



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



Monografia

Histerectomia e sexualidade

Jackson Nunes Muniz

Salvador (Bahia), 2012

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

M966 Muniz, Jackson Nunes

Histerectomia e Sexualidade / Jackson Nunes Muniz. –
Salvador, 2012.

30 f.

Orientador: Prof. Dr. Edson O'Dwyer Junior

Monografia (Graduação) – Universidade Federal da
Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia, 2012.

1. Medicina. 2. Histerectomia. 3. Sexualidade. 4.
Ginecologia I. O'Dwyer Junior, Edson. II.
Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 618.172



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de Fevereiro de 1808



Histerectomia e Sexualidade

Jackson Nunes Muniz

Professor-orientador: Edson O'Dwyer Junior

Monografia de conclusão do componente curricular MED-B60, do currículo médico da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da FMB-UFBA.

Salvador (Bahia), 2012

Jackson Nunes Muniz
Professor-orientador: Edson O'Dwyer Junior

COMISSÃO EXAMINADORA

Membros Titulares:

- Edson O'Dwyer Junior, Professor da FMB-UFBA.
- Marcio Josbete Prado, Professor da FMB-UFBA.
- Marcia Cunha Machado, Professora da FMB-UFBA.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia aprovada pela Comissão, e julgada apta à apresentação pública no III Seminário Estudantil da Faculdade de Medicina da Bahia, com posterior homologação do registro final do conceito apto, pela coordenação do Núcleo de Formação Científica. Chefia do departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da FMB-UFBA.

Salvador (Bahia), 2012

RESUMO

HISTERECTOMIA E SEXUALIDADE

Introdução. A cada ano o número de remoções cirúrgicas do útero, histerectomia vem aumentando em todo o mundo. Para muitas mulheres, a perda deste órgão poderá causar impacto emocional despertando sentimentos que poderão repercutir sobre sua feminilidade. **Objetivo.** Foi realizada uma revisão narrativa sobre as consequências da retirada do útero na resposta sexual feminina. **Metodologia.** Foram pesquisadas bibliografias das bases de dados: Pubmed Scielo e Google utilizando os termos “histerectomia”, “útero”, “sexualidade”, “feminina”, “qualidade de vida” e “resposta sexual” e selecionados trabalhos nas línguas inglesa e portuguesa por interesse no conteúdo. Além disto, foram consultados livros textos com o objetivo de fundamentar teoricamente a revisão. **Resultados.** Mesmo o útero não tendo, naturalmente, uma participação fundamental na resposta sexual – pois sem o mesmo é possível atingir o orgasmo – a histerectomia pode levar à alteração no padrão desta resposta. No entanto, o desaparecimento dos sintomas como resultado do tratamento pode levar a mulher a ter uma melhora relativa da sua função sexual. **Considerações finais.** A resposta sexual depende também de questões não-orgânicas. Sendo assim, é possível encontrar diferentes resultados dentro de uma amostra para um mesmo tipo de histerectomia realizada. Então, o médico deve estabelecer um diálogo com a paciente onde sejam expostos riscos, benefícios e efeitos adversos, pois o útero é um órgão intimamente associado à reprodução e parte importante da imagem de uma mulher.

Palavras-chave: feminilidade, histerectomia, mulher, sexualidade e útero.

Sumário

1 Introdução	08
2 Metodologia	10
3 Revisão da Literatura	11
6.1 <i>Anatomia e Fisiologia do Útero</i>	11
6.2 <i>Simbolismo do Útero</i>	12
6.3 <i>Indicações de Histerectomia e Técnica Cirúrgica</i>	13
6.1 <i>Fisiologia da Resposta Sexual Feminina</i>	16
2.1.1 Desejo	16
2.1.2 Excitação.....	17
2.1.3 Orgasmo.....	17
2.1.4 Resolução	18
2.1.5 Importância do Útero na Resposta Sexual Feminina	18
6.2 <i>Repercussões da Histerectomia na Resposta Sexual Feminina</i>	19
4 Discussão	25
5 Considerações Finais	27
Referências	28

1 INTRODUÇÃO

A remoção cirúrgica do útero recebe o nome de histerectomia. Palavra de origem grega que significa *hystéra* – ventre, útero e *ektomé* – recortar, retirar. Podendo ser total, quando se retira o corpo e o colo do útero, ou subtotal, quando só o corpo é retirado. Às vezes esta cirurgia é acompanhada da retirada dos ovários e trompas (histerectomia total com anexectomia bilateral) (DORLAND'S, 2012).

Matingly (2012) ao abordar a história da histerectomia afirma haver relatos de a histerectomia ter sido realizada já no século V a.C., na época de Hipócrates. As primeiras remoções do útero foram por via vaginal e indicadas para casos de prolapso do órgão. No início do século XIX, a laparotomia para retirada cirúrgica do útero ainda era considerada perigosa e apenas em 1844 foi realizada uma miomectomia com resultado satisfatório. Dois dos grandes complicadores da histerectomia são a hemorragia e a infecção, e o sucesso do procedimento está na dependência do controle dos mesmos. No final do século XIX, com os seguidos aperfeiçoamentos da medicina e das técnicas cirúrgicas de histerectomia, a taxa de mortalidade caiu acentuadamente atingindo 6%, fazendo com que nas primeiras décadas do século 20 essas cirurgias tenham-se tornado frequentes para o tratamento de patologias ginecológicas. Atualmente, com a utilização adequada das transfusões de sangue e antibióticos, e melhorias nas técnicas anestésicas e cirúrgicas, a histerectomia pode ser feita com segurança pelo cirurgião ginecológico hábil, e a mortalidade por este procedimento na maioria dos centros médicos é de 0,1%.

Desde a década de 70 a histerectomia já era um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns; após o parto cesáreo, era a segunda cirurgia mais frequente realizado em mulheres em idade reprodutiva nos Estados Unidos (Novak et al., 1977). Atualmente são realizadas cerca de 600.000 destes procedimentos por ano nos Estados Unidos e estima-se que aos 65 anos, um terço das mulheres deste país terá seus úteros removidos cirurgicamente (CDC, 2012). No Brasil, de acordo com o DATASUS este procedimento foi realizado 93.597 vezes em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) ou em centros de saúde conveniados a ele no ano de 1999. Em 2011, observou-se um aumento do número deste procedimento sendo

registrados cerca de 105.000 por meio do SUS (DATASUS, 2012). A Bahia foi um dos Estados que mais realizou destas cirurgias no ano de 2011 somando 10.738, menos que o Estado de São Paulo que realizou 13.564 procedimentos neste mesmo período (DATASUS, 2012).

Com o surgimento de alternativas terapêuticas para as patologias uterinas e o desejo de reduzir o número de cirurgias de grande porte existe uma tendência à redução relativa das taxas de realização deste procedimento. Ou seja, mesmo com um número crescente de mulheres diagnosticadas com patologias de indicação cirúrgica, muitas pacientes receberão tratamento clínico efetivo e as realizações de histerectomias não devem crescer nas mesmas proporções (Matingly, 2012).

Diversos autores (Cavalcanti et al, 2002; Naughton e McBee, 1997; Zobbe et al, 2004) referem que algumas mulheres relataram prejuízo na resposta sexual seja por alterações anatômicas da pelve e suas consequências ou por questões emocionais que geraram modificações no padrão de desejo sexual. Entretanto outros autores (Farrel e Kiesser, 2000; Rhodes et al, 1999; Roovers, 2003) não encontraram esta relação e concluíram que a histerectomia ou não altera a resposta sexual feminina ou tem uma repercussão positiva sobre a mesma.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão narrativa da literatura sobre as consequências da histerectomia sobre a resposta sexual feminina, tema ainda controverso dentro da ginecologia.

2 METODOLOGIA

Foi realizada revisão narrativa da literatura sobre o tema histerectomia e sexualidade onde foram pesquisadas bibliografias das bases do Pubmed, Scielo e Google utilizando os termos “histerectomia”, “útero”, “sexualidade”, “feminina”, “qualidade de vida” e “resposta sexual”. Foram selecionados artigos em língua inglesa e portuguesa sem limitação da data de publicação dos mesmos que contemplassem o tema em estudo. Além disto, foram consultados livros textos clássicos com o objetivo de fundamentar teoricamente a revisão sobre o tema. Por tratar-se de revisão narrativa não foram estabelecidos critérios de inclusão ou exclusão dos textos.

3 Revisão da Literatura

3.1 Anatomia e Fisiologia

Moore e Dalley (2007) no livro *Anatomia Orientada para a Clínica* descrevem o útero como um órgão ímpar, piriforme, oco, e de paredes musculares espessas, com aproximadamente 7,5 cm de comprimento, 5 cm de largura e 2 cm de espessura, embora possa mudar de tamanho, forma, estrutura e localização a depender da idade, estado gravídico e a estimulação hormonal. O útero não-gravídico normalmente fica localizado na pelve menor e pode ser dividido em duas partes o corpo e colo. O corpo do útero é móvel, corresponde aos dois terços superiores do órgão e é dividido em fundo e istmo, sendo o istmo a porção mais estreita que o separa do colo. O colo do útero compreende o terço inferior do órgão e apresenta duas porções: porção supravaginal e a porção vaginal. A cavidade uterina é uma fenda que se entende do óstio externo até a parede fúndica e tem aproximadamente 6 cm de comprimento. O útero dispõe de um sistema complexo de fixação, constituído por ligamentos. A sustentação do útero é oferecida pelo diafragma pélvico e sua posição antevertido normalmente apoiado sobre a bexiga. O colo é a parte menos móvel devido à sustentação dos ligamentos transversos do colo e ligamentos retouterinos. O peritônio cobre o útero anteriormente e superiormente, exceto a parte colo. Anteriormente, o corpo do útero é separado da bexiga pela escavação vesicouterina, onde o peritônio é refletido do útero sobre a margem posterior da face superior da bexiga. Posteriormente, o corpo uterino e a porção supravaginal do colo são separados do colo sigmóide por uma lâmina de peritônio e da cavidade peritoneal e do reto pela escavação retouterina.

Saul Genuth (2004) descreveu a função do útero como a de abrigar e nutrir o feto em desenvolvimento até o nascimento, referindo-se ao útero, e principalmente ao endométrio, como um órgão dinâmico que está em constante mudança durante grande parte da vida da mulher. E os processos fisiológicos que se passam desde a menarca até a menopausa são resultado da atuação do eixo hipotálamo-hipófise-ovário-útero sendo que o endométrio pode ser afetado por desordens em qualquer nível deste eixo. No ciclo menstrual normal, a sequência coordenada de eventos que

começa no hipotálamo é o que permite o desenvolvimento folicular adequado, a secreção de esteroides a ovulação, e a função do corpo lúteo.

3.2 Simbolismo do Útero

A relação do útero com o papel reprodutor e com a vida sexual o faz estar associado à feminilidade. O conceito de feminilidade relacionado ao útero existe há muito tempo e foram construídos muitos significados ao seu redor, a maioria priorizando o papel da mulher como reprodutora, associando o motivo de sua existência à maternidade (Vomvolaki et al., 2006). Essa perspectiva promovia a ideia de que o papel prioritário da mulher era a reprodução, sendo a sexualidade feminina menos importante que a missão da maternidade (Mead, 1971). Era comum pensar que nas mulheres que não reproduziam o útero adoecia porque não exercia esta função; a partir disto surgiu a ideia de que as doenças, geralmente, eram punições divinas à mulher (Priore, 1997). O modo como o corpo das mulheres era notado e classificado tinha como referencial o corpo do homem, sendo o da mulher inferior e mais frágil. Desta forma, as mulheres eram qualificadas como homens imperfeitos e nunca poderiam ser tão importantes como eles próprios (Mead, 1971).

O acompanhamento de mulheres hysterectomizadas mostrou que algumas delas só dão importância ao útero como garantia de ser mulher no momento da notícia da necessidade de uma histerectomia e diante da percepção de uma mutilação castradora elas sofreram abalo em sua identidade feminina. Isso porque para elas o útero simbolizava a sua capacidade sexual, associando à mudança sobre o desejo sexual e a libido, estando incapacitadas sexualmente para sentir prazer (Novoa, 1991). A perda do útero faz algumas mulheres se sentirem diminuídas, pois creem estarem impossibilitadas de sentirem prazer sexual, tendo incertezas com relação às possíveis modificações corpóreas, o que acaba levando a sentimentos depressivos, atribuindo a perda do útero à uma perda da sua feminilidade (Angerami, 1998).

A ausência do útero é sentida e não vista, podendo desencadear angústia, persecutoriedade e a sensação de mutilação (Laufer, 1998). A falta deste órgão em mulheres que não tem filhos pode provocar um impacto emocional, por despertar

sentimentos de perda, de inutilidade, de destituição da condição feminina, isto porque para muitas mulheres a feminilidade está intimamente associada à capacidade de conceber (Angerami, 1998). Tomando isto como verdade, a retirada do útero estaria associada à perda do seu valor simbólico e real (Faisal e Cury, 2005).

A maioria dos ginecologistas acreditava que a histerectomia trazia para as mulheres apenas como consequências a perda da possibilidade de reprodução e a parada das menstruações, o que não representa prejuízo à saúde, desde um ponto de vista biológico (Novak et al., 1977). No entanto, o sangue menstrual tem significado importante para as mulheres representando o poder feminino de dominação sexual; assim, o útero gerava aos homens apreensão pela possibilidade de vinganças mágicas (Priore, 1997). Então, as mulheres entendiam que seu corpo, especialmente os órgãos sexuais, estava ligado ao propósito de praticar o controle sobre sua sexualidade, utilizando como justificativa a obrigação de preservá-las para a maternidade, vista como o único campo em que as mulheres tinham uma função – a de perpetuar a espécie, produzindo filhos sadios (Costa, 1979).

A partir da metade do século XX, começaram a ganhar evidência os movimentos feministas internacionais e passaram a ser questionados os conceitos historicamente construídos na tentativa de desmontá-los e assegurar às mulheres o direito de decidirem, dentre outras coisas, sobre seu papel reprodutivo e sua sexualidade. Ainda assim, não se pode desprezar a força dos conceitos aprendidos na educação e formação das mulheres, que se reflete em suas perspectivas acerca do útero e de suas funções, vinculando-o à concepção de feminilidade (Parker, 1991). A consequência deste histórico levou ao surgimento de mitos acerca do útero e das repercussões de sua remoção.

3.3 Indicações de Histerectomia e Técnica Cirúrgica.

As indicações mais frequentes de histerectomia são por leiomiomas uterinos, sangramento uterino disfuncional, prolapso genital e endometriose. Além destas, adenomiose, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica, hiperplasia endometrial, neoplasia intraepitelial de colo, câncer uterino invasivo, hemorragia

pós-parto massiva e infecção também podem fazer necessária a realização deste procedimento.

Os leiomiomas uterinos são responsáveis por cerca de 30% das indicações (Lee et al., 1984). Os sintomas mais frequentemente atribuídos a esta patologia são sangramento excessivo, dor pélvica, dor relacionada à compressão de órgãos adjacentes (incluindo dor lombar e sintomas urinários) e anemia. A histerectomia está indicada para leiomiomas uterinos que causem sangramento substancial, dor pélvica ou anemia refratária à reposição de ferro, em mulheres que não desejem preservar a fertilidade (Carlson et al., 1993).

Cerca de 20% das histerectomias são realizadas tendo o sangramento uterino disfuncional como doença de base (Lee et al., 1984). Este é um diagnóstico de exclusão, quando o sangramento excessivo não pode ser explicado pela presença de leiomiomas uterino, pólipos, neoplasia de colo ou endométrio, gravidez, infecção pélvica ou endometriose. A cirurgia tem indicação nos casos de sangramento intenso e crônico que não responde adequadamente ao tratamento medicamentoso adequado (Carlson et al., 1993).

Prolapso genital responde por cerca de 15% das indicações (Lee et al., 1984). Este termo inclui prolapso uterino, cistourethrocele, enterocele e retocele. Os sintomas atribuídos a esta patologia incluem pressão pélvica, incontinência urinária, desconforto retal e desconforto pelo atrito e ulceração das mucosas externalizadas. O objetivo do tratamento cirúrgico é o alívio dos sintomas, a reconstrução do suporte do assoalho pélvico e restauração da anatomia e função vaginal (Carlson et al., 1993).

Aproximadamente 20% das histerectomias são devido à endometriose (Lee et al., 1984). Quando sintomática esta condição se apresenta com dor pélvica, dismenorreia e dispareunia. Existe uma série de tratamentos medicamentosos e cirúrgicos para a endometriose, mas a retirada do útero pode ser indicada em casos especiais (Carlson et al., 1993).

A histerectomia pode ser realizada por via abdominal, vaginal, por cirurgia convencional ou laparoscópica, devendo ser a técnica uma escolha individualizada. A via abdominal continua sendo a mais usada em todo o mundo, mas há evidências

de vários estudos randomizados, prospectivos que a histerectomia vaginal está associada a menos complicações, uma menor permanência hospitalar, recuperação mais rápida e menor custo global. Além disso, a maioria das pacientes que necessitam de histerectomia pode realizá-la por via vaginal (Matingly, 2012).

O procedimento pode ser total ou subtotal. Quando total, é retirado todo o útero com seu corpo e colo sendo removidos. Quando subtotal, apenas o corpo do útero é removido. As indicações da histerectomia subtotal são controversas (Novak, 1977), no entanto, é muito mais rápida e tem significativamente menos intercorrências e menores taxas de dispareunia após a cirurgia quando comparada à total (Kilkku et al., 1987). Nos Estados Unidos, e em quase todo o mundo a histerectomia – seja feita através de uma via transvaginal ou de incisão abdominal – geralmente inclui a remoção do colo do útero. Há trabalhos que atribuem a divergência quanto à opção por um ou outro procedimento está na preservação do colo uterino e na alta prevalência de carcinoma de colo (Corleta et al., 2007).

Os ovários e tubas uterinas podem, ou não, ser removidos juntamente com o útero, dependendo da idade do paciente e uma variedade de outros fatores. Ooforectomia bilateral reduz o risco de câncer de ovário e a necessidade de um procedimento cirúrgico futuro para tratamento de condições benignas dos ovários. No entanto, as gônadas continuam a produzir baixos níveis de estrógeno e andrógenos, mesmo após a menopausa e o efeito psicológico da ooforectomia em algumas mulheres é significativo (Matingly, 2012). A ooforectomia profilática, quando da histerectomia abdominal, priva grande número de mulheres dos efeitos benéficos dos esteroides sexuais endógenos (Laughlin et al., 2000). No entanto, observa-se redução no risco de câncer de ovário em mulheres submetidas à histerectomia. Este efeito talvez se deva às alterações do fluxo sanguíneo ovariano, pela diminuição da exposição à carcinógenos vaginais e/ou pela detecção de doença ovariana oculta no ato cirúrgico (Parazzini et al., 1993). A possibilidade de ooforectomia concomitante deve ser analisada individualmente levando-se em consideração a condição atual do ovário, o risco aumentado de acometimento futuro pelas diversas patologias, além de estudar o impacto endócrino e psíquico que possa acometer a paciente tendo em vista uma relação risco-benefício favorável.

3.4 Fisiologia da Resposta Sexual Feminina

Masters e Johnson em 1966 foram os primeiros a descrever o ciclo de resposta sexual, subdividindo-o em quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Kaplan em 1977 descreveu a fase de desejo ou apetência que corresponde à vontade de estabelecer uma relação sexual, a partir de algum estímulo sensorial, assim como pela memória de vivências eróticas e de fantasias. O novo esquema considerava o ciclo de resposta sexual, então, composto pelas fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução (Abdo, 2000).

Em 2002, a psiquiatra canadense Rosemarie Basson descreveu o modelo circular da resposta sexual feminina, onde, nos relacionamentos de longo prazo, a mulher iniciaria a relação a partir da “neutralidade sexual”, ou seja, quando estimulada pelo parceiro, atingiria graus crescentes de excitação, motivada pela intimidade, pelo ganho secundário do vínculo afetivo, ou por outras razões não sexuais, antepondo a excitação ao desejo (Basson et al., 2000). O desejo se desenvolveria posteriormente, sendo uma consequência e não a causa do ato sexual (Naughton e Mcbee, 1997).

3.4.1 Desejo

O desejo sexual é influenciado por condições orgânicas e psicológicas e pode ser considerado normal, quando os parceiros se sentem satisfeitos com a frequência de suas relações. Não há um parâmetro de normalidade estabelecido no que diz respeito à frequência em que um indivíduo deva participar de atividades sexuais.

Inúmeras variáveis podem influenciar no desejo sexual como estímulos hormonais, o estado de saúde, idade, disponibilidade de parceiro e situações outras que atuam sobre o psiquismo como o ambiente, a afetividade e depressão. Sob a influência destes fatores, a intensidade do desejo sexual pode variar de indivíduo para indivíduo e na mesma pessoa ao longo de sua vida (Sales JM, 2000).

3.4.2 Excitação

Segundo Sales JM (2000), a fase da excitação existem modificações anatômicas importantes, os grandes lábios achatam-se, elevam-se e separam-se, afastando-se da linha mediana podendo duplicar ou triplicar de tamanho pela vasocongestão. Os pequenos lábios se tornam mais ingurgitados. O corpo do clitóris alarga-se, aumenta o diâmetro e sua glândula expande-se, chegando até a duplicar de tamanho. A lubrificação vaginal se inicia de 10 a 30 segundos após o início do estímulo, com gotículas de transudato das paredes vaginais e secreções das glândulas do vestíbulo que se agregam para compor a lubrificação. Há um alongamento e expansão da vagina principalmente nos seus dois terços superiores para acomodar o pênis. As paredes vaginais, devido à congestão, adquirem a coloração vermelho-escuro e o útero, em anteversão, começa a elevar-se e contrair-se. A resposta ao estímulo sexual não é apenas genital. Há ereção da papila, aumento do volume das mamas e tumescência de aréola. Há aumento da tensão dos músculos voluntários e involuntários, aumento da pressão sistólica e dos batimentos cardíacos.

Existe uma fase de platô ou excitação avançada que é relativamente curta e intensa, seguida, quase que imediatamente, pelo orgasmo. Os grandes lábios tornam-se mais ingurgitados pelo sangue venoso. Os pequenos lábios mudam de cor e as glândulas de Bartholin secretam um material mucoide. O terço inferior da vagina sofre maior ingurgitamento, estreitando sua entrada, formando a chamada plataforma orgásmica. O clitóris sai da sua posição pudenda e retrai-se contra o corpo anterior da sínfise. No entanto, continua sensível à estimulação direta ou indireta, pela movimentação do pênis tracionando os lábios durante o coito. As mamas continuam a aumentar o volume, aumenta a tumescência da aréola e ereção papilar. O útero aumenta sua elevação e contrai-se mais intensamente.

3.4.3 Orgasmo

Na fase do orgasmo os músculos perineais e perivaginais que circundam o terço inferior da vagina ingurgitado – plataforma orgásmica – contraem-se reflexa e ritmicamente, concomitantemente às contrações do esfíncter anal. Ao mesmo

tempo, ocorrem contrações do útero, mas não no mesmo ritmo. As contrações uterinas são semelhantes às contrações do trabalho de parto, começando do fundo do útero e seguindo inferiormente em direção ao colo.

No orgasmo há contração dos músculos vaginais e contrações espasmódicas de grupos musculares do abdome, pescoço, face, nádegas. A pressão arterial, a frequência respiratória e os batimentos cardíacos atingem os maiores níveis durante o orgasmo. O clitóris está envolvido nas respostas do ciclo sexual e sua estimulação é importante para a mulher atingir o orgasmo.

A mulher pode ser multiorgásmica e experimentar, após o primeiro, um ou mais orgasmos adicionais, dentro de um pequeno intervalo desde que a sua tensão não caia abaixo do nível de platô.

3.4.4 Resolução

Na fase de resolução, período que se segue aos poucos segundos de intensa reação corpórea dos orgasmos, as estruturas corpóreas que sofrem modificações voltam ao seu estado normal de repouso. Há uma detumescência da aréola, involução da papila, diminuição do volume das mamas e o desaparecimento da miotonia e congestão. Voltam rapidamente à normalidade a frequência respiratória, a frequência cardíaca e a pressão arterial.

3.4.5 Importância do Útero na Resposta Sexual

Como foi relatado acima o útero passa por algumas modificações durante o ciclo da resposta sexual feminina principalmente com relação ao seu posicionamento na pelve. Na fase de excitação sexual, o útero começa a elevar-se, saindo da pelve verdadeira, na fase de platô. Na fase de orgasmo há contrações do útero semelhantes às contrações do trabalho de parto, começando no fundo do útero e indo em direção ao colo. A perda do útero poderia, em algumas mulheres, levar a modificações na resposta sexual e causar diminuição na percepção do orgasmo. Há possibilidade de com a retirada do colo uterino haver encurtamento da vagina e diminuição da dilatação dos fundos-de-saco. Além de que o ato cirúrgico

pode levar a aderências pélvicas aumentando o risco de dispareunia (Cavalcanti et al., 2002).

3.5 Repercussões da Histerectomia na Resposta Sexual Feminina.

A discussão sobre a influência das mudanças anatômicas provocadas pela histerectomia na função sexual ganhou destaque por meio de uma série de trabalhos publicados na década de 1980. E em um destes trabalhos Kilkku et al. (1987) foram entrevistadas 105 mulheres antes da realização de histerectomia total por via abdominal com ooforectomia bilateral, e outras entrevistas foram realizadas 6 semanas, 6 meses, um ano e 3 anos após a cirurgia. Foram também entrevistadas 107 mulheres submetidas à histerectomia subtotal com ooforectomia bilateral. Quando comparados frequência de relações sexuais, dispareunia, libido e frequência dos orgasmos foram encontrados resultados semelhantes em ambos os grupos. No entanto, houve uma leve redução na frequência das relações sexuais em ambos os grupos. A dispareunia diminuiu de algo em torno de 30% antes da cirurgia para cerca de 15% após a cirurgia nas mulheres submetidas à histerectomia total, enquanto nas submetidas à histerectomia subtotal a queda foi maior, de cerca de 28% para cerca de 6%. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes na libido. A frequência de orgasmos foi significativamente reduzida em um ano após a cirurgia no grupo submetido à histerectomia total, mas manteve-se inalterado no outro grupo; diferenças similares foram encontradas com relação aos sintomas urinários mais uma vez mostrando melhor resultado nas histerectomias subtotal (Kilkku et al., 1987). Desta forma, concluiu-se que a histerectomia subtotal era mais vantajosa, e a opção por este tipo de procedimento aumentou consideravelmente no período entre 1981 e 1986 (Thakar et al., 2002).

Um estudo prospectivo com 102 mulheres realizado posteriormente por Virtanen et al. (1995) mostrou que o efeito negativo da histerectomia total na função sexual não é tão grande quanto o percebido anteriormente e não houve diferença no padrão dos orgasmos antes e depois da cirurgia.

Desde a década de 1980, muitos estudos foram publicados sobre o tema sexualidade após a histerectomia. Um estudo de revisão realizado por Rhodes et al. (1999) examinou as alterações na função sexual após histerectomia. Neste estudo prospectivo 1.101 mulheres foram acompanhadas por dois anos, e as medidas da função sexual antes, e em 6, 12, 18, e 24 meses após a cirurgia foram aferidas. Destas mulheres, 89,2% estavam na pré-menopausa e 10,8% estavam na pós-menopausa. Quarenta e três por cento realizaram ooforectomia bilateral concomitantemente. A maioria das mulheres estava entre as idades de 35 e 49 anos eram brancas e casadas ou viviam com um parceiro masculino. Segundo os autores o percentual de mulheres comprometidas com relacionamentos envolvendo sexo aumentou significativamente de 70,5% antes de histerectomia para 77,6% e 76,7% aos 12 e 24 meses após a histerectomia. A taxa de dispareunia frequente caiu de 18,6% antes da histerectomia para 4,3% e 3,6% aos 12 e 24 meses após a histerectomia. As taxas das mulheres que não experimentam orgasmos caíram de 7,6% antes da histerectomia para 5,2% e 4,9% em 12 e 24 meses após a histerectomia. Taxa de baixa libido também diminuiu significativamente, de 10,4% antes de histerectomia para 6,3% e 6,2% em 12 e 24 meses após a histerectomia. O percentual de mulheres referindo não ter pouca lubrificação vaginal, no último mês passou de 37,3% antes de histerectomia para 46,8% e 46,7% aos 12 e 24 meses após a histerectomia. No entanto, dez por cento das mulheres sem problema sexual antes da histerectomia não tinham vida sexual ativa após a histerectomia e não havia informações sobre sua função sexual. Das mulheres que ainda estavam sexualmente ativa após a histerectomia, 9,4% desenvolveram má lubrificação vaginal, 2,3% anorgasmia, 5,2% uma baixa da libido, e 2% dispareunia, que ainda estava presente após 24 meses da cirurgia.

Rhodes et al. (1999) fizeram análises adicionais para estimar associação entre variáveis como raça, estado menopausal, depressão pré-histerectomia, apoio dos companheiros, técnica utilizada, ooforectomia e reposição hormonal pós-cirurgia e a existência de problemas específicos 12 meses após. Para cada problema sexual, a existência do mesmo antes da realização do procedimento constitui o mais forte preditor da presença do mesmo problema 12 meses após a cirurgia. De todos os fatores listados, apenas depressão pre-histerectomia foi associado com dispareunia, secura vaginal, baixa libido, e anorgasmia após a cirurgia. Além disso, o

estado geral de saúde e a qualidade de vida melhoraram após o procedimento para estas mulheres e, simplesmente por se sentirem melhor, após histerectomia, tiveram sua função sexual melhorada.

Para Maas et al. (2003) a interpretação dos resultados do estudo realizado por Rhodes et al. (1999) deve ser feita levando-se em consideração críticas como o fato de a entrevista ter sido centrada na quantidade e não a qualidade da atividade sexual. A função sexual foi medida por meio de perguntas fechadas e de múltipla escolha ao invés da utilização de questionários padronizados sobre a resposta sexual ou entrevistas. Nenhuma pergunta foi feita se o orgasmo foi vivido de uma forma qualitativamente diferente. Não foram realizadas perguntas sobre a experiência subjetiva de excitação sexual. Além disso, os pacientes foram entrevistados pouco antes de histerectomia, um tempo durante o qual a sexualidade pode ter sido afetada negativamente por ansiedades relacionadas à cirurgia. Desta forma, os resultados deste estudo podem superestimar os efeitos positivos da histerectomia sobre a função sexual.

Em outro trabalho, Farrell e Kieser (2000) realizaram uma revisão sistemática e encontraram dezoito estudos sendo 8 retrospectivos e 10 prospectivos. Estes estudos foram avaliados quanto à qualidade metodológica e para conclusões sobre o impacto da histerectomia sobre a sexualidade. Com poucas exceções, estes autores consideraram a qualidade metodológica dos estudos avaliados pobre. Dentre os fatores que contribuíram para a má avaliação estão: variáveis dependentes foram muito mal definidas; na maioria dos estudos, os conceitos de satisfação sexual foram simplificados; em nenhum dos estudos uma definição da libido foi fornecida; e o interesse em contato sexual com um parceiro macho foi assumido como reflexo indireto da libido. Muitas perguntas foram simplesmente feitas sem uma definição conceitual exata: se a libido estava aumentada, diminuída ou inalterada. Além disso, as perguntas sobre o orgasmo eram simplórias abordando se o mesmo foi ou não atingido e se estava aumentado, diminuído ou normal. A maioria dos pesquisadores não consideram importantes variáveis confundidoras como o relacionamento com o parceiro, os efeitos hormonais, o bem-estar psicológico, a indicação para a cirurgia, assim como o tipo de cirurgia.

Farrell e Kiesser (2000) identificaram em sua revisão apenas um estudo melhor desenhado onde foram comparados, em termos psiquiátrico e psicossocial, os resultados da histerectomia e ablação endometrial para o tratamento de sangramento uterino disfuncional em um estudo randomizado prospectivo controlado realizado por Alexander et al. (1996). No entanto, Maas et al. (2003) criticam o trabalho realizado por Alexander et al. (1996) e considera que o método de aferição da função sexual neste estudo não é claro e parece insuficiente para tirar conclusões gerais e não foi dado nenhum detalhe sobre as perguntas que foram feitas.

Na maioria dos estudos utilizados no trabalho realizado por Farrell e Kiesser (2000), ou não foram encontradas mudanças ou uma repercussão positiva na sexualidade foi encontrada, em mulheres submetidas à histerectomia. A porcentagem de mulheres com libido inalterada ou melhorada variou entre 60 e 100%. Para orgasmo, esses números foram de 75 a 92% inalterada ou aumentada. Os resultados destes estudos levaram os pesquisadores a concluir que houve uma melhora na qualidade de vida para a maioria das mulheres submetidas à histerectomia e que a histerectomia não afetou adversamente a sexualidade.

Um estudo randomizado duplo-cego realizado por Hurskainen et al. (2001) comparou um sistema intrauterino liberador de levonorgestrel com histerectomia em termos de qualidade de vida e custo-benefício para as mulheres com menorrágia. De 598 mulheres todas na pré-menopausa, com menorrágia, 184 não eram elegíveis, 178 se recusaram a participação, e 236 eram elegíveis e aceitaram participar. Elas foram distribuídas aleatoriamente para tratamento com o levonorgestrel intrauterino (n = 119) ou histerectomia (n = 117). Os escores de qualidade de vida foram significativamente menores para ambos os grupos de mulheres com menorrágia, em comparação com mulheres sem doenças da mesma idade, e eles foram comparáveis com o escore de mulheres com doenças crônicas. A qualidade de vida, assim como os escores de depressão e ansiedade melhoraram significativamente tanto no grupo levonorgestrel quanto no grupo histerectomia.

Um trabalho randomizado duplo-cego do realizado por Thakar et al. (2002) foram comparadas a histerectomia total e subtotal por via abdominal em 279 mulheres encaminhadas para esta cirurgia devido à doença benigna. Destas, 117

(88%) das 133 mulheres no grupo subtotal e 132 (90%) de 146 mulheres no grupo total, estavam na pré-menopausa. Com relação à função sexual, os dois grupos foram semelhantes no pós-operatório, após 12 meses da cirurgia, com relação à frequência do orgasmo, extensão da lubrificação vaginal e avaliação da relação sexual com o parceiro. A Frequência de relações sexuais aumentou em ambos os grupos após a cirurgia, sem efeito significativo de um tipo específico de cirurgia neste resultado. O estudo concluiu que nenhum tipo de cirurgia mostrou um efeito adverso sobre a sexualidade. Além da resposta sexual foram avaliados a função da bexiga e intestino, mas os resultados foram semelhantes para ambas as técnicas.

Um estudo prospectivo observacional realizado por Roovers et al. (2003), com duração de 6 meses, acompanhou 352 mulheres submetidas à histerectomia por doença benigna exceto prolapso uterino sintomático e endometriose, com a finalidade de avaliar a qualidade da função sexual em mulheres após a cirurgia. Todas as mulheres tinham de ter um parceiro masculino e as principais indicações cirúrgicas foram sangramento intenso ou irregular, dor abdominal e/ou dismenorreia. Das 352 mulheres da amostra, 104 foram submetidas à histerectomia total vaginal, 84 submetidas à histerectomia abdominal subtotal, e 164 foram submetidas à histerectomia abdominal total. Um questionário para avaliar a função sexual foi utilizado e as perguntas foram selecionadas para identificar pacientes com problemas com lubrificação, orgasmo, dor ou sensação desagradável nos órgãos genitais, e excitação. Não foi incluída a análise da frequência de ocorrência dos sintomas. Das 477 mulheres que foram convidadas a participar, 413 aceitaram; 34 foram excluídas porque não tinham um parceiro sexual masculino no início do estudo. Das 379 mulheres restantes, 310 eram sexualmente ativas tanto antes quanto depois da cirurgia. Estas 310 (65% da amostra de 477) tiveram a função sexual analisada. Das 173 pacientes que relataram um ou mais problemas sexuais antes da histerectomia não houve diferença significativa entre o tipo de cirurgia (vaginal, subtotal ou total) e a ocorrência destes problemas após a histerectomia. Novos problemas sexuais foram desenvolvidos em 9 (23%) pacientes após histerectomia vaginal, 8 (24%) pacientes após histerectomia subtotal, e 12 (19%) pacientes após histerectomia total. Desta forma, concluiu-se que para a maioria das mulheres o prazer sexual melhora com a histerectomia, independentemente das técnicas cirúrgicas. A comparação das pacientes que se submeteram à

histerectomia total vaginal com as que tinham sido submetidas à histerectomia abdominal total ou subtotal houve um aumento, mas não estatisticamente significativo da prevalência de problemas persistentes como diminuição da lubrificação e excitação. A diminuição da sensibilidade genital foi mais frequente na histerectomia via abdominal (total ou subtotal) que após histerectomia vaginal o que sugere uma associação com lesão da inervação autonômica pélvica.

4 Discussão

De acordo com a literatura analisada, apesar de a participação do útero não ser determinante para uma resposta sexual adequada na mulher, é possível haver disfunção sexual após a histerectomia por haver mudanças em variáveis como os fatores psicológicos, sociais e orgânicos. Algumas mulheres só se dão conta da importância do útero como garantia de ser mulher após a sua retirada e a necessidade de realizar uma cirurgia para a retirada desse órgão pode, em muitos casos, provocar conflitos emocionais, insegurança e ansiedade, gerando mudanças sobre o desejo sexual.

A mulher submetida à histerectomia o faz mediante uma indicação médica. Desta forma, existe um contexto clínico em que houve uma relação risco-benefício favorável. Então, existia um incômodo inicial que levou a mulher a procurar o serviço de saúde e estes sintomas podem interferir na resposta sexual. Sendo assim, quando há uma indicação válida de histerectomia as mulheres relatam poucas ou menos graves disfunções sexuais após a histerectomia devido ao fato de a cirurgia as livrar de sintomas como menorragia e dispareunia. Além disto, uma porcentagem importante das mulheres submetidas à histerectomia foi diagnosticada com depressão e esta associação refletiu na ausência de melhora significativa na função sexual após a cirurgia.

Uma variável importante é o estado psicológico das pacientes submetidas à histerectomia. As mulheres, em geral, sentem-se melhor após o tratamento devido ao alívio dos sintomas da menorragia. Este efeito ocorre tanto na histerectomia quanto no tratamento clínico e o principal preditor do bem-estar psicológico de mulheres após a histerectomia parece ser o seu estado psicológico antes da cirurgia ao invés do modo do tratamento da menorragia.

De acordo com as evidências dos estudos clínicos já realizados a conservação do colo do útero não promoveu um efeito benéfico, questionando o pressuposto de que as mudanças na cúpula vaginal pudessem causar dispareunia após histerectomia total. Um aumento da frequência de distúrbios do orgasmo não foi observado, negando o papel do útero no orgasmo.

Outro aspecto com subsídio anatomofisiológico para uma pior função sexual é a hipótese de que a lesão cirúrgica modifica a inervação normal e leva a uma vasocongestão e lubrificação deficiente. Esta questão é muito específica para ser respondida por meio de questionários como realizado nos diversos trabalhos. Haveria necessidade de outros meios para avaliar estes parâmetros, que não foram utilizados e deixam as discussões no âmbito das suposições.

As mudanças qualitativas na função sexual não foram devidamente esclarecidas principalmente por existir uma dificuldade em se projetar protocolos de pesquisas clínicas que contemplem todo o potencial de mudanças existente, tanto psicológicas e sociais como anatômicas para o desenvolvimento de disfunção sexual feminina.

Há uma série de lacunas na base de conhecimento referentes a este assunto. Pesquisas futuras nesta área são necessárias para assegurar uma condução adequada destas pacientes. Em suma, os estudos sobre as experiências das mulheres nesta cirurgia mostram muitas vezes fragilidades metodológicas que de certa forma são condizentes com as dificuldades em medir satisfação sexual e em definir e descrever as variáveis importantes. E há uma tendência de as mulheres relatarem a melhoria da função sexual após a cirurgia já que os seus sintomas foram aliviados. Isto acaba refletindo nos atuais estudos que divergem quanto as suas conclusões. Indicando que a histerectomia ou não tem nenhum efeito ou tem um efeito positivo sobre a sexualidade, algumas vezes até sugerindo impacto negativo.

5 Considerações Finais

A resposta sexual depende de questões não-orgânicas como a formação cultural, psicológica e sexual. Estas questões variam de indivíduo para indivíduo e é possível que estes fatores influenciem diferentemente a cada mulher submetida à histerectomia. Desta forma, é compreensível que haja diferentes resultados dentro de uma mesma amostra de estudo, pois não apenas da técnica cirúrgica ou de questões orgânicas outras depende a resposta sexual. O simbolismo do útero e toda a carga subjetiva empregada a ele é uma característica individual de cada mulher. Com isto, uma mesma abordagem cirúrgica pode ter diferentes resultados devido à particularidade de como a paciente lida com todo o contexto desde a descoberta da necessidade de se retirar o útero até a perda efetiva do órgão.

O médico precisa estabelecer um diálogo com a paciente, enquanto tenta decidir se uma histerectomia deve ser realmente indicada. Há uma necessidade urgente para a educação da população sobre os aspectos físicos, psicológicos e sexuais da histerectomia. A indicação para a cirurgia deve ser explicada de forma clara e numa linguagem que o paciente possa compreender, as alternativas de tratamento devem ser mencionadas e a razão da escolha da histerectomia deve ser explicada. Os riscos, benefícios e efeitos colaterais devem ser abordados, mas de tal forma que a paciente não fique alarmada.

As expectativas da paciente e sua família são muito importantes em sua visão do sucesso ou fracasso da operação. O útero é o principal órgão associado à reprodução e uma parte importante da imagem de uma mulher e, em algumas culturas, a sexualidade de uma mulher e o potencial reprodutivo dela são vistos como partes importantes de seu valor ou status na família ou na sociedade como inteiro.

REFERÊNCIAS

- ABDO CHN. **Sexualidade humana e seus transtornos**. 2a.ed. São Paulo: Lemos; 2000. p.31-2.
- ALEXANDER DA et al. **Randomised trial comparing hysterectomy with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: psychiatric and psychosocial aspects**. *BMJ*. 1996 Feb 3;312(7026):280-4. PubMed PMID: 8611783; PubMed Central PMCID: PMC2349907.
- ANGERAMI-CAMON VA. **Urgências psicológicas no hospital – as cirurgias ginecológicas: na questão para a psicologia**. São Paulo: Ed. Thomson Pioneira; 1998. 211p.
- BASSON R et al. **Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications**. *J Urol*. 2000; 163(3):888-93.
- CALIRI MHL, CUNHA AMP. **A experiência da mulher ao enfrentar a histerectomia**. *Femina*. 1998;26(9):749-52.
- CARLSON KJ, NICHOLS DH, SCHIFF I. **Indications for hysterectomy**. *N Engl J Med* 1993;328:856–860.
- CAVALCANTI AL et al. **Sexualidade nas mulheres histerectomizadas**. *Rev Ginecol Obstet*. 2002;13(3):171-84.
- CDC. Disponível em: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/WomensRH/Hysterectomy.htm>. Acessado em 19 de maio de 2012 às 19:52 Hrs.
- CORLETA HVE et al. **Tratamento atual dos miomas**. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29:324-8.
- COSTA JF. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal; 1979, p. 282.
- DATASUS. Ministério da Saúde. **Procedimentos hospitalares do SUS**. 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiba.def>
- DORLAND'S. *Illustrated Medical Dictionary*. [serial on the Internet]. http://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns_hl_dorlands. Acessado em: 27/05/12.
- FAISAL CA, CURY L. **Morbidade Psicológica Após Histerectomia e Mastectomia**. *Femina* 2005; 33:665-68.
- FARRELL SA, KIESER K. **Sexuality after hysterectomy**. *Obstet Gynecol*. 2000 Jun;95(6 Pt 2):1045-51. Review. PubMed PMID: 10808032.

HELSTRÖM L, SORBOM D, BACKSTROM T. **Influence of partner relationship on sexuality after subtotal hysterectomy.** Acta Obstet Gynecol Scand. 1995; 74:142-6.

HURSKAINEN R, et al. **Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial.** Lancet. 2001 Jan 27;357(9252):273-7. PubMed PMID: 11214131.

KILKKU P, et al. **Abdominal hysterectomy versus supravaginal uterine amputation: psychic factors.** Ann Chir Gynaecol Suppl. 1987;202:62-7. PubMed PMID: 3477989.

LAUFER ME. **O complexo de Édipo feminino e sua relação com o corpo.** In: Breen D (org.). O enigma dos sexos. Ed. Elizabeth Bott Spillius. Rio de Janeiro Imago. 1998.

LAUGHLIN GA, et al. **Hysterectomy, oophorectomy, and endogenous sex hormone levels in older women: The Rancho Bernardo Study.** J Clin Endocrinol Metab 2000; 85:645-51.

LEE NC, et al. **Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy.** Am J Obstet Gynecol. 1984 Oct 1;150(3):283-7. PubMed PMID: 6486193.

LORENZI DRS, BARACAT EC. **Climatério e Qualidade de Vida.** Femina 2005; 33: 899-903.

MAAS CP, WEIJENBORG PT, TERKUILE MM. **The effect of hysterectomy on sexual functioning.** Annu Rev Sex Res. 2003;14:83-113. Review. PubMed PMID: 15287159.

MATINGLY RF. **Ginecologia operatória te linde.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan; 1979.

MEAD M. **Macho e Fêmea: um estudo dos sexos num mundo em transformação.** Rio de Janeiro: Ed. Vozes Ltda; 1971.

MOORE K, DALLEY A - **Anatomia Orientada para a Clínica.** 5ª Ed, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007:1101.

NAUGHTON MJ, MCBEE WL. **Qualidade de vida relacionado à saúde pós-histerectomia.** Grupo Editorial Moreira JR 1997; 40:947-57.

NOVOA AM. **Histerectomia: efeitos emocionais na identidade feminina Opinião.** 6; 1991, p.193-5.

- NOVAK ER, JONES GS, JONES HW. **Novak-Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A; 1977.
- PARAZZINI F et al. **Hysterectomy, oophorectomy, and subsequent ovarian cancer risk**. *Obstet Gynecol* 1993; 81:363-6.
- PARKER R. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. 2a ed. Trad. de MTM Andrade. São Paulo: Best Seller; 1991, p. 295.
- PINTO AC, BARACAT F, MACÉA JR. **Aspectos Anatômicos da Sexualidade Feminina**. *Femina* 2005; 33: 9-12.
- PRIORE MD. **Histórias das Mulheres no Brasil**. BASSANEZI, C. (coord. textos). São Paulo: Ed. Contexto; 1997. 678 p.
- RHODES JC et al. **Hysterectomy and sexual functioning**. *JAMA*. 1999 Nov 24;282(20):1934-41. PubMed PMID: 10580459.
- ROOVERS JP et al. **Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hysterectomy**. *BMJ*. 2003 Oct 4;327(7418):774-8. PubMed PMID: 14525872; PubMed Central PMCID: PMC214074.
- SALES JM. **Anatomofisiologia da resposta sexual humana**. In *Tratado de Ginecologia*, ed HW Halbe, São Paulo, Roca, 3a ed, 2000, pp 1909-1922.
- SAUL M. GENUTH **Fisiologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 1011p.
- THAKAR R. et al. **Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy**. *N Engl J Med*. 2002 Oct 24;347(17):1318-25. PubMed PMID: 12397189.
- TOZO IM et al. **Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino**. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009; 31:503-7.
- VIRTANEN HS, MÄKINEN JI, KIILHOLMA PJ. **Conserving the cervix at hysterectomy**. *Br J Obstet Gynaecol*. 1995 Jul;102(7):587. PubMed PMID: 7647072.
- VOMVOLAKI E et al. **The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes**. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2006;11:23-7.
- ZOBBE V et al. **Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy**. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83:191-6.