

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Isa Maia Sales

Priscila dos Santos Silva

Avaliação de sintomas do assoalho pélvico e sexualidade em dois grupos de mulheres  
brasileiras: indígenas Huni Kuin residentes em Jordão, Acre e urbanas residentes em São Paulo,  
capital

SÃO PAULO  
2022

Isa Maia Sales  
Priscila dos Santos Silva

Avaliação de sintomas do assoalho pélvico e sexualidade em dois grupos de mulheres  
brasileiras: indígenas Huni Kuin residentes em Jordão, Acre e urbanas residentes em São Paulo,  
capital

Trabalho de conclusão de curso de  
graduação em Fisioterapia da Pontifícia  
Universidade Católica de São Paulo,  
apresentado à  
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde  
como requisito parcial para obtenção do  
título de conclusão da graduação do curso de  
Fisioterapia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Juliana Schulze  
Burti

SÃO PAULO

2022

Sales , Isa Maia

Avaliação de sintomas do assoalho pélvico e sexualidade em dois grupos de mulheres brasileiras: indígenas Huni kuin residentes em Jordão, Acre, e urbanas residentes em São Paulo, capital / Isa Maia Sales . -- São Paulo: [s.n.], 2022.

40p ; A4 cm.

Orientador: Dra. Juliana Schulze Burti Schulze Burti.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Graduação em Fisioterapia, 2022.

1. Saúde indígena. 2. Disfunções do assoalho pélvico. 3. Sexualidade. 4. Saúde da mulher. I. Burti, Dra. Juliana Schulze Burti Schulze . II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Graduação em Fisioterapia. III. Título.

CDD

Banca Examinadora

---

---

## RESUMO

**Introdução:** Durante o ciclo da vida, as mulheres passam por intensas modificações no organismo, desde a puberdade até a perimenopausa. A região urogenital sofre grande impacto. Além dos aspectos biológicos, os socioculturais podem ter papel importante no desenvolvimento de disfunções, principalmente no processo de envelhecimento. **Objetivo:** avaliar função e sintomas do assoalho pélvico e sexualidade em dois grupos distintos de mulheres a partir de 40 anos: mulheres de etnia indígena e não indígena. **Material e método:** estudo analítico transversal. Avaliações feitas por meio de ficha com dados sociodemográficos, questionários validados FSFI, PFDI-SF e ICIQ-SF, aplicados por meio de entrevista individual, presencialmente. Dados analisados através de estatística descritiva e inferencial para fins de comparação. **Resultado:** 70 mulheres, sendo 37 indígenas e 33 não indígenas, média de idade de  $55 \pm 12$  anos. 53% das mulheres eram casadas, 39% não alfabetizadas, com maior porcentagem de analfabetas nas indígenas. As indígenas apresentavam maior IMC, maior número de filhos e de partos vaginais. Não indígenas com maior número de cesarianas e mais dificuldade de amamentação. 63% da amostra era sexualmente ativa, mas o escore do FSFI-SF das mulheres indígenas foi significativamente maior que o das não indígenas ( $p < 0.001$ ). Não houve diferença significativa entre os grupos em relação ao PFDI e ICIQ-SF, com maior presença de incontinência de esforço (IUE), sendo que as não indígenas apresentaram mais incontinência (IU). **Conclusão:** A avaliação entre mulheres indígenas e não indígenas em processo de envelhecimento mostrou grande porcentagem destas com vida sexual ativa, queixas de diminuição de libido, falta de lubrificação vaginal e dor na relação, sendo que as indígenas apresentaram melhor função sexual. Ambos os grupos apresentaram alta porcentagem de mulheres com IU, sendo que nas urbanas essa porcentagem foi maior. IUE foi a mais presente nos dois grupos, e, apesar das indígenas terem menos perdas urinárias, estas apresentaram maior gravidade. Estilo de vida, história obstétrica e fatores comportamentais e culturais podem interferir nas disfunções do assoalho pélvico de mulheres em processo de envelhecimento.

**Palavras-chaves:** Saúde indígena, assoalho pélvico, disfunções do assoalho pélvico, sexualidade e saúde da mulher.

## ABSTRACT

**Introduction:** During the life cycle, women experience intense changes in their bodies, from puberty to perimenopause. The urogenital region suffers great impact. In addition to biological aspects, the sociocultural ones can play an important role in the development of dysfunctions, especially in the aging process. **Objective:** to evaluate the function and symptoms of pelvic floor and sexuality in two different groups of women aged 40 years and over: indigenous and non-indigenous women. **Material and method:** cross-sectional analytical study. Assessments made using a form with sociodemographic data, validated FSFI, PFDI-SF and ICIQ-SF questionnaires, applied through individual interviews, in person. Data analyzed using descriptive and inferential statistics for comparison purposes. **Results:** 70 women, 37 indigenous and 33 non-indigenous, mean age  $55 \pm 12$  years. 53% of the women were married, 39% were illiterate, with a higher percentage of illiterate women among indigenous group. Indigenous women had a higher BMI, a greater number of children and vaginal deliveries. Non-indigenous with a higher number of cesarean sections and more difficulty breastfeeding. 63% of the sample was sexually active, but the FSFI-SF score of indigenous women was significantly higher than that of non-indigenous ( $p < 0.001$ ). There was no significant difference between the groups in relation to the PFDI and ICIQ-SF, with a greater presence of stress incontinence (SUI), and non-indigenous women referring more incontinence (UI). **Conclusion:** The evaluation of indigenous and non-indigenous women in aging process showed a large percentage of them with an active sex life, complaints of decreased libido, lack of vaginal lubrication and pain during intercourse, and the indigenous women presenting better sexual function. Both groups had a high percentage of women with UI, and in urban women this percentage was higher. SUI was the most common in both groups, and although the indigenous women had less urinary losses, they were more severe. Lifestyle, obstetric history and behavioral and cultural factors can interfere with pelvic floor dysfunctions in women in the aging process.

**Keywords:** Indigenous health, pelvic floor, pelvic floor disorder, sexuality, sexual health.

## **SUMÁRIO**

<b>1. ARTIGO</b>	<b>7</b>
<b>1.1. INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>1.2. MÉTODOS</b>	<b>9</b>
<b>1.2.1. Critérios de inclusão</b>	<b>9</b>
<b>1.2.2. Critérios de exclusão</b>	<b>9</b>
<b>1.2.3. Locais de coleta de dados</b>	<b>10</b>
<b>1.2.4. Instrumentos de pesquisa</b>	<b>10</b>
<b>1.2.5. Amostra: mulheres da etnia Huni Kuin e mulheres da cidade de São Paulo</b>	<b>11</b>
<b>1.2.6. Análise estatística</b>	<b>11</b>
<b>1.3. RESULTADOS</b>	<b>11</b>
<b>1.4. DISCUSSÃO</b>	<b>17</b>
<b>1.5. CONCLUSÃO</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>24</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>27</b>

## 1. ARTIGO

### 1.1. INTRODUÇÃO

Durante o ciclo da vida, as mulheres passam por fases intensas de modificação no organismo, como na puberdade, menarca, gestações, climatério e entrada na menopausa e pós-menopausa. Todas essas fases são marcos importantes de mudanças corporais que as mulheres vivenciam. Somado às alterações psicossociais, o corpo também se altera, a musculatura do assoalho pélvico é uma estrutura que sofre importantes alterações ao longo da vida das mulheres.

Além da puberdade, gestação e vida adulta, é no processo de envelhecimento que essa estrutura pode ser bastante impactada. E no climatério as alterações podem começar a ser percebidas por muitas mulheres. Segundo o Ministério da Saúde, define-se o climatério como fase de transição do período reprodutivo e o não-reprodutivo da vida da mulher, estendendo-se até os 65 anos de idade ou mais, na qual, a menopausa aparece como um marco que finaliza essa fase de transição, correspondendo ao último período menstrual, definida e reconhecida após passados 12 meses da ocorrência do último ciclo menstrual <sup>1</sup>. De acordo com Amaral e colaboradores <sup>3</sup>, as principais consequências da menopausa estão relacionadas com a deficiência do hormônio estrogênio, que pode gerar sintomas vasomotores (fogachos ou ondas de calor), doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, obesidade), alterações do metabolismo ósseo (osteoporose) e alterações do trato urogenital (incontinência urinária, ressecamento vaginal e urgência miccional) - estas últimas com importante repercussão na esfera sexual e na qualidade de vida feminina. Podem ocorrer também dificuldades cognitivas, instabilidade emocional e humor depressivo, que também impactam negativamente a vida dessas mulheres.

No Brasil estima-se que 11 a 23% da população feminina apresente queixas de incontinência urinária (IU) e em idosas essa prevalência pode variar entre 8 e 35% <sup>2</sup>. A IU é definida como a queixa de perda involuntária de urina, que por sua vez classifica-se em, Incontinência Urinária de Esforço (IUE), perda involuntária de urina durante esforço ou atividade física; Incontinência Urinária de Urgência (IUU), perda involuntária de urina associada à necessidade imediata e urgente de urinar e Incontinência Urinária Mista (IUM), quando há queixa de perda de urina associada à urgência e ao esforço. Ainda há outras disfunções pélvicas relatadas, como a incontinência fecal e o prolapso dos órgãos pélvicos (POP) <sup>3</sup>.

O chamado assoalho pélvico (AP) constitui-se por músculos, fáscias e ligamentos que garantem o correto posicionamento dos órgãos pélvicos e abdominais. A integridade anatômica, nervosa e funcional dessas estruturas é responsável pela manutenção da continência urinária e fecal, e a prevenção dos prolapso de órgãos pélvicos, principalmente em resposta a aumentos da pressão intra-abdominal, como quando tossimos, saltamos, damos risada ou mesmo carregamos peso. O AP localiza-se na parte inferior da cavidade pélvica, circundado por um anel ósseo, no formato de bacia, a pelve<sup>3</sup>. Os músculos do assoalho pélvico têm como função sustentar os órgãos da cavidade pélvica, além de colaborar para uma boa função urinária, fecal e sexual<sup>4</sup>.

### **Mulheres, sexualidade e envelhecimento**

A definição de envelhecimento é baseada em mudanças físicas e cognitivas que ocorrem com o passar do tempo. Perda de força, diminuição da coordenação motora e do domínio do corpo, bem como a deterioração da saúde são algumas das alterações físicas; já os problemas relacionados à memória e à dificuldade de aquisição de novos conhecimentos estão entre as alterações cognitivas<sup>5</sup>.

Quando tratamos especificamente de envelhecimento das mulheres, sob a perspectiva médica e biológica, a interrupção das menstruações, ou menopausa, caracterizada pelo término da capacidade reprodutiva, constitui um marco da entrada no processo de envelhecimento. Ainda tomando como base o ponto de vista médico para se explicar esse processo, nas mulheres, os ovários param de funcionar entre 40 e 60 anos, além de haver diminuição da produção hormonal. Essa diminuição pode levar a alterações fisiológicas, tais como fogachos (calores), sudorese noturna, secura da pele, secura vaginal, irritabilidade, alterações de humor, alterações da sexualidade, aumento do risco cardiovascular, distúrbios vasomotores, osteoporose e distúrbios do sono.<sup>4,7</sup>

Envelhecer não significa tornar-se assexuado, porém mitos e tabus socioculturais acerca da sexualidade na terceira idade inibem os idosos de exercer a sua vida de forma integral, uma vez que as alterações fisiológicas do envelhecimento, preceitos religiosos, opressões familiares e aspectos individuais fortalecem esse estigma social, e as modificações físicas podem provocar redução do desejo, excitação e lubrificação.<sup>6</sup>

A sexualidade e envelhecimento na visão das mulheres indígenas não é objeto de muitos estudos. Não há pesquisas que tragam informações consistentes sobre o tema. De acordo com Paiva,<sup>8</sup> em muitas etnias indígenas, a sexualidade é também um tema tabu, devido aos reflexos deixados pelos processos de catequização e colonização. A doutrinação religiosa pode ser considerada um dos entraves que dificulta a quebra do tabu criado em torno desse assunto para

esses grupos. Diante das práticas consideradas “pecaminosas” pelo cristianismo, as de cunho sexual são as mais condenadas pelos adeptos dessa religião<sup>8</sup>. Nas mulheres de centros urbanos, apesar de maior acesso à informação, também existe ainda muito tabu, decorrente de crenças e valores sociais que enxergam o sexo muitas vezes também como algo voltado somente para a procriação, ou mesmo relacionado à pornografia, e não à saúde e bem-estar, como deveria ser entendido.

Tendo como base as alterações biológicas que envolvem o envelhecimento feminino e a importância do contexto sociocultural em que essas mulheres estão inseridas, este estudo tem como objetivo avaliar os sintomas do assoalho pélvico e a sexualidade em dois grupos de mulheres brasileiras com mais de 40 anos: indígenas Huni Kuin residentes em Jordão, Acre, e urbanas residentes em São Paulo, capital comparando possíveis diferenças, e verificar a prevalência de disfunções pélvicas e sexuais nos dois grupos de mulheres, determinando fatores associados às disfunções em ambas as populações.

Impor

## **1.2. MÉTODOS**

Este é um estudo transversal comparando duas populações brasileiras: mulheres indígenas da etnia Huni Kuin residentes em Jordão, Acre, e Urbanas residentes em São Paulo, capital. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (CAAE), parecer: 51610321.30000.5482 e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Antes das entrevistas foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), seguido de explicações sobre o estudo e seus objetivos (anexo A). Após leitura, aceite e assinatura aplicou-se uma ficha de identificação com dados pessoais, antropométricos, médicos e obstétricos (anexo B). Em seguida, as mulheres foram convidadas a responder os questionários: PFDI-SF, de desconforto no assoalho pélvico (anexo C), FSFI, de função sexual (anexo D) e ICIQ – SF sobre sintomas urinários (anexo E).

### **1.2.1. Critérios de inclusão**

Mulheres com mais de 40 anos, residentes da cidade de São Paulo e da etnia Huni Kuin de Jordão, Acre, sem doenças neurológicas ou comprometimento cognitivo, que leram, ou ouviram a leitura do TCLE, concordaram com seu conteúdo e aceitaram participar, assinando ou colocando a digital.

### **1.2.2. Critérios de exclusão**

Foram excluídas mulheres com menos de 40 anos, que tivessem alguma alteração importante de mobilidade ou comprometimento cognitivo e/ou neurológico que as impedisse de compreender e executar as etapas da pesquisa, ou que não aceitassem os termos do TCLE.

### **1.2.3. Locais de coleta de dados**

A coleta de dados foi feita pelas pesquisadoras, estudantes de fisioterapia treinadas pela orientadora para aplicação dos questionários, na Unidade de Saúde da Família Antonio Rodrigues Dourado (Jordão, Acre), na Paróquia Maria Mãe da Igreja (São Paulo) e nas residências de mulheres da cidade de São Paulo que não podiam se deslocar até a paróquia, pela distância ou incompatibilidade de agenda.

### **1.2.4. Instrumentos de pesquisa**

As mulheres foram avaliadas por meio de quatro questionários: 1) ficha de identificação com dados pessoais, antropométricos, médicos e obstétricos (anexo B), as participantes não foram submetidas a nenhum tipo de avaliação clínica e anamnese buscando queixas específicas. 2) Questionário de desconforto no assoalho pélvico - Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire (PFDI-SF), que avalia a presença de disfunções do assoalho pélvico e o quanto as queixas podem incomodar. É dividido em três sub questionários: Sintomas de prolapso dos órgãos pélvicos (POP), com seis itens; sintomas anorretais, com oito itens; e sintomas urinários, com seis itens; cada item investiga um distúrbio do assoalho pélvico. As mulheres são questionadas sobre o quanto aquele sintoma as incomoda em uma escala de um (nenhum incômodo) a quatro (muito incômodo). Cada sub questionário possui um escore de 0 a 100, sendo que o maior escore representa o maior incômodo relacionado aos sintomas. Validado e traduzido por Arouca<sup>15</sup> (anexo C). 3) Questionário de índice de função sexual feminina “Female Sexual Function Index (FSFI)” composto de 19 questões que avaliam os domínios de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Os escores dos domínios e a escala geral de escores do FSFI é somado escores individuais e multiplicados pelo fator correspondente. Deve ser observado que dentro dos domínios, um escore zero indica que a paciente relatou não ter tido atividade sexual nas últimas quatro semanas por somas. Foi validado e traduzido para a língua portuguesa pela Revista Hospital Clínico de Porto Alegre <sup>14</sup> (anexo D). 4) Questionário de consulta internacional sobre incontinência “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)” é composto de quatro questões que avaliam a frequência, a gravidade e o impacto da incontinência urinária (IU), além de um conjunto de oito

itens de autodiagnóstico, relacionados às causas ou a situações de IU vivenciadas pelos pacientes. A somatória máxima dos valores das respostas indicam o escore de 21 pontos referente ao alto impacto da IU na vida do indivíduo, o questionário foi validado e publicado na Revista De Saúde Pública.<sup>13</sup> (anexo E)

### **1.2.5. Amostra: mulheres da etnia Huni Kuin e mulheres da cidade de São Paulo**

As Huni Kuin/ Kaxinawá habitam a fronteira brasileira-peruana na Amazônia ocidental. As aldeias Kaxinawá no Peru se encontram nos rios Purus e Curanja. As aldeias no Brasil (no estado do Acre) se espalham pelos rios Tarauacá, Jordão, Breu, Muru, Envira, Humaitá e Purus.<sup>16</sup> As mulheres Huni Kuin deste estudo são residentes do município do Jordão e foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa. A paróquia Maria Mãe da Igreja abriga um Núcleo de Convivência de Idosos (NCI), localizado na periferia da zona Sul da cidade de São Paulo, região considerada de baixo nível socioeconômico. No NCI acontecem atividades variadas voltadas ao público idoso diariamente pelas manhãs. As mulheres inseridas nesse NCI foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa.

### **1.2.6. Análise estatística**

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial com o uso da média e desvio padrão para as variáveis quantitativas e números absolutos e porcentagens relativas para as categorias. As comparações entre os grupos de mulheres indígenas e não indígenas foram realizadas por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney, enquanto que para as categóricas, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher, quando necessário. Todas as análises foram realizadas em linguagem R adotando o nível de significância de 5% ( $p < 0.05$ ).

## **1.3. RESULTADOS**

A amostra foi composta de 70 mulheres, sendo 37 indígenas e 33 não indígenas. A média de idade das participantes foi de  $55 \pm 12$  anos. 53% das mulheres eram casadas e 39% não alfabetizadas. Entre as não indígenas, 64% eram brancas, 24% negras e 12% pardas. Observa-se também que as mulheres não indígenas são significativamente mais pesadas ( $p < 0.001$ ) e mais altas ( $p < 0.001$ ) que as mulheres indígenas. Mas, o IMC das mulheres indígenas é significativamente maior que o IMC das mulheres não indígenas ( $p = 0.003$ ). Mais detalhes sobre as características dos dois grupos estão na **Tabela 1**.

**Tabela 1. Características dos dados demográficos entre as mulheres entrevistadas**

	Grupo			P - valor
	Geral (n = 70)	Indígenas (n = 37)	Não Indígenas (n = 33)	
<b>Idade, anos</b>	55 ± 12	54 ± 12	57 ± 10	0.224
<b>Peso, Kg</b>	62 ± 8	59 ± 5	66 ± 9	< 0.001
<b>Altura, m</b>	1.52 ± 0.10	1.45 ± 0.07	1.60 ± 0.06	< 0.001
<b>IMC, Kg/m<sup>2</sup></b>	27.2 ± 3.5	28.4 ± 2.9	25.9 ± 3.7	0.003
<b>Etnia</b>				< 0.001
Branca	21 (30%)	0 (0%)	21 (64%)	
Indígena	37 (53%)	37 (100%)	0 (0%)	
Negra	8 (11%)	0 (0%)	8 (24%)	
Parda	4 (5.7%)	0 (0%)	4 (12%)	
<b>Estado Civil</b>				0.001
Casada	37 (53%)	26 (70%)	11 (33%)	
Divorciada	12 (17%)	7 (19%)	5 (15%)	
Solteira	8 (11%)	0 (0%)	8 (24%)	
Viúva	13 (19%)	4 (11%)	9 (27%)	
<b>Escolaridade</b>				< 0.001
Ensino fundamental	22 (31%)	10 (27%)	12 (36%)	
Ensino médio	13 (19%)	0 (0%)	13 (39%)	
Ensino superior	8 (11%)	0 (0%)	8 (24%)	
Não alfabetizada	27 (39%)	27 (73%)	0 (0%)	

\*Valores apresentados: média e desvio padrão; números absolutos e porcentagens relativas.

**Fonte:** as autoras

Na **Tabela 2**, está apresentada a distribuição de características clínicas e queixas osteomusculares das mulheres. A maioria das participantes não relatou queixas (40%), contudo, entre as que relataram queixas, a principal foi dor lombar (33%), tanto no grupo de mulheres indígenas, quanto no grupo das mulheres não indígenas. A maioria das participantes analisadas não utilizam medicamentos (76%), mas quando analisadas entre os grupos, observa-se que há maior proporção de mulheres que usam medicamentos no grupo de mulheres não indígenas ( $p < 0.001$ ).

**Tabela 2. Características clínicas e queixas osteomusculares**

	Geral (n = 70)	Grupo		P - valor
		Indígenas (n = 37)	Não Indígenas (n = 33)	
<b>Prática atividade física?</b>				< 0.001
Não	55 (79%)	37 (100%)	18 (55%)	
Sim	15 (21%)	0 (0%)	15 (45%)	
<b>Pressão Arterial</b>				0.128
Alta (140x90 mmHg)	6 (8.6%)	1 (2.7%)	5 (15%)	
Baixa (90x60 mmHg)	3 (4.3%)	1 (2.7%)	2 (6.1%)	
Normal (120x80 mmHg)	61 (87%)	35 (95%)	26 (79%)	
<b>Queixa Principal</b>				
Depressão	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
Dor cervical	2 (2.9%)	1 (2.7%)	1 (3.0%)	
Dor lombar	23 (33%)	17 (46%)	6 (18%)	
Dor nas mãos	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
Dor no cotovelo	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
Dor no joelho	7 (10%)	4 (11%)	3 (9.1%)	
Dor no ombro	4 (5.7%)	1 (2.7%)	3 (9.1%)	
Dor no pé	3 (4.3%)	1 (2.7%)	2 (6.1%)	
Sem queixas	28 (40%)	13 (35%)	15 (45%)	
<b>HMA</b>				
Ansiedade	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
Artrite	1 (1.4%)	1 (2.7%)	0 (0%)	
Colesterol	2 (2.9%)	0 (0%)	2 (6.1%)	
Depressão	3 (4.3%)	0 (0%)	3 (9.1%)	
Epicondilite	2 (2.9%)	0 (0%)	2 (6.1%)	
Fascite plantar	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
Gastrite	1 (1.4%)	1 (2.7%)	0 (0%)	
HAS	9 (13%)	1 (2.7%)	8 (24%)	
Hipertireoidismo	2 (2.9%)	0 (0%)	2 (6.1%)	
Sem histórico	48 (69%)	34 (92%)	14 (42%)	
<b>Medicamento</b>				< 0.001
Não	53 (76%)	35 (95%)	18 (55%)	
Sim	17 (24%)	2 (5.4%)	15 (45%)	

\*Valores apresentados: média e desvio padrão; números absolutos e porcentagens relativas.

**Fonte:** as autoras

Apesar das participantes terem vida sexual ativa, a maioria delas relataram diminuição de libido (63%), seguido por ausência de lubrificação (7.1%) e vaginismo (2.9%). Também nota-se

que na análise entre grupos as mulheres indígenas têm mais diminuição de libido (70%), do que as mulheres não indígenas. Os dados relacionados à vida sexual estão apresentados na **tabela 3**.

**Tabela 3. Distribuição das participantes segundo a vida sexual.**

	Geral (n = 70)	Grupo		P-valor
		Indígenas (n = 37)	Não Indígenas (n = 33)	
<b>Vida sexual</b>				0.899
Ativa	44 (63%)	23 (62%)	21 (64%)	
Inativa	26 (37%)	14 (38%)	12 (36%)	
<b>Disfunção sexual</b>				0.322
Ausência de lubrificação	5 (7.1%)	2 (5.4%)	3 (9.1%)	
Diminuição da libido	44 (63%)	26 (70%)	18 (55%)	
Sem disfunção	19 (27%)	9 (24%)	10 (30%)	
Dor genitopelvica de penetração	2 (2.9%)	0 (0%)	2 (6.1%)	
<b>Dor pélvica</b>				0.342
Não	69 (99%)	36 (97%)	33 (100%)	
Sim	1 (1.4%)	1 (2.7%)	0 (0%)	
<b>Perda de urina (durante relação sexual)</b>				0.007
Não	64 (91%)	37 (100%)	27 (82%)	
Sim	6 (8.6%)	0 (0%)	6 (18%)	
<b>Autoconhecimento Vaginal</b>				< 0.001
Não	48 (69%)	36 (97%)	12 (36%)	
Sim	22 (31%)	1 (2.7%)	21 (64%)	

\*Valores apresentados: média e desvio padrão; números absolutos e porcentagens relativas.

**Fonte:** as autoras

A **Tabela 4**, apresenta as características relacionadas ao histórico obstétrico. Em média, as participantes deste estudo apresenta  $4 \pm 2.6$  filhos, sendo as participantes indígenas as com maior número de filhos, comparadas às não indígenas ( $p < 0.001$ ). A maioria das participantes não apresentou intercorrências na gestação (54%) e nenhuma das mulheres indígenas realizou cesárea ou parto induzido. Entre as mulheres não indígenas, a maioria realizou cesárea (64%). É importante salientar que as participantes apresentaram alterações no abdômen, sendo mais evidente entre as mulheres indígenas, comparadas às não indígenas ( $p < 0.001$ ).

**Tabela 4. Distribuição das participantes em relação à gestação.**

	Geral (n = 70)	Grupo		P-valor
		Indígenas (n = 37)	Não Indígenas (n = 33)	
<b>Número de filhos</b>	4.00 ± 2.60	5.57 ± 2.49	2.24 ± 1.25	< 0.001
<b>Método anticoncepcional</b>				< 0.001
Não	56 (80%)	37 (100%)	19 (58%)	
Sim	20 (20%)	0 (0%)	14 (42%)	
<b>Intercorrências na gestação</b>				0.086
Anemia	2 (2.9%)	0 (0%)	2 (6.1%)	
Constipação	6 (8.6%)	4 (11%)	2 (6.1%)	
Diabetes	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
HAS	4 (5.7%)	0 (0%)	4 (12%)	
IU	3 (4.3%)	1 (2.7%)	2 (6.1%)	
Sem intercorrência	54 (77%)	32 (86%)	22 (67%)	
<b>Partos anteriores</b>				< 0.001
Parto vaginal	47 (67%)	37 (100%)	10 (30%)	
Cesária	21 (30%)	0 (0%)	21 (64%)	
Induzido	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
Nunca teve	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
<b>Amamentação</b>				0.001
Amamentou	59 (84%)	37 (100%)	22 (67%)	
Não amamentou	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
Teve dificuldade de amamentar	10 (14%)	0 (0%)	10 (30%)	
<b>Cirurgia</b>				< 0.001
Não	41 (59%)	37 (100%)	4 (12%)	
Sim	29 (41%)	0 (0%)	29 (88%)	
<b>Abdome</b>				< 0.001
Estrias	27 (39%)	24 (65%)	3 (9.1%)	
Flácido	9 (13%)	7 (19%)	2 (6.1%)	
Gravídico	4 (5.7%)	0 (0%)	4 (12%)	
Normal	30 (43%)	6 (16%)	24 (73%)	

\*Valores apresentados: média e desvio padrão; números absolutos e porcentagens relativas.

**Fonte:** as autoras

A **Tabela 5**, apresenta os dados sobre menopausa. Observa-se que 84% das mulheres apresentavam sintomas da menopausa e apenas 16% não. Entre as mulheres não indígenas, 42% relataram ondas de calor, 12% apresentam suores noturnos e 12% apresentam menstruação irregular. Entre as indígenas, 27% apresentam ondas de calor e 11% suores noturnos.

**Tabela 5. Dados sobre a menopausa**

	Grupo			P-valor
	Geral (n = 70)	Indígenas (n = 37)	Não Indígenas (n = 33)	
<b>Menopausa</b>				0.023
Não	29 (41%)	20 (54%)	9 (27%)	
Sim	41 (59%)	17 (46%)	24 (73%)	
<b>Sintomas da menopausa</b>				0.902
Não teve	11 (16%)	6 (16%)	5 (15%)	
Teve sintomas	59 (84%)	31 (84%)	28 (85%)	
<b>Reposição Hormonal</b>				0.046
Não	65 (93%)	37 (100%)	28 (85%)	
Sim	5 (7%)	0 (0%)	5 (15%)	

\*Valores apresentados: média e desvio padrão; números absolutos e porcentagens relativas.

Fonte: as autoras

A **Tabela 6** apresenta os dados relacionados aos questionários FSFI-SF; PFDI e ICIQ-SF.

**Tabela 6. Comparação do escore dos questionários entre os grupos.**

	Grupo			valor P
	Geral (n=70)	Indígenas (n=37)	Não indígenas (n=33)	
<b>FSFI-SF</b>	51 ± 18	62 ± 5	39 ± 20	< 0.001
<b>PFDI</b>	3.2 ± 3.7	2.1 ± 2.9	4.3 ± 4.2	0.008
<b>ICIQ-SF</b>	6.5 ± 6.6	5.6 ± 7.0	7.4 ± 6.1	0.196
<b>Gravidade da IU</b>				0.186
Sem IU	30 (43%)	22 (59.5%)	9 (27.3%)	
Leve	4 (5.7%)	0 (0%)	8 (24.2%)	
Moderado	20 (29%)	1 (2.7%)	5 (15.2%)	
Grave	13 (19%)	5 (13.5%)	4 (12.1%)	
Muito Grave	3 (4.3%)	9 (24.3%)	7 (21.2%)	
<b>Tipo de IU</b>				< 0.001
Sem IU	31 (44%)	22 (59%)	9 (27%)	
IUE	29 (41%)	14 (38%)	15 (45%)	
IUU	1 (1.4%)	1 (3%)	0 (0%)	
IUM	2 (2.9%)	0 (0%)	2 (6%)	
Enurese	6 (8.6%)	0 (0%)	6 (18%)	

\*Valores apresentados: média e desvio padrão; números absolutos e porcentagens relativas.

Fonte: as autoras

Como pode ser observado, o escore do FSF-SF das mulheres indígenas é significativamente maior que o escore das mulheres não indígenas ( $p < 0.001$ ). As mulheres não indígenas tiveram escore significativamente mais alto no PFDI, comparado às mulheres indígenas ( $p = 0.008$ ). Contudo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no escore do ICIQ ( $p = 0.196$ ).

#### **1.4. DISCUSSÃO**

O presente estudo comparou dois grupos de mulheres com mais de 40 anos em relação às disfunções do assoalho pélvico e sexualidade. Foram avaliadas 70 mulheres, de grupos muito distintos do ponto de vista sociocultural, sendo um grupo de 37 mulheres indígenas, que vivenciam na rotina da aldeia, a cultura e os costumes de seu povo e o outro grupo de 33 mulheres urbanas, residentes de uma zona periférica da cidade de São Paulo, realidades muito diferentes.

As disfunções do assoalho pélvico acometem aproximadamente em um terço da população feminina adulta ao longo da vida. Destas, as mais frequentes são incontinência urinária (IU), incontinência fecal (IF) e o prolapso dos órgãos pélvicos (POP). Já as disfunções sexuais podem ser categorizadas em: disfunções de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo ou dor genitopelvica/desconforto durante a penetração sexual. Como os sintomas muitas vezes acontecem conjuntamente e são comuns no processo de envelhecimento, é importante que ambos os sistemas sejam avaliados nas consultas de saúde, para que essas mulheres sejam atendidas na sua globalidade.<sup>10, 12</sup> As mulheres que estão em processo de envelhecimento possuem fatores de risco que aumentam a prevalência dessas disfunções, como a própria idade, gestações, paridade e presença de sobrepeso e ou obesidade.<sup>9</sup>

No Brasil, são poucos os estudos epidemiológicos sobre a disfunção sexual e disfunção do assoalho pélvico das populações indígenas. De acordo com Marcolino<sup>25</sup>, em sua revisão integrativa da literatura, constatou que é possível perceber a escassez de pesquisas brasileiras que abordam a temática saúde das mulheres indígenas, principalmente quando se trata de questões referentes ao ciclo gravídico puerperal, fecundidade, planejamento familiar, ginecologia, gênero, cultura, entre outras, que são relevantes na saúde da mulher.

Os fatores de risco relacionados às alterações biológicas são muito documentados na literatura, mas fatores socioculturais, que impactam no estilo de vida, também podem interferir. Nessa pesquisa procurou-se verificar entre mulheres da mesma faixa etária, mas de distintas regiões e culturas, características sociodemográficas e urogenitais, identificando possíveis semelhanças e diferenças.

Os grupos da presente pesquisa foram homogêneos em relação à idade, com média de 55 anos. As indígenas tinham relacionamentos estáveis, com nenhuma solteira, diferente das não indígenas onde havia uma mistura de condições, inclusive com solteiras e divorciadas. 73% das mulheres indígenas não eram alfabetizadas, sendo que 100% das não indígenas tinham algum grau de instrução ( $p < 0.001$ ). A baixa escolaridade no grupo indígena se dá à tradição cultural que ainda cobra mais da mulher indígena a vida familiar do que escolar ou profissional, sendo difícil para as mulheres nas aldeias terem acesso à educação escolar como as mulheres não-indígenas que se encontram em centros urbanos, onde o acesso, mesmo que não tão fácil, é mais presente. A escolaridade envolve o contexto da educação, do exercício da análise crítica, da noção da importância do autocuidado. Ao falarmos de Saúde da Mulher, é importante que o contexto de educação em Saúde esteja presente, e quanto mais acesso à educação formal, mais fácil de se abordar tais assuntos.

Em relação à composição corporal, verificou-se que o índice de massa corporal (IMC) das indígenas foi maior, e que elas apresentam peso e estatura mais baixos do que as não-indígenas ( $p < 0.001$ ). A baixa estatura se deve provavelmente a uma herança genética de povos originários da Amazônia, e o IMC mais elevado pode estar relacionado à mudança de composição corporal relacionada à idade e à alimentação. As mulheres indígenas dessa amostra não faziam nenhuma atividade física formal (100%), enquanto nas urbanas muitas praticavam yoga, caminhada, pilates entre outros (45%). Essa pode ser uma explicação para a diferença de IMC. Vale ressaltar que a rotina nas atividades do cotidiano da aldeia indígena, como as tarefas de preparação dos alimentos, colheita, refeição, manejo dos roçados, lavar roupa e as constantes caminhadas, muitas vezes com os filhos no colo, correspondem à principal atividade física das mulheres indígenas, o que não nos permite afirmar que elas sejam sedentárias. Segundo Melo<sup>17</sup>, a manutenção dos hábitos indígenas têm influência direta sobre a maior prática de atividades físicas.

Em relação às comorbidades, a hipertensão arterial, comum nas mulheres que estão na fase pré e pós menopausa, não foi encontrada em grande número nesta amostra, sendo que 87% delas apresentaram-se normotensas na avaliação. Vargas et al<sup>18</sup>, a incidência das Doenças Cardiovasculares (DCVs) está relacionada ao envelhecimento, pois é quando o sistema cardiovascular passa por várias alterações como: hipertrofia e dilatação da aorta e de outras grandes artérias, hipertrofia do ventrículo esquerdo, redução do desempenho cardíaco, disfunção neuro-hormonal do controle cardiovascular. Estas condições em conjunto estão associadas ao desenvolvimento de DCVs como: hipertensão, insuficiência cardíaca e doenças coronarianas e, unindo todas essas alterações fisiológicas com a baixa de estrogênio, as mulheres tornam-se mais

propensas a desenvolverem as doenças cardíacas. Quando questionadas a respeito de dores ou queixas osteomusculares, a maioria das participantes não relatou queixas (40%), contudo, entre as que relataram queixas, a principal foi dor lombar (33%), em ambos os grupos. Com base em estudos científicos de observação é possível afirmar que o processo de envelhecimento atinge a coluna lombar por meio da desidratação e degeneração progressiva dos discos intervertebrais e das articulações zigoapofisárias, limitando assim, sua função de amenizar os impactos e manter a mobilidade e em decorrência disso a coluna começa a apresentar instabilidade progressiva e dor na região afetada, sendo esses os principais motivos pelos quais adultos e idosos são acometidos pela lombalgia <sup>19</sup>. Segundo Rubin, DI<sup>22</sup>, a maior prevalência de dores entre as mulheres decorreria do efeito cumulativo de exposição a esforço físicos e lesões durante a vida, concomitantemente às modificações anatômicas nas estruturas corporais que ocorrem com o envelhecimento.

O aumento no uso de medicamentos com o envelhecimento é comum nas populações urbanas, mas na amostra aqui estudada, a maioria das participantes analisadas não utilizavam medicamentos (76%). Quando os dois grupos foram comparados houve maior proporção de mulheres que usam medicamentos no grupo de mulheres não indígenas ( $p < 0.001$ ), o que pode corresponder a hábitos culturais, já que dentro da cultura indígena, os medicamentos amplamente utilizados são de origem natural, como folhas e chás de diferentes espécies.

Há também na sociedade uma ideia errônea de que o envelhecimento está associado a uma diminuição da vida sexual, e que isso seja normal, um conceito naturalizado nos discursos cotidianos. A vivência da sexualidade na velhice traz novas possibilidades de adaptações e reinvenções e, contrariamente, ao que se prega na sociedade, a sexualidade não desaparece com a idade, apenas se modifica.<sup>23</sup> A idade não retira a sexualidade do indivíduo; a mudança consiste apenas nas alterações quantitativas da resposta sexual. Assim, a vida sexual muda constantemente ao longo de toda a evolução individual, porém, só desaparece com a morte.<sup>24</sup> Em relação à vida sexual, a maioria das participantes dessa pesquisa apresentava vida sexual ativa (63%), sem diferença nas proporções entre mulheres indígenas e não indígenas ( $p = 0.899$ ). Apesar de a maioria das participantes terem vida sexual ativa, muitas delas relataram queixas. A principal delas foi diminuição de libido (63%), seguida por falta de lubrificação vaginal (7.1%) e dor genitopélvica de penetração (2.9%). Comparando-se os dois grupos verificou-se que as mulheres indígenas têm mais diminuição de libido (70%) do que as mulheres não indígenas. Em relação à função sexual avaliada pelo questionário FSFI-SF, nenhum dos grupos apresentou disfunção, mas o escore das mulheres indígenas foi significativamente maior que o das mulheres

não indígenas ( $p < 0.001$ ), mostrando melhor função sexual. Na cultura indígena ainda há muito tabu, ainda há a crença do sexo para a reprodução, prioritariamente, não vinculado necessariamente ao prazer feminino, e sim ao prazer masculino (papel da esposa). Nas regiões urbanas ainda existe esse tabu, mas o acesso à informação, o repertório que as mulheres têm acesso estando expostas a diferentes estímulos, convivendo em diferentes meios, pode de certa forma facilitar a chegada de informações distintas, ou pelo menos, pode permitir que estas tenham mais ferramentas para questionarem e refletirem.

Um aspecto importante que foi questionado para as mulheres pelas pesquisadoras durante a avaliação foi o autoconhecimento da região vaginal, se elas já haviam se tocado, ou mesmo olhado para seus genitais, se conheciam a própria vulva. 97% das indígenas relataram não ter nenhum conhecimento sobre as próprias vulvas e vaginas, também não há na literatura e estudos relatando sobre educação sexual indígenas. Nas mulheres urbanas também havia desconhecimento, mas numa porcentagem estatisticamente menor (37%) ( $P < 0.001$ ). Apesar de usarem os seios nus constantemente para favorecer a amamentação, em muitas aldeias a nudez completa ainda é tabu, o que pode favorecer a falta de conhecimento e também a dificuldade de abordagem do tema sexualidade.

Em relação à história obstétrica, notam-se diferenças significativas entre os grupos, não só na quantidade de filhos, mas também nos tipos de partos e na amamentação, corroborando a influência das tradições culturais indígenas na assistência à gestante e à puerpera. Em média, as participantes deste estudo apresentam  $4 \pm 2.6$  filhos, sendo as indígenas as com maior número de filhos (5,57), comparadas às não indígenas (2,24) ( $p < 0.001$ ), conforme os dados do Instituto Nacional do Semiárido <sup>21</sup> apontam que o decréscimo da taxa da natalidade da mulheres urbanas pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher no mercado de trabalho, do planejamento familiar e instabilidade de emprego, além dos fatores diversos e significativos. A maioria das participantes não apresentou intercorrências na gestação (54%) e nenhuma das mulheres indígenas realizou cesárea, assim como nenhuma mulher indígena relatou dificuldades para amamentar. Entre as mulheres não indígenas, a maioria realizou cesária (64%) e 30% apresentaram dificuldade para amamentar. É expressiva a ausência de partos cesarianos no grupo de mulheres indígenas, na pesquisa da Araújo <sup>11</sup> em relação à paridade, a maioria das mulheres avaliadas era múltipara ou grande múltiparas, sendo que 90,6% dos partos ocorreram na aldeia (de cócoras). O parto na aldeia é feito por parteiras que

têm a função de tranquilizar a parturiente e conduzir o parto sem muita interferência, muito semelhante com nosso estudo. E, por outro lado, mais da metade do grupo das mulheres não indígenas tiveram partos cirúrgicos, o que aponta para a força da tradição dos rituais das parteiras nas aldeias indígenas. Segundo a OMS <sup>20</sup> desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitam dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados.

Nos últimos anos, governos e profissionais de saúde têm manifestado crescente preocupação com o aumento no número de partos cesáreos e suas possíveis consequências negativas sobre a saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade internacional aponta para a necessidade de reavaliar a recomendação de 1985 sobre a taxa de cesáreas <sup>22</sup>. Também é de se destacar a adaptação à amamentação sem dificuldades no grupo indígena, em grande parte pela naturalidade com que a amamentação é vista dentro das aldeias. No grupo de mulheres não-indígenas, há diversas dificuldades relatadas na amamentação. Entre as mulheres não indígenas, a maior parte das intercorrências foram: hipertensão arterial sistêmica (12%), seguido por anemia (6.1%), constipação (6.1%) e incontinência urinária (6.1%). Já entre as mulheres indígenas, a constipação (11%) e incontinência urinária (2.7%). É importante salientar que as participantes apresentaram alterações no abdômen, sendo mais evidente entre as mulheres indígenas, comparadas às não indígenas ( $p < 0.001$ ). Entre as mulheres não indígenas, observa-se que 12% apresentaram abdômen que não retornou à forma pré-gravídica, 9.1% apresentaram estrias e 6.1% abdome flácido. Já entre as mulheres indígenas, 65% apresentaram estrias e 19% apresentaram abdômen flácido. A estética e a necessidade de estar em padrões de beleza ditados pela mídia é muito mais evidente nas sociedades urbanas, fazendo com que essas mulheres muitas vezes busquem por soluções para a melhora da aparência corporal, o que não ocorre nas aldeias, onde as mulheres ficam grávidas mais vezes e não há tempo nem espaço para

a busca por padrões estéticos, ou seja, não existe um padrão de beleza ditado por mídias sociais dentro da comunidade indígena.

Das participantes desta pesquisa, 59% estavam na menopausa quando foram avaliadas, com maior proporção nas mulheres não indígenas. 84% das mulheres menopausadas apresentavam sintomas da menopausa e apenas 16% não. Entre as não indígenas, 42% relataram ondas de calor, 12% apresentam suores noturnos e 12% apresentam menstruação irregular. Entre as indígenas, 27% apresentam ondas de calor e 11% suores noturnos. Esses sintomas são comuns nesse período e podem variar entre as mulheres. Interessante notar que neste grupo, as mulheres não-indígenas entraram no climatério mais cedo (a partir dos 40) e as indígenas a partir dos 50 anos. Não há uma explicação lógica direta para essa diferença, porém podemos ressaltar que nas indígenas pode haver uma dificuldade em reconhecer a chegada da menopausa, pois esse tema não é muito falado e elas acabam percebendo que estão em novo ciclo de vida com o marco da cessação das menstruações ou mesmo da dificuldade de continuar engravidando.

Não houve diferença significativa entre os grupos em relação ao PFDI e ao ICIQ-SF, mas os dados relacionados à IU apresentam resultados interessantes.

43% das mulheres do grupo não apresentaram nenhum tipo de incontinência urinária (IU), sendo que nas indígenas mais da metade delas não perde urina, e na comparação essa diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa, com as urbanas sendo mais incontinentes, com apenas 27,3% delas sem IU. Outro dado interessante é que entre as incontinentes, a maior porcentagem é de IU leve (24,2%). Nas indígenas, 59,5% não perdem urina, e naquelas com IU, 24,3% têm perdas muito graves. Sobre esses dados, é possível formular uma hipótese de que o estilo de vida das mulheres indígenas dificulta a identificação de IU, uma vez que não há banheiros delimitados nas aldeias, e a possibilidade de urinar a qualquer hora e em qualquer lugar pode limitar a percepção da dificuldade de segurar a urina. Ao responderem o questionário pode ser que não saibam realmente identificar a presença de IU, o que acontece somente com aquelas que perdem maior volume de urina.

Na comparação entre os grupos também foi possível identificar diferenças relacionadas ao tipo de IU. 38% das mulheres indígenas relatam ter incontinência urinária de esforço (IUE) e somente 3% apresenta incontinência urinária de urgência. Poder urinar em qualquer lugar, na hora em que sentem vontade, pode ser um fator que limita a percepção da urgência. O estudo da Roseli Melo<sup>17</sup>, avaliou 275 mulheres indígenas da etnia Kaingáng, quanto à incontinência urinária, constatando que a manutenção dos hábitos tradicionais de lavar roupa e sentar

ocasionam a menor incidência de incontinência urinária, pelo trabalho dos MAP. Na pesquisa de Araújo et al <sup>11</sup> avaliou-se 377 mulheres indígenas na faixa etária de 12 a 77 anos, que vivem no parque indígena do Xingu em Mato Grosso. E verificou-se uma prevalência de incontinência urinária de 5,8% apenas. Este estudo indica que a ocorrência de perda urinária em mulheres indígenas é incomum. Devido o estilo de vida dessas mulheres, como o uso da posição de cócoras pode prevenir algumas lesões durante o parto e por fim evitar as disfunções dos músculos do assoalho pélvico.

Nas mulheres não indígenas a IUE também é mais comum, com nenhum caso reportado de IUU, o que difere do que se encontra na literatura, que relata aumento de casos de urgência urinária com o processo de envelhecimento. Uma possível explicação estaria relacionada às características da presente amostra de mulheres urbanas, sendo estas ativas, sem comorbidades importantes, baixa paridade e com peso dentro da faixa de normalidade. Uma análise do intervalo miccional e da frequência urinária poderia facilitar esse entendimento em pesquisas futuras.

## **1.5. CONCLUSÃO**

A avaliação de mulheres brasileiras indígenas Huni Kuin com mais de 40 anos e mulheres urbanas da cidade de São Paulo da mesma faixa etária mostrou algumas diferenças importantes entre os grupos. As mulheres indígenas possuem menos acesso à educação formal, maior número de filhos e partos normais e maior índice de massa corporal que as mulheres urbanas. As mulheres urbanas têm menos filhos, com partos via cesariana na maior proporção, apresentando maior histórico de dificuldade de amamentação. As mulheres indígenas entram mais tarde na menopausa e apresentam os sintomas em menor intensidade. Ambos os grupos apresentaram poucas comorbidades, sendo que o uso de medicamentos diários foi maior nas urbanas e a queixa mais comum foi a dor lombar em ambas.

Os dois grupos apresentaram muitas mulheres com vida sexual ativa, e as queixas mais comuns foram diminuição de libido, falta de lubrificação vaginal e dor na relação sexual. A queixa de libido foi maior nas indígenas, mas estas apresentaram melhor resultado na função sexual. Apesar da melhor função sexual, uma alta porcentagem de indígenas relatou desconhecimento total da própria vulva, diferente das mulheres urbanas.

Há uma grande porcentagem de mulheres com incontinência urinária em ambos os grupos, sendo que nas urbanas essa porcentagem é maior. A incontinência nos dois grupos acontece mais

por esforço. Apesar das indígenas terem menos perdas urinárias, estas apresentam maior gravidade.

Alterações típicas do processo de envelhecimento impactam a saúde das mulheres independente da etnia. Aspectos socioculturais podem interferir na qualidade e forma de apresentação de sintomas e queixas. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde realizem avaliações completas, que compreendam o contexto sociocultural e comportamental em que as mulheres estão inseridas.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa. Brasília, DF; 2008. Disponível em: [Http://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publicacoes/Manual\\_atencao\\_mulher\\_climaterio.Pdf](Http://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publicacoes/Manual_atencao_mulher_climaterio.Pdf).
2. Lazari Icf, Lojudice Dc, Marota Ag. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma Instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2009 Apr;12(1):103–12.
3. Maral, Maria Teresa Pace; Marques, Andrea de Andrade; Pinto E Silva, Marcela Ponzio. *Tratado de fisioterapia em saúde da mulher*. 2.Ed. Rio de Janeiro Roca 2018.
4. Schulze Burti J. Ressignificando perdas: A ginástica feminina na perspectiva da mulher em processo de envelhecimento. 2018. Disponível em: [https:// http: Https://Tede2.Pucsp.Br/Bitstream/Handle/21744/2/Juliana%20schulze%20burti.Pdf](https://http://Https://Tede2.Pucsp.Br/Bitstream/Handle/21744/2/Juliana%20schulze%20burti.Pdf).
5. Blessmann, E J. Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Revista do núcleo de estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*, 2004. Porto Alegre, V. 6, P. 21-39.
6. Moraes Km, Vasconcelos Dp, Silva Asr, Silva Rcc, Santiago Lmm, Freitas Casl. *Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso*. 2011. Disponível em: [http: Http://Www.Scielo.Br/Pdf/Rbgg/V14n4/A18v14n4.Pdf](http://Www.Scielo.Br/Pdf/Rbgg/V14n4/A18v14n4.Pdf)
7. Langoni, C. S. Et Al. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. 2014. *Fisioterapia e pesquisa*, V. 21, N. 1, P. 74-80, 2014.

8. Paiva, Eriki. A diversidade sexual entre povos Indígenas do Brasil. 2020. [http: Http://Dx.Doi.Org/10.20435/Tellus.V19i39.598](http://Http://Dx.Doi.Org/10.20435/Tellus.V19i39.598). Acessado em 19 de novembro de 2022.
9. Cassiano A, Bezerra S, Kvitko De Moura S, Schreiner L, Guimarães T, Santos D. Impacto das disfunções do assoalho pélvico na sexualidade feminina. disponível em: <https://Docs.Bvsalud.Org/Biblioref/2018/03/880506/Impacto-Das-Disfuncoes-Do-Assoalho-Pelvico-Na-Sexualidade-Feminina.Pdf>
10. Mcnevin, M. S. Overview Of Pelvic Floor Disorders. *Surgical clinics of north america*,2010. Doi:10.1016/J.Suc.2009.10.003.
11. Araujo ,Mp. Avaliação clínica funcional do assoalho pélvico em mulheres indígenas que residem no parque indígena do xingu. Mato Grosso, Brasil, escola paulista de medicina, 2008.
12. Dalpiaz O Et Al. Female Sexual Dysfunction: A new urogynaecological research field. *Bju international*. 2008.
13. Tamanini Jtn, Dambros M, D'Ancona Cal, Palma Pcr, Rodrigues Netto Jr N. Validação para o português do "international consultation on incontinence questionnaire short form" (ICIQ-SF). *Revista de saúde pública*. 2004 Jun 1;38:438–44. Available From: [http: Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci\\_arttext&Pid=S0034-8910200400030005](http://Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_arttext&Pid=S0034-8910200400030005)
14. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. *Rev HCPA*. 2007;27(1):10-4.
15. Arouca MAF, Duarte TB, Lott DAM, Magnani PS, Nogueira AA, Rosae-Silva JC, Brito LG. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *Int Urogynecol J*. 2015; 27(7):1097- 106.
16. Huni Kuin (Kaxinawá) - Povos Indígenas No Brasil [Internet]. *Socioambiental.Org*. 2014. Available From: [https://Pib.Socioambiental.Org/Pt/Povo:Huni\\_kuin\\_\(Kaxinaw%C3%A1\)](https://Pib.Socioambiental.Org/Pt/Povo:Huni_kuin_(Kaxinaw%C3%A1)).
17. Melo, RL. Relação entre as mudanças dos hábitos de vida das mulheres indígenas, incontinência e parto. 2015. Disponível em: Roseli Loureiro de Melo.pdf (529.4Kb)
18. Vargas BR de, Burg MR, Santos AMPV dos, Morgan-Martins MI. Associação entre doenças cardiovasculares e sinais/sintomas do climatério em mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde. *Revista Kairós-Gerontologia*. 2022 Jan 28;24(1):651–67.

19. Mie Sakamoto A, Martins Gervásio F, de Souza Silva D, Viana Valadares Franco J, Antunes Spindola L. Prevalência da lombalgia e sua repercussão anatomofuncional em adultos e idosos: Revisão sistemática. *Amazônia Science and Health*. 2020;8(3):106–17.
20. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de Cesáreas. 2015;Abril.
21. INSA. Sinopse do Censo Demográfico para o Semiárido Brasileiro. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Brasília: Instituto Nacional do Semiárido, 2015. Disponível em: <http://www.insa.gov.br/censosab/publicacao/sinopse.pdf>.
22. Rubin DI. Epidemiology and Risk Factors for Spine Pain. *Neurologic Clinics*. 2007 May;25(2):353–71.
23. Oliveira LB, Baía RV, Delgado ART, Vieira KFL, Lucena ALR. Sexualidade e envelhecimento: avaliação do perfil sexual de idosos não institucionalizados. *Rev. Ciência. Saúde Nova Esperança*. 2015;13(2):42-50.
24. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2016; 19(3):507-519.
25. Marcolino D. L. Saúde das Mulheres Indígenas no Brasil: Uma Revisão Integrativa. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012. 50p.

## ANEXOS

### Anexo A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Cara Senhora,

Eu, Isa Maia Sales, portadora do CPF 013393082-31 e RG 64867590-7 e eu Priscila S. Silva da Rosa , portadora do CPF: 229609748-08 E RG 44651536--x, estudantes do curso de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, estabelecida na Rua Monte Alegre, 984, no bairro Perdizes, CEP 05014-901 iremos desenvolver uma pesquisa cujo título é “Avaliação funcional do assoalho pélvico em dois grupos de mulheres brasileiras: indígenas residentes de Huni Kuin de Jordão, Acre, e urbanas residentes em São Paulo, capital.” A pesquisa será orientada pela profa. Dra. Juliana Schulze Burti.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar as funções e sintomas do assoalho pélvico (períneo) e a sexualidade em dois grupos distintos de mulheres com 40 anos ou mais: um grupo formado por mulheres de etnia indígena e outro não indígena, comparando os resultados. O objetivo secundário será identificar fatores de risco associados à presença de disfunções nos dois grupos, ou seja, se algum fator presente em um dos grupos (hábitos, características corporais, por exemplo) podem trazer mais chances de ocorrer problemas na região pélvica, como perda urinária, bexiga caída, alterações na sexualidade, por exemplo.

Para a pesquisa serão realizados os seguintes procedimentos:

1. Explicação sobre a pesquisa, com breve orientação sobre anatomia e função do assoalho pélvico (períneo) e sua importância para a continência urinária e função sexual. A pesquisadora mostrará figuras e explicará à Sra, para que possa entender melhor a região do corpo que estamos tratando.

2. Resposta do questionário Consulta Internacional sobre incontinência (ICIQ-SF), que avalia a presença de perdas urinárias; questionário de dados clínicos e sociodemográficos

(histórico médico, de gestações, queixas etc.), questionário que avalia a função sexual (FSFI) e de sintomas pélvicos (PFDI).

A participação na pesquisa ocorrerá na Unidade de Saúde da Família Antonio Rodrigues Dourado (Jordão, Acre), na Paróquia Maria Mãe da Igreja (São Paulo), ou no local de sua preferência, que seja acessível à pesquisadora, e terá a duração de aproximadamente 40 minutos.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e nela constam orientação e avaliação que serão realizadas pelas pesquisadoras. Você responderá somente aos questionários citados acima, não havendo riscos físicos envolvidos com sua participação. Possíveis riscos envolvidos podem ter relação com a dificuldade em responder às perguntas, a se intimidar com algumas perguntas que sejam feitas, e também a não querer responder alguma questão. Para esses possíveis riscos é garantido à Sra. o direito de não responder às perguntas que achar inadequadas ou que não se sinta à vontade em fazer. As pesquisadoras garantem privacidade e respeito às suas convicções, estando preparadas para a entrevista e comprometidas em manter o sigilo, acolhimento e o não julgamento durante todo o processo. Sua participação nessa pesquisa trará benefícios para a Sra. em relação ao ganho de conhecimento sobre seu corpo e sobre a musculatura pélvica (períneo). Após o final do estudo poderemos concluir se há alguma prevalência de disfunções pélvicas de acordo com as avaliações feitas, o que trará contribuições para futuros estudos e para auxiliar na abordagem de outras mulheres.

As pesquisadoras se comprometem a divulgar os resultados da pesquisa, em formato de cartilha ou cartaz, para que a Sra e as outras participantes possam ter acesso aos resultados. Após a avaliação a Sra. receberá informações de como amenizar possíveis desconfortos identificados na presente avaliação, como por exemplo, orientações sobre postura para urinar, intervalo para esvaziar a bexiga e sobre como ativar os músculos do assoalho pélvico. Informamos que a Sra. têm garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Também é garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, podendo deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Qualquer situação que tenha causado constrangimento será analisada e as providências tomadas imediatamente, por meio de consenso mútuo, respeitando os argumentos e o conforto da Sra. Possíveis danos podem ser a falta de divulgação dos resultados ou a falta de orientação adequada após a avaliação, sendo que imediatamente as pesquisadoras se comprometem a resolver caso seja detectada ou informada tal situação. Não serão feitas gravações de voz ou imagem nessa pesquisa, não havendo necessidade de autorização sobre estas. Garantimos que a Sra. tem direito ao sigilo e à confidencialidade das informações prestadas, bem como de decidir

se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que nos forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública. Garantimos que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhuma delas e somente serão divulgadas de acordo com os objetivos da pesquisa.

A Sra. tem o direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais da pesquisa e, caso seja solicitado, daremos todas as informações que solicitar. Não existirão despesas ou compensações pessoais decorrentes da sua participação em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se houver qualquer despesa adicional será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados por meio de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação. Todos os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados pelo período mínimo de 5 anos.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, localizado na Rua Monte Alegre, número 969, sala 63C, Perdizes, São Paulo, telefone (11) 3670-8466, email: [cometica@pucsp.br](mailto:cometica@pucsp.br). Com horário de atendimento de 2ª a 6ª feira das 9h às 18h. O Comitê de Ética analisa os projetos de pesquisa garantindo que todas as etapas e procedimentos estejam em respeito às regras de boa conduta em relação aos seres humanos, protegendo os participantes.

Esta pesquisa também passou pela análise da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) situado na SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília/DF. O Conep é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho. Tem função consultiva, deliberativa, normativa e educativa, atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa - CEP- organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam, como na presente pesquisa, a PUC-SP.

Ao ler (ou acompanhar a leitura) e concordar com esse documento a Sra. receberá uma via deste documento, assinada pela Sra. ou pelo seu representante legal e pela pesquisadora. Todas as páginas deverão ser rubricadas por ambas.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, \_\_\_\_\_, fui

informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. As pesquisadoras certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente as pesquisadoras terão acesso. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com as pesquisadoras por telefone. O Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP caracteriza-se por ser órgão multidisciplinar, com finalidade de salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos de pesquisa, bem como de contribuir para uma contínua preocupação e evolução dos padrões éticos na pesquisa, podendo também ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Rua Ministro Godói, 969 Sala 63-C (Andar Térreo do E.R.B.M.) de seg à sex das 9h às 18h - Perdizes - São Paulo/SP -

CEP 05015001, e-mail: [cometica@pucsp.br](mailto:cometica@pucsp.br).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou digital da participante ou do representante legal

\_\_\_\_\_  
Isa Maia Sales (pesquisadora)

Email: [isa.tximanaomi@gmail.com](mailto:isa.tximanaomi@gmail.com)

Telefone: (11) 99720-9227

\_\_\_\_\_  
Priscila S. da Silva Rosa (pesquisadora)

Email: [priscilassr88@gmail.com](mailto:priscilassr88@gmail.com)

Telefone: (11)98680-7565

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Schulze Burti

Email: [jsburti@pucsp.br](mailto:jsburti@pucsp.br)

## Anexo B

### Ficha de Avaliação

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

Cor/etnia: \_\_\_\_\_

Data do nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado  
civil: \_\_\_\_\_

Número de Filhos: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_  
IMC: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_

Grau de  
Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_

Exames  
complementares: \_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_ em  
uso: \_\_\_\_\_

Pratica \_\_\_\_\_ alguma \_\_\_\_\_ atividade  
física?: \_\_\_\_\_

Alguma \_\_\_\_\_ queixa  
principal: \_\_\_\_\_

HMA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data da última menstruação (DUM): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Menopausa?: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Método anticoncepcional? ( ) sim ( ) não

Terapia de reposição hormonal? ( ) sim ( ) não

Complicações ginecológicas:

( ) dor pélvica crônica ( ) cistos ( ) corrimento ( ) sangramento ( ) endometriose  
( ) prolapsos ( ) cistite ( ) infecção urinária ( ) dismenorréia

Dor pélvica?(localização, duração, características, intensidade, fatores desencadeantes e de  
melhora da dor): \_\_\_\_\_

Sangramento vaginal anormal (quantidade, duração e correlação com o ciclo  
menstrual): \_\_\_\_\_

Corrimento vaginal (cor, odor, consistência), prurido ou  
ambos: \_\_\_\_\_

Auto conhecimento vaginal? ( ) sim ( ) não

Vida sexual: ( ) ativa Frequência \_\_\_\_\_ ( ) inativa Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Perda urinária durante a relação sexual?  sim  não

Disfunções sexuais:  dispareunia  vaginismo  anorgasmia  disfunção orgásmica

diminuição da libido  ausência de lubrificação

Intercorrências na gestação:  HAS  Diabetes  Anemia  Hemorragia  Constipação  
 Incontinência Urinária

Antecedentes Obstétricos - Intercorrências em gestações anteriores:

---

Partos Anteriores:  Cesárea  Cesárea gemelar  Induzido  Pré-termo  A termo  Pós-termo

Abdômen:  Gravídico  Normal  Flácido  Fibrose  Estrias  Incisão Cirúrgica/ Dor  Diástase do músculo Reto Abdominal

Amamentação:  Amamentou anteriormente  Dificuldade para amamentar  Amamentação Exclusiva

Cirurgias:  sim  não



## Anexo D

Questionário FSFI\_ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA INSTRUÇÕES: essas questões falam sobre seus sentimentos e respostas sexuais durante as últimas 4 semanas, por favor responda as seguintes questões tão honesta e claramente quanto possível. Suas respostas serão mantidas em completo sigilo. Ao responder estas questões considere as seguintes definições:

Atividade sexual – pode incluir carícias preliminares, masturbação e relações sexuais;

Relação sexual – é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina; Estimulação sexual – inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual;

MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR QUESTÃO.

Desejo ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter uma experiência sexual, sentir-se à vontade para iniciação sexual com um parceiro e pensar ou fantasiar como se você estivesse fazendo sexo.

1) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você sentiu desejo ou interesse sexual?

Sempre ou quase sempre

A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)

Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)

Poucas vezes (menos que a metade do tempo)

Quase nunca ou nunca

2) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

Muito alto

Alto

Moderado

Baixo

Muito baixo ou nenhum

Excitação sexual é um sentimento que inclui aspectos físicos e mentais de excitação sexual. Pode incluir sentimento de calor ou formigamento nos órgãos genitais, lubrificação (umidade), ou contrações de músculo.

3) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se sentiu excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

4) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito alto
- Alto
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo ou nenhum

5) Nas últimas 4 semanas, quão confiante você esteve quanto a ficar excitada durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Confiança muito alta
- Confiança alta
- Confiança moderada
- Baixa confiança
- Muito baixa ou nenhuma confiança

6) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou satisfeita com sua excitação durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual

- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes ( menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

7) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você ficou lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

8) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil ficar lubrificada (molhada) durante a atividade sexual ou a relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Não foi difícil

9) Nas últimas 4 semanas, quantas vezes você se manteve lubrificada até o final da atividade sexual ou da relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes ( menos da metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

10) Nas últimas 4 semanas, o quanto foi difícil manter sua lubrificação até o final da atividade sexual ou da relação sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Não foi difícil

11) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, quantas vezes você atingiu o orgasmo (clímax)?

- Nenhuma atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estimulação sexual ou relação sexual, o quanto foi difícil atingir o orgasmo (clímax)?

- Nenhuma atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Não foi difícil

13) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua habilidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual ou a relação sexual ?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito satisfeita

- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a intensidade de intimidade emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- Nenhuma atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a relação sexual com seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16) Nas últimas 4 semanas, o quanto satisfeita você esteve com a sua vida sexual como um todo?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

- Nenhuma tentativa de relação sexual

- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes ( menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

18) Nas últimas 4 semanas, com que frequência você experimentou dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Nenhuma tentativa de relação sexual
- Sempre ou quase sempre
- A maioria das vezes (mais que a metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes ( menos que a metade do tempo)
- Quase nunca ou nunca

19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria o seu nível (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?

- Nenhuma tentativa de relação sexual
- Muito grande
- Grande
- Moderado
- Pequeno
- Muito pequeno ou nenhum

## Questionário ICIQ-SF

<b>ICIQ - SF</b>	
Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____	
Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.	
1. Data de Nascimento: ____/____/____ ( Dia / Mês / Ano )	
2. Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
3. Com que freqüência voce perde urina? (assinale uma resposta)	
	Nunca <input type="checkbox"/> 0 Uma vez por semana ou menos <input type="checkbox"/> 1 Duas ou três vezes por semana <input type="checkbox"/> 2 Uma vez ao dia <input type="checkbox"/> 3 Diversas vezes ao dia <input type="checkbox"/> 4 O tempo todo <input type="checkbox"/> 5
4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)	
	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0 Uma pequena quantidade <input type="checkbox"/> 2 Uma moderada quantidade <input type="checkbox"/> 4 Uma grande quantidade <input type="checkbox"/> 6
5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)	
0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10 Não interfere <span style="float: right;">Interfere muito</span>	
ICIQ Score: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____	
6. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)	
	Nunca <input type="checkbox"/> Perco antes de chegar ao banheiro <input type="checkbox"/> Perco quando tusso ou espiro <input type="checkbox"/> Perco quando estou dormindo <input type="checkbox"/> Perco quando estou fazendo atividades físicas <input type="checkbox"/> Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo <input type="checkbox"/> Perco sem razão óbvia <input type="checkbox"/> Perco o tempo todo <input type="checkbox"/>

**"Obrigado por você ter respondido às questões"**