

Estudo da função sexual em mulheres submetidas a cirurgia bariátrica

Study of sexual function in women underwent bariatric surgery

Lissa Cerosino de Souza¹, Krislainy de Sousa Corrêa²,
Gabriella Assumpção Alvarenga Schimchak³

Souza LC, Corrêa KS, Schimchak GAA. Estudo da função sexual em mulheres submetidas a cirurgia bariátrica / Study of sexual function in women underwent bariatric surgery. Rev Med (São Paulo). 2021 jul.-ago.;100(4):329-34.

RESUMO: *Introdução:* A Cirurgia Bariátrica (CB) surge como forma de tratamento de várias comorbidades associadas à obesidade, e pode estar associada a melhora significativa tanto da qualidade de vida quanto da função sexual de mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico. *Objetivo:* avaliar a função sexual, qualidade de vida e identificar a prevalência de disfunção sexual em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Método:* Estudo transversal realizado com mulheres que foram submetidas a CB e que fizeram acompanhamento em um Hospital Particular e por busca ativa. Foram aplicados os instrumentos de Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) e qualidade de vida (BAROS). *Resultados:* Foram avaliadas 26 mulheres, que se consideraram à vontade ao falar de sexo (46%), 42% consideraram que a frequência sexual após a CB aumentou, 30% consideraram que diminuiu, 50% relatam que a satisfação sexual após a cirurgia melhorou, 42% consideraram sua vida sexual boa, 26% ótima e 23% regular. A disfunção sexual teve prevalência de 38%, a média de desempenho no FSFI foi de 25,93 ± 7,86 pontos (Min=5 e Máx = 35,70 pontos). A qualidade de vida analisada pelo BAROS foi considerada “excelente” por 42% e “muito bom” por 38%. Houve correlação entre a função sexual (FSFI) e qualidade de vida (Baros) ($r = 0,67$, $p < 0,001$). Além disso, não ter disfunção sexual está associado com melhor qualidade de vida ($p = 0,001$). *Conclusão:* A prevalência de disfunção sexual foi de 38,5%, sendo que a maioria das mulheres apresentou função sexual preservada. A qualidade de vida foi avaliada como excelente e muito boa, enquanto a vida sexual foi classificada de boa a ótima pela maior parte das mulheres. Qualidade de vida mostrou associação a função sexual.

Palavras-chaves: Cirurgia bariátrica; Função sexual feminina; Obesidade; Qualidade de vida.

ABSTRACT: *Introduction:* Bariatric Surgery (CB) is an approach for treating several comorbidities related to obesity, and can be associated with significant improvement both in the quality of life and in the sexual function of women undergoing the surgical procedure. *Objective:* to assess sexual function, quality of life and establish the prevalence of sexual dysfunction in women undergoing bariatric surgery. *Method:* Cross-sectional study conducted with women who were submitted to Bariatric Surgery and who were followed up in a Private Hospital and through active search. The Female Sexual Function Index (FSFI) and quality of life (BAROS) instruments were applied. *Results:* 26 women were evaluated, who considered themselves at ease when talking about sex (46%), 42% acknowledged that sexual frequency after Bariatric Surgery has increased, 30% recognized that it has decreased, 50% reported that sexual satisfaction after surgery has improved, 42% considered their sex life to be good, 26% excellent and 23% regular. Sexual dysfunction had a prevalence of 38%, the average performance in the FSFI was 25.93 ± 7.86 points (Min = 5 and Max = 35.70 points). The quality of life analyzed by BAROS was considered “excellent” by 42% and “very good” by 38%. There was a parallel between sexual function (FSFI) and quality of life (Baros) ($r = 0.67$, $p < 0.001$). In addition, not having sexual dysfunction is associated with a better quality of life ($p = 0.001$). *Conclusion:* The prevalence of sexual dysfunction was 38.5%, with the majority of women having preserved sexual function. Quality of life was rated as excellent and very good, while sex life was rated good to excellent by most women. Quality of life showed an association with sexual function.

Keywords: Bariatric surgery; Female sexual function; Obesity; Quality of life.

Apresentado no VI Congresso de Ciência e Tecnologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 20-23 out. 2020.

1. Fisioterapeuta, graduada em fisioterapia na Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil; ORCID: 0000-0001-8360-3867. E-mail: lissacerosino25@gmail.com.
2. Mestre em Atenção à Saúde, docente do curso de fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil; ORCID: 0000-0001-8150-4582. E-mail: krislainycorrea@hotmail.com.
3. Doutora em Ciências da Saúde, docente do curso de fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil; ORCID: 0000-0002-3413-8302. E-mail: gaalvarenga@hotmail.com.

Endereço para correspondência: Lissa Cerosino de Souza. Rua SP 14 Qd. 11 Lt. 19 Setor Perim. Goiânia, Goiás. CEP 74580-360. E-mail: lissacerosino25@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma doença crônica de etiologia complexa e multifatorial, resultante de fatores genéticos, comportamentais, metabólicos e ambientais. Além de estar diretamente associada ao risco de desenvolver doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), metabólicas como diabetes *mellitus* (DM), também predispõe a distúrbios músculoesqueléticos (osteoartrite), depressão, doenças do sono (apneia do sono), alterações bioquímicas como hipercolesterolemia (LDL aumentado e HDL reduzido), esteatose hepática e alguns tipos de neoplasia¹, além disso a obesidade pode afetar a função sexual feminina². Dessa forma a indicação da cirurgia bariátrica (CB) vem se tornando mais frequente para o tratamento de obesidade³.

A perda de peso juntamente com outros mecanismos incluindo a mediação de hormônio sexual são relacionados com o aumento de estradiol (E2), hormônio folículo estimulante (FSH), hormônio luteinizante (LH) e ligação de hormônios sexuais globulina (SHGB) e diminuição de testosterona (TT) e sulfato de desidroepiandrosterona (DHEA-S)⁴. A CB surge como forma de tratamento de várias comorbidades associadas à obesidade, pois promove a normalização de variáveis bioquímicas e hemodinâmicas, com melhora dos níveis de colesterol, HDL, LDL, VLDL, triglicérides, glicose, pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD)⁵. A CB é um importante instrumento no tratamento da obesidade tendo resultados bastante positivos na qualidade de vida⁵.

O conceito de qualidade de vida preconizado pela OMS é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Assim, abrange o bem-estar espiritual, psicológico, mental, emocional e físico, e também envolve relacionamentos sociais, como família, amigos, saúde, função sexual, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida⁶.

A função sexual interfere diretamente na qualidade de vida e pode ter maior impacto sobre a mulher, visto que a diminuição pode acarretar efeitos negativos sobre os aspectos psicológicos, social e emocional⁷. É provável que a função sexual seja o resultado de uma combinação de fatores modificados pela a CB, ou seja, imagem corporal, estado psicológico e mental, níveis de hormônios sexuais, qualidade relacionada à saúde e à peso⁴.

A disfunção sexual é multifatorial, podendo ser por falta de aporte sanguíneo no clitóris e vagina, distúrbios neurológicos e causas hormonais como disfunções do eixo hipotálamo-hipófise com consequente diminuição dos níveis de estrogênio e/ou testosterona que estão associados à falta de desejo sexual, secura vaginal e diminuição de excitação⁸.

Há alta frequência de dificuldades sexuais e perda do desejo sexual como consequência de obesidade. Portanto, o tratamento desta condição deve abordar a vida sexual da paciente obesa. Logo, é necessário verificar os impactos da cirurgia bariátrica, uma das opções para tratamento da obesidade, sobre a função sexual e qualidade de vida em pacientes obesas^{8,9}.

Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar a função sexual, qualidade de vida e identificar a prevalência de disfunção sexual em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal observacional, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (parecer n. 3.564.337)

A amostra foi composta tanto por mulheres submetidas à cirurgia bariátrica que fizeram acompanhamento no Hospital Particular quanto por busca ativa, que se define como ir à procura de indivíduos com o fim de identificação de possíveis participantes da pesquisa. Este processo se deu com auxílio de quatro colaboradoras que utilizaram suas redes sociais para identificar pessoas que fizeram a CB e estavam dispostas a colaborar com o estudo, na cidade de Goiânia, Goiás. Todas as mulheres foram abordadas enquanto aguardavam consulta médica.

Os critérios de inclusão foram sexo feminino, mulheres sexualmente ativas, idade superior a 20 anos, submetidas a cirurgia bariátrica e que tivessem realizado a cirurgia há pelo menos 6 meses; e os de exclusão, foram mulheres em fase de climatério ou menopausa, baixa escolaridade, mulheres já submetidas a cirurgia reparadora e mulheres que já fizeram reposição hormonal. Os dados foram colhidos de agosto de 2019 a março de 2020.

Antes de iniciar a coleta de dados, o procedimento da pesquisa foi apresentado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as participantes que aceitaram fazer parte da pesquisa, assinaram o consentimento e posteriormente foram aplicados os instrumentos: Índice de Função Sexual Feminina (FSFI); e *Bariatric Analysis and Reporting Outcome System – Moorehead-Ardelt* (BAROS) e uma ficha de criação das próprias autoras com questões objetivas a respeito das percepções das mulheres.

O Índice de Função Sexual Feminina consegue verificar a resposta sexual feminina e suas categorias e subitens foram baseados na classificação de disfunção sexual feminina da *American Foundation for Urologic Disease* (AFUD). São 19 itens que analisam seis domínios da função sexual: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, enfatizando o distúrbio da excitação. Esta categoria é subdividida em dois domínios separados de lubrificação (quatro itens) e excitação propriamente dita (quatro itens), permitindo avaliar componentes como

lubrificação e excitação subjetiva e desejo¹⁰. Avalia cada domínio separadamente ou toda a composição. Cada domínio apresenta escores e as opções de respostas são pontuadas de 0-5 nas questões 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, já as questões 1, 2, 15, 16 são pontuadas de 1-5. A pontuação é invertida somente nos questionários relacionados a dor (17, 18 e 19) sendo pontuadas de 0-5. Quando somados os escores de cada domínio, são multiplicados por um fator que iguala a influência de cada domínio, e, ao final, chega-se ao escore total. Desejo (1,2) o fator de multiplicação é 0,6, excitação (3,4,5,6) e lubrificação (7, 8, 9, 10) o fator é 0,3, já orgasmo (11, 12, 13), satisfação (14, 15, 16) e dor (17, 18, 19) o fator é 0,4. O valor dos escores de cada domínio variam de 0 a 6 (exceto desejo que o mínimo é 1,2 e satisfação 0,8) e o escore total varia de 2 a 36. Quanto maior o escore final, melhor a função sexual¹¹.

O BAROS avalia e busca igualar o relato dos resultados de cirurgias bariátricas, tornando-se o principal instrumento para relatar os resultados dessas operações. Os cinco principais aspectos avaliados são peso, comorbidade, qualidade de vida, complicações e reoperações¹². O questionário para qualidade de vida foi elaborado por Moorehead Ardel do protocolo BAROS. É constituído por cinco domínios: autoestima, atividades físicas, relacionamento social, atividade sexual e desempenho no trabalho. Para cada pergunta existem cinco alternativas de resposta, representando um nível gradual de satisfação¹². O item "autoestima" totaliza até 1 (um) ponto (Muito pior = -1; Pior = -0,5; O mesmo = 0; Melhor = +0,5; Muito melhor = +1). Os outros itens: atividade física, relação social, desempenho no trabalho e interesse sexual, poderiam totalizar até 0,5 ponto cada item (muito menos = -0,5; Menos = -0,25; O mesmo = 0; Mais = +0,25; Muito mais = +0,5). Na análise da pontuação final, os resultados das avaliações podem ser classificados como "Insuficiente", "Moderado", "Bom", "Muito bom" e "Excelente"¹³. A avaliação final de qualidade de vida computada resulta em valor numérico entre -3 e +3. Deste modo, a qualidade de vida é classificada com muito diminuída (-3 a -2,25), diminuída (-2 a -0,75), inalterada (-0,5 a 0,5), melhorada (0,75 a 2) e muito melhorada (2,25 a 3)¹³.

A ficha de percepção das mulheres é constituída por 19 questões, de 1 ao 10 é relacionado ao perfil sociodemográfico como idade, estado civil, escolaridade, profissão, carga horária semanal, número de filhos, parceiro fixo, religião, cor de pele e comorbidades. Já da questão 11 ao 19, investiga sobre a percepção das mulheres em relação a sexo e a cirurgia bariátrica: como a pessoa se sente ao falar de sexo, frequência sexual, satisfação sexual após CB, mudança na satisfação sexual, se faria a CB novamente e como considera a sua vida sexual.

Os dados foram analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS versão 26. A normalidade dos dados foi verificada utilizando o teste de Shapiro-Wilk. A caracterização do perfil sociodemográfico e a percepção das mulheres foi realizada utilizando a frequência absoluta (n), frequência relativa (%) para as variáveis categóricas; média e desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis contínuas. Utilizou-se o teste de correlação de Spearman

para verificar correlação entre função sexual e qualidade de vida. Em todas as análises foi adotado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 26 mulheres que foram submetidas à cirurgia bariátrica, sendo 19 delas colhidas em um hospital privado e 7 por busca ativa. A maioria é jovem, casada, branca e católica, com ensino superior e trabalham mais de 36 horas semanais, dois filhos, parceiro fixo e sem comorbidades, conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres (n = 26)

	Média ± DP	Mínimo - Máximo
Idade	40,12 ± 9,50	19,00 - 54,00
	n	%
Estado civil		
Casada	17	65,4
Divorciada	3	11,5
Solteira	6	23,1
Escolaridade		
Ensino fundamental	1	3,8
Ensino médio	5	19,2
Ensino superior	20	76,9
Profissão		
Estudante	3	11,5
Professora	11	42,3
Profissional da saúde	1	3,8
Serviços administrativos	5	19,2
Serviços gerais	2	7,7
Outras	4	15,4
Carga horária		
20 a 30h	5	19,2
36 a 40h	9	34,6
44 a 64	6	23,1
Não se aplica	6	23,1
Nº de filhos		
0	6	23,1
1	9	34,6
2	11	42,3
Parceiro fixo		
Não	4	15,4
Sim	22	84,6
Religião		
Católica	13	50,0
Espírita	5	19,2
Evangélica	7	26,9
Umbanda	1	3,8
Cor de pele		
Branca	17	65,4
Negra	1	3,8
Parda	8	30,8
Comorbidades		
Não	14	53,8
Sim	12	46,2

n, frequência absoluta; %, frequência relativa; DP = desvio padrão

Nas percepções das mulheres 46% se consideram à vontade ao falar de sexo, 42% consideram que a frequência sexual após a CB aumentou, 30% consideram que diminuiu, 50% relatam que a satisfação sexual após a cirurgia melhorou, 73% consideram que ocorreram mudanças na satisfação sexual, mais de 84% fariam a CB novamente, 42% consideram sua vida sexual boa, 26% ótima e 23% regular conforme a Tabela 2.

A disfunção sexual teve prevalência de 38,5% de acordo com a FSFI, enquanto a qualidade de vida analisada pelo BAROS foi considerada “excelente” por 42% e “muito bom” por 38% conforme apresentado nas Tabelas 2 e 3. A especificação dos escores de cada domínio da FSFI e a média de desempenho no questionário BAROS estão apresentados na Tabela 3.

Houve correlação entre a função sexual (FSFI) e qualidade de vida (Baros) ($r=0,67$, $p<0,001$). Além disso, não ter disfunção sexual está associado com uma melhor qualidade de vida ($p=0,001$), conforme a Tabela 4.

Tabela 2. Caracterização da função sexual, qualidade de vida e percepção das mulheres (n = 26)

	n	%
BAROS		
Moderada	3	11,5
Bom	2	7,7
Muito bom	10	38,5
Excelente	11	42,3
FSFI		
Disfunção	10	38,5
Normal	16	61,5
Percepção das mulheres		
Sentimento ao falar de sexo		
Envergonhada	1	3,8
Neutra	5	19,2
À vontade	12	46,2
Muito à vontade	8	30,8
Frequência sexual após a cirurgia		
Aumentou	11	42,3
Mesma	7	26,9
Diminuiu	8	30,8
Satisfação sexual após a cirurgia		
Diminuiu	6	23,1
Mesma	7	26,9
Melhorou	13	50,0
Mudança na satisfação sexual		
Não	7	26,9
Sim	19	73,1

n, frequência absoluta; %, frequência relativa

Tabela 3. Estatísticas descritivas da função sexual e qualidade de vida medida pelos escores do FSFI e BAROS respectivamente

	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
BAROS	1,63	1,28	2,00	-1,00	3,00
FSFI					
Desejo	3,69	1,50	3,60	1,20	6,00
Excitação	4,10	1,35	4,35	1,50	5,70
Lubrificação	4,48	1,51	4,95	1,50	6,00
Orgasmo	4,29	1,62	4,40	0,00	6,00
Satisfação	4,63	1,48	5,20	0,80	6,00
Dor	4,74	1,66	5,40	0,00	6,00
Total	25,93	7,86	28,25	5,00	35,70

Tabela 4. Resultado da comparação da função sexual com o escore de BAROS

	FSFI (Média ± DP)		p*
	Disfunção (n=10)	Normal (n=16)	
BAROS	0,78 1,29	2,17 0,97	<0,001

*Teste de correlação de Spearman; DP= desvio padrão

DISCUSSÃO

De acordo com Cherik et al.¹⁴, Oliveira et al.¹⁵, Sarwer et al.¹⁶, Paul et al.¹⁷, Treacy et al.¹⁸, Janik et al.¹⁹ e Assimakopoulos et al.²⁰ a média de idade das mulheres que fizeram CB foi de 39 anos sendo respectivamente de lugares como França, Brasil, Dakota do Norte, Suécia, França, Polônia e Grécia, o que corrobora com o presente estudo, mesmo que um dos estudos¹⁹, apresente amostra quatro vezes maior do que desta pesquisa. O mesmo ocorreu com estado civil e a religião, pois a maioria era casada e católica assim como em outros estudos^{14,15,19,20}.

Sobre a escolaridade, as mulheres do presente estudo estudaram mais tempo do que nos trabalhos de Oliveira et al.¹⁵ e Sarwer et al.¹⁶, nos quais as mulheres apresentaram ensino médio completo em 33% e 21% respectivamente. Sobre a profissão, carga horaria, parceiro fixo e filhos não foi possível comparar os dados já que os Cherick et al.¹⁴, Oliveira et al.¹⁵ e Sarwer et al.¹⁶ não abordam este dado na descrição dos seus resultados. Em relação a cor da pele os dados de Oliveira et al.¹⁵ são de etnia mistas, o que não corrobora com o presente estudo.

Em relação às comorbidades, os dados do Cherick et al.¹⁴, que vão dos 3 a 6 meses após a CB, apresentam maior porcentagem em artrite e depressão, já Oliveira et al.¹⁵ que apresentam dados após 6 meses de CB, as principais comorbidades são hipertensão e apneia do sono e Sarwer et al.¹⁶ apresenta em seus dados hipertensão. No presente estudo, as comorbidades que tiveram a maior porcentagem foram hipertensão e depressão o que está de acordo com

os estudos de Cherick et al.¹⁴ e Sarwer et al.¹⁶.

Sobre sentimento ao falar de sexo e se faria CB novamente não foi possível comparar os dados já que os Cherick et al.¹⁴, Oliveira et al.¹⁵ e Sarwer et al.¹⁶, Paul et al.¹⁷, Treacy et al.¹⁸ não apresentam esse dado.

Oliveira et al.¹⁵ observaram que houve 19,2% de melhora na média do FSFI em 6 meses depois da cirurgia, a média geral do escore melhorou e tiveram mudanças encontradas nos seis domínios do questionário ($p < 0,05$). Vale salientar que houve um aumento na frequência de 3 das 12 posições sexuais avaliadas. A função sexual em mulheres com obesidade efetivamente melhora depois da CB e existem mudanças favoráveis sequentes a perda de peso, isso inclui a redução significativa da prevalência da disfunção sexual e o aumento da frequência de diferentes posições sexuais durante o intercuro, o que pode estar associado a melhora da frequência sexual na percepção das mulheres do presente estudo.

As investigações adicionais são necessárias para estimar o efeito da dinâmica corporal na mudança da satisfação sexual de pacientes da CB, Oliveira et al.¹⁵ apresentam que a cirurgia já demonstra melhora na autoestima, imagem corporal e na satisfação sexual. Paul et al.¹⁷ fez uma análise no pré-operatório e depois no seguimento de um ano notando uma melhora na satisfação sexual ($p=0,001$). No presente estudo houve mudança na satisfação sexual após CB o que correlaciona com os estudos supracitados.

Em estudos comparativos realizados por Cherick et al.¹⁴, Oliveira et al.¹⁵, Paul et al.¹⁷, e Assimakopoulos et al.²⁰, verificou-se que há diferença significativa na função sexual antes e após a cirurgia. Cumpramos ressaltar que Cherick et al.¹⁴ demonstraram que a pontuação média geral do FSFI subiu sua média para 26 ($p < 0,005$). Já Oliveira et al.¹⁵, em um estudo com 62 mulheres aumentou 19,2% após 6 meses da cirurgia e Paul et al.¹⁷, verificaram após um ano uma melhora de sua mediana para 30,2 ($p < 0,007$). Assimakopoulos et al.²⁰ demonstraram que o escore total do FSFI melhorou sua média para 25,02 ($p=0,003$). Esses dados corroboram com a análise do FSFI no presente estudo que demonstrou percepção de melhora na função sexual, sendo que 61% das mulheres não apresentam disfunção sexual.

Na análise de cada domínio do FSFI individualmente, os que menos aumentaram após a CB foram, de acordo com Oliveira et al.¹⁵, desejo, lubrificação e excitação. Já Sarwer et al.¹⁶ relataram uma melhora persistente em quase todos os domínios da FSFI, dois anos após a cirurgia, exceto o

orgasmo e a dor. Janik et al.¹⁹ avaliaram 153 pessoas de 12 a 18 meses após CB, porém os domínios que menos aumentaram após CB foram dor, orgasmo e lubrificação. Assimakopoulos et al.²⁰ avaliaram 59 mulheres e encontram significância estatística de melhora em todos os domínios da FSFI, exceto o orgasmo. Paul et al.¹⁷ todos os domínios na FSFI foram melhorados um ano após a cirurgia, exceto lubrificação e dor. Neste estudo, foram avaliadas 26 mulheres e os domínios que apresentaram menores escores após a CB foram desejo, excitação e orgasmo, o que correlaciona com outros estudos sobre os domínios do FSFI.

Na análise de qualidade de vida pelo protocolo de BAROS tanto no presente estudo quanto no estudo de Castanha et al.²¹, Silva et al.²², Silva et al.²³ que investigaram amostras com média de idade parecidas, embora sejam tipos de estudo diferentes, todos demonstraram melhora da qualidade de vida. Mesmo estudos com metodologia bem diferente como o caso do estudo de Sarwer et al.¹⁶ houve melhora na qualidade de vida, logo, a cirurgia bariátrica pode sim representar um fator associado a melhoria de qualidade de vida para as mulheres que a realizam.

Este estudo apresentou limitações como o tipo e tamanho da amostra. Sabe-se que amostras pequenas podem levar a erro do tipo II. No entanto, a amostra mostrou-se bem parecida a de estudos mais robustos e por isso acreditamos que trouxe colaborações importantes, como a prevalência de disfunção sexual, a associação entre função sexual e qualidade de vida. Segundo, as limitações advindas do próprio tipo de estudo. As percepções, a qualidade de vida e a função sexual foram avaliadas em um único ponto na linha do tempo, portanto, não foi possível comparações do antes com depois da cirurgia.

CONCLUSÃO

A maior parte das mulheres submetidas a cirurgia bariátrica apresentou função sexual preservada, e os domínios que tiveram menor pontuação foram desejo, excitação e orgasmo. A disfunção sexual apareceu em 38,5% dessas mulheres. A qualidade de vida atingiu escores que demonstram que estava entre excelente e muito bom. Há associação entre a qualidade de vida e a função sexual. A percepção das mulheres foi sentir-se à vontade quanto ao falar sobre sexo, referiram o aumento da frequência e satisfação sexual após cirurgia. A maioria das mulheres faria a cirurgia novamente e consideram sua vida sexual de boa a ótima.

Participação dos autores: Todas as autoras colaboraram em todas as fases deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Heal Organ Tech Rep Ser. 2000;894.

Available from: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

2. Kolotkin RL, Crosby RD, Gress RE, Hunt SC, Adams TD. Two-year changes in health-related quality of life in gastric

- bypass patients compared with severely obese controls. *Surg Obes Relat Dis.* 2009;5(2):250-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soard.2009.01.009>.
3. Segal A, Fandiño J. Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(3):68-72. doi: <http://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700015>
 4. Gao Z, Liang Y, Deng W, Qiu P, Li M, Zhou Z. Impact of bariatric surgery on female sexual function in obese patients: a meta-analysis. *Obes Surg.* 2020;30(1):352-64. doi: <http://doi.org/10.1007/s11695-019-04240-5>
 5. Oliveira LSF de, Mazini Filho ML, Castro JBP de, Touguinha HM, Silva PCR, Ferreira MEC. Repercussões da cirurgia bariátrica na qualidade de vida, no perfil bioquímico e na pressão arterial de pacientes com obesidade mórbida. *Fisioter Pesqui.* 2018;25(3):284-93. doi: <http://doi.org/10.1590/1809-2950/17017725032018>.
 6. Bernstein U. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112K).
 7. Edwards WM, Coleman E. Defining Sexual health: a descriptive overview. *Arch Sex Behav.* 2004;33(3):189-95. doi: <http://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5>.
 8. Berman J, Bassuk J. Physiology and pathophysiology of female sexual function and dysfunction. *World J Urol.* 2002;20(2):111-8. doi: <http://doi.org/10.1007/s00345-002-0281-4>.
 9. Kinzl JF, Schrattecker M, Traweger C, Aigner F, Fiala M, Biebl W. Quality of life in morbidly obese patients after surgical weight loss. *Obes Surg.* 2007;17(2):229-35. doi: <http://doi.org/10.1007/s11695-007-9030-5>.
 10. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leib R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208. doi: <https://doi.org/10.1080/009262300278597>.
 11. Pacagnella R de C, Martinez EZ, Vieira EM. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. *Cad Saude Publica.* 2009;25(11):2333-44. doi: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100004>
 12. Oria HE, Moorehead MK. Updated Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS). *Surg Obes Relat Dis.* 2009;5(1):60-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soard.2008.10.004>
 13. Maia RP, Silva PCC, Duarte ACS, Costa RM. Avaliação do perfil nutricional e qualidade de vida após realização de cirurgia bariátrica em um hospital público de Goiânia, Brasil. *DEMETERA Aliment Nutr Saúde.* 2018;13(1):147-64. doi: <http://doi.org/10.12957/demetera.2018.27515>
 14. Cherick F, Te V, Anty R, Turchi L, Benoit M, Schiavo L, et al. Bariatric surgery significantly improves the quality of sexual life and self-esteem in morbidly obese women. *Obes Surg.* 2019;29(5):1576-82. doi: <http://doi.org/10.1007/s11695-019-03733-7>
 15. Oliveira CF de A, dos Santos PO, de Oliveira RA, Leite-Filho H, de Almeida Oliveira AF, Bagano GO, et al. Changes in sexual function and positions in women with severe obesity After Bariatric Surgery. *Sex Med.* 2019;7(1):80-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.10.001>
 16. Sarwer DB, Spitzer JC, Wadden TA, Mitchell JE, Lancaster K, Courcoulas A, et al. Changes in sexual functioning and sex hormone levels in women following bariatric surgery. *JAMA Surg.* 2014;149(1):26. doi: <http://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.5022>
 17. Paul R, Andersson E, Wirén M, Frisk J. Health-related quality of life, sexuality and hormone status after laparoscopic ROUX-EN-Y gastric bypass in women. *Obes Surg.* 2020;30(2):493-500. doi: <http://doi.org/10.1007/s11695-019-04197-5>
 18. Treacy PJ, Mazoyer C, Falagario U, Iannelli A. Sexual activity after bariatric surgery: a Prospective Monocentric Study Using the PISQ-IR Questionnaire. *J Sex Med.* 2019;16(12):1930-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.004>
 19. Janik MR, Bielecka I, Paśnik K, Kwiatkowski A, Podgórska L. Female sexual function before and after bariatric surgery: a cross-sectional study and review of literature. *Obes Surg.* 2015;25(8):1511-7. doi: <http://doi.org/10.1007/s11695-015-1721-8>
 20. Assimakopoulos K, Karaivazoglou K, Panayiotopoulos S, Hyphantis T, Iconomou G, Kalfarentzos F. Bariatric surgery is associated with reduced depressive symptoms and better sexual function in obese female patients: a one-year follow-up study. *Obes Surg.* 2011;21(3):362-6. doi: <http://doi.org/10.1007/s11695-010-0303-z>
 21. Castanha CR, TCBC-PE ÁABF, Castanha AR, Belo GDQMB, Lacerda RMR, Vilar L. Avaliação da qualidade de vida, perda de peso e comorbidades de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. *Rev Col Bras Cir.* 2018;45(3):1-9. doi: <http://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181864>
 22. Silva CF, Cohen L, Sarmento L d'Abreu, Rosa FMM, Rosado EL, Carneiro JRI, et al. Effects of long-term roux-en-y gastric bypass on body weight and clinical metabolic comorbidities in bariatric surgery service of a university hospital. *ABCD Arq Bras Cir Dig (São Paulo).* 2016;29(1):20-3. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-6720201600s10006>
 23. Silva PRB da, Souza MR de, Silva EM da, Silva SA da. Nutritional status and life quality in patients undergoing bariatric surgery. *ABCD Arq Bras Cir Dig (São Paulo).* 2014;27(1):35-8. doi: <http://doi.org/10.1590/s0102-6720201400s100009>
- Submetido: 06.11.2020
Aceito: 21.06.2021