização de cada método, obtenção de escore e apresentação de cada uma das ferramentas expostas. Assim, estas formas avaliativas tornam-se reprodutivas em estudos futuros na mesma população e em outras.

São necessários mais estudos a fim de saber qual a ferramenta mais utilizada, assim como para saber qual a mais adequada ao estudo de disfunção sexual em mulheres histerectomizadas são necessários mais estudos, visto que esta é uma vertente pouco abordada nos estudos atuais. Também sugere-se a formulação de uma ferramenta específica para avaliação desta população de mulheres histerectomizadas, caso não haja descrição de ferramenta com esta especificidade ou facilidade na sua aplicação e uso.

VI. REFERÊNCIAS

1 Raina R, Pahlajani G, Khan S, Gupta S, Agarwal A, Zippe CD. Female sexual dysfunction: classification, pathophysiology, and managenment. Fertil Steril. 2007 Nov 5;88:1273-84.

2 Aggarwal RS, Mishra VV, Jasani AF. Incidence and prevalence of sexual disfunction in infertile females.Middle East Fertility Society Journal.2013. 18, 187-190.

3 Mimoun S, Wylie K. female sexual dysfunctions: definitions e classification. Maturitas. 2009;63:116-18.

4 Kadri N, Alami KHM, Tahiri SM. Sexual dysfunction in women: an epidemiological study. Arch Womens Ment Health. 2002;5:59-63

5 Yadav J, Gennarelli LA, Ratakonda U. Female sexuality and common sexual dysfunctions: evaluation and management a primary care setting. Elsevier. 2001;8(1): 5-11

6 Sung SC, Jeng CJ, Lin YC. Sexual health for women with dyspareunia. Taiwan J Obstet Gynecol. 2011 Mar 30; 50:268-274.

7 El-Thouky TA, Mohamed AH, Davies AE, Mahadevan S. The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: a prospective study. Journal of Obstetrics and Gynaecology 2004 Jun: 24 (4); 420-425

8 Tozo IM, Moraes JC, Lima SMR, Gonçalvez N, Auge APF, Rossi LM, Aoki T. Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31 (10):503-507

9 Peterson ZD, Rothenberg JM, Bilbrey S, Heiman JR. Sexual functioning following elective hysterectomy: the role of surgical and pscychosocial variables. Journal of Sex Research 2010. 47 (6): 513-527.

10 *DynaMed* [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 – Registro número No. 1161102, Hysterectomy; [atualizado em 14 de Abril de 2014]. Disponível em http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=dme&AN=116102&site=dynamed-live&scope=site. Login e senha necessários.

11 Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, disponível em: www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/texto_introdutorio.pdf.

12 Urrutia M T, Araya A, Vilarroel L P,Viñales D. Características y evolución de La sexualidad em mujeres histerectomizadas. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69 (4):301-306.

13 Kuscu N K, Oruc S, Ceylan E, Eskicioglu F, Goker A, Caglar H. Sexual life following total abdominal hysterectomy. Arch Gynecol Obstet 2005; 271:218-221.

14 Estrela M, Martins E. Sexualidade na mulher histerectomizada. Revista lusófona de ciências e tecnologia na saúde 2005; 2 (3):155-164.

15 Bradford A, Meston C. Sexual outcomes and satisfaction with hysterectomy: influence of patient education. J Sex Med 2007; 4:106-114.

16 Schariff J, Fleming M, Waddel V. Patient perceptions regarding effect of Gynecological Surgery on Sexuality. J Sex Med 2010; 7:826-831.

17 Urrutia M T, Araya G A, Padilla O. Sexualidad e histerectomia:diferencias entre um grupo de mujeres com y sin ooforectomia. Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 76 (3): 138-146.

18 Sozeri-Varma G, Kalkan-Oguzhanoglu N, Karadag F, Ozdel O. The effect of hysterectomy and/or oophorectomy on sexual satisfaction. Climateric 2011; 14: 275-281.

19 Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'agostinho JR. The female sexual function index(FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual fuction. Journal of Sex & marital therapy 2000; 26: 191-208.

20 Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. Rev Bras Ginecol Obstet 2008; 30 (10): 504-10.

21 Lee J H, Choi J S, Hong J H, Joo K J, Kim B Y. Does conventional or single port laparoscopically assisted vaginal hysterectomy affect female sexual function? Acta obstetricia et ginecologica scandinavica 2011; 90:1410-1415.

22 Souza M, Cárdenas J, Montero MC, Mendoza I. Historia clínica de la sexualidad femenina. Ginecol Obstet Mex 1987;55: 277-87.

23 Rodríguez M C, Chedraui P, Schwager G, Hidalgo L, Pérez-Lopéz F R. Assessment of sexuality after hysterectomy using the female sexual function index. Journal of Obstetrics and Gynaecology 2012 fevereiro; 32: 180-184.

24 Martínez M R, Bustos H L, Ayala R L, Leroy L L, Morales F C, Watty A M, Briones C L. Evaluación de La función sexual em mujeres sometidas a histerectomia total y supracervical por via laparoscópica. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75 (4): 247-252.

25 Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. Diagn Tratamento 2009. 14 (2): 89-1.

26 Zobe et al.Sexuality after total vs.subtotal hysterectomy.Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 191-196.

27 Gimbel H, Zobbe V, Ottensen B S, Tabor A. randomized clinical trial of total vs.subtotal hysterectomy: validity of the trial questionnaire. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 968-974