



Quelly Christina França Alves Schiave – Tese de Doutorado

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS UFAM

QUELLY CHRISTINA FRANÇA ALVES SCHIAVE

PERFIL CLÍNICO E GINECOLÓGICO DE INDÍGENAS DA AMAZÔNIA

BOTUCATU

2022

QUELLY CHRISTINA FRANÇA ALVES SCHIAVE

PERFIL CLÍNICO E GINECOLÓGICO DE INDÍGENAS DA AMAZÔNIA

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para obtenção do
título de Doutora em Tocoginecologia

Aluna: Quelly Christina França Alves Schiave
Orientador: Prof. Titular Agnaldo Lopes da Silva Filho

BOTUCATU

2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Schiave, Quelly Christina França Alves.

Perfil clínico e ginecológico de indígenas da Amazônia
/ Quelly Christina França Alves Schiave. - Botucatu, 2022

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Agnaldo Lopes da Silva Filho

Capes: 40101150

1. Índios. 2. Saúde de populações indígenas. 3. Perfil
de saúde. 4. Saúde pública. 5. Distúrbios sexuais.

Palavras-chave: Disfunção sexual; Indígenas urbanizadas;
Perfil de saúde; Saúde pública.

Salvar o
Acesse Ccr

Dedicatória

Dedico essa obra ao meu marido
Arrison, um grande homem, que chora e
sorri junto comigo, um homem que vive
minhas lutas e conquistas, um grande
companheiro, incentivador e um
inigualável pai.

Aos meus filhos, Sofia e Vitor,
autores dos meus sentimentos mais
profundos, do amor mais puro e
verdadeiro.

Agradecimentos

Ao meu grande Deus por ter ouvido minhas orações, me sustentando em todo momento.

Aos meu pais, por todas as orações à Deus em meu favor.

Às minhas irmãs, mulheres fortes, batalhadoras que tiveram que correr para eu andar.

Aos meus irmãos por todo carinho.

À minha amada cachorrinha Amora, por ter sido tão presente em minha vida, por ter me dado tanto amor em todo o tempo.

Ao Cacique Messias Kokama (†), por toda receptividade e acolhimento que teve comigo, como se eu fizesse parte do seu povo. Por intermédio dele, o impossível aconteceu resultando nesta pesquisa.

À Vanda Witoto, por toda ajuda e participação ativa durante o contato com as mulheres indígenas e na realização da coleta de dados.

Ao meu estimado orientador prof. Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho, por ter aceitado me orientar, fazendo com que esse sonho pudesse se tornar realidade. Sinto uma grande admiração pelo sr, e que honra a minha ter sido orientada por esse grande profissional que és.

À querida profa. Dra. Débora Cristina Damasceno, que por amor à docência, nos guiou com muita sabedoria e paciência por esse caminho cheio de desafios. Cada ser humano é único, mas suas qualidades e competências devem ser “copiadas”, pois seu legado precisa ser continuado pelo bem da ciência. Obrigada profa., por ter sido luz na escuridão, por ter sido calor no frio, e por sido o amor nas dificuldades que enfrentamos. Obrigada.

À minha querida amiga que o DINTER me presenteou, Dra. Hilka Flávia do Espírito Santo, obrigada por ter acreditado em mim, por ter segurado minha mão, por ter sido meu apoio. Com você, tudo se fez.

Aos colegas do DINTER em Tocoginecologia, Alexandre Miralha, Bruno Monção Paolino, Carlos Henrique Esteves Freire, Francilene Xavier, Hilka Flávia Espírito Santo, Kleber Prado Liberal Rodrigues, Maria Raika Guimarães, Michel Tavares e Patrícia Leite Brito, por terem sido uma rede de apoio nessa jornada.

À Profa. Dra. Selma Suely Baçal de Oliveira, Pro-Reitora Pós-Graduação UFAM, que não mediu esforços para a pareceria com a UNESP através do DINTER.

À Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, pela oportunidade estendida para o norte do Brasil, em especial para o Amazonas.

À Universidade Federal do Amazonas -UFAM, o Instituto de ciências biológicas e seus Diretores, em especial ao professor Titular José Fernando Marques Barcellos e ao Departamento de Morfologia e seus Chefes profa dra Grazyelle Sebreński da Silva, por ter me apoiado para a realização desta pesquisa.

À todas as mulheres indígenas que participaram voluntariamente desta pesquisa, tornando tudo possível.

Biografia da aluna

Filha de Aristides e Izolina, casada com Arrison Schiave e mãe de dois filhos incríveis, Sofia e Vitor. Graduada em Fisioterapia pela Universidade Nilton Lins (UNINILTONLINS), no ano de 2004, pós-graduada em Terapia Manual e Postural pelo Centro Universitário de Maringá (CESUMAR) no ano de 2007. É mestra em Biologia Urbana, pela Universidade Nilton Lins (UNINILTONLINS) em 2009, tendo desenvolvido fisicamente o projeto de pesquisa intitulado *“Protocolo para Relaxamento Muscular correlacionando Disfunção da Articulação Temporomandibular e Stress associado a Atividade Laboral”* sob orientação da Profa. Dra. Mônica Ferreira Nozawa. Este estudo foi publicado na Revista Terapia Manual no ano de 2011. No ano de 2010, iniciou na docência, no curso de Fisioterapia na Faculdade Metropolitana de Manaus (FAMETRO), até ingressar na Marinha do Brasil como Fisioterapeuta no ano de 2013. Em 2015 foi aprovado no concurso para docente de carreira na Universidade Federal do Amazonas (UFAM), para a área de Anatomia, onde realiza diversos projetos de pesquisa, ensino e extensão, junto aos alunos do curso de Medicina, na área de Saúde da mulher e Anatomia. Participou como orientadora em diversos trabalhos apresentados em Congressos, tendo o trabalho apresentado no I Congresso Internacional de Saúde Única (interface mundial) por Thaise Farias Rodrigues como modalidade Acervo Saúde, intitulado *“Alterações anatômicas na mulher gestante versus infecção urinária: uma estratégia de educação em saúde”* recebido Menção Honrosa pelo prêmio de melhor trabalho aprovado pela comissão científica da Evento. Ingressou em 2019 no Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia (Nível: Doutorado) pela FMB/UNESP para desenvolver o projeto intitulado *“Perfil clínico e ginecológico de indígenas da Amazônia”* sob a orientação do Prof. Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho. Durante o Doutorado orientou alguns projetos de pesquisa em fase de finalização.

Considerações Gerais

Os povos indígenas são os habitantes originários do território brasileiro antes da chegada dos europeus no final do século XV. Existe uma grande diversidade de povos indígenas no Brasil. Segundo critérios do Censo de 2010, a população de índios é de aproximadamente 817 mil. Uma parcela deles vive em tribos (aldeados) e sobrevivem por meio do cultivo de alimentos, bem como da caça e pesca (Silva, c2022).

A FUNAI considera a população indígena em “povos indígenas isolados” para se referir, especificamente, a grupos indígenas com ausência de relações permanentes com as sociedades nacionais ou possuem pouca frequência de interação com não-índios ou com outros povos indígenas. “Povos indígenas de recente contato” são aqueles povos ou grupos indígenas que mantêm relações de contato permanente e/ou intermitente com segmentos da sociedade nacional e que, independentemente do tempo de contato, apresentam singularidades em sua relação com a sociedade nacional e seletividade (autonomia) na incorporação de bens e serviços. Com relação aos “índigenas urbanizados”, são aqueles que possuem interação e vivem em sociedade (FUNAI, c2022).

Há confirmação do aumento da proporção de indígenas urbanizados. Segundo resultados preliminares do Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2010, dos 817.963 indígenas brasileiros, 502.783 deles vivem na zona rural e 315.180 habitam as zonas urbanas brasileiras (FUNAI, c2022)

É um direito de cada indivíduo indígena viver da forma como quiser, seja isolado ou próximo da sociedade. Assim, um índio brasileiro tem direito de escolher se ele viverá com sua comunidade, em uma aldeia ou se ele viverá integrado em nossa sociedade. O fato dele viver isoladamente ou de forma integrada também não altera em nada o direito dos povos indígenas lutarem pela preservação de sua cultura e de suas terras. Portanto, um índio tem total direito de usar qualquer tecnologia presente em nossa sociedade, falar o idioma português e isso não afeta em nada a sua identidade enquanto índio (Brasil escola, c2022). Os registros históricos demonstram que a decisão de isolamento desses povos indígenas pode ser em função dos resultados negativos advindos com a interação social, como infecções, doenças, epidemias, morte, atos de violência física, espoliação de seus recursos naturais ou eventos que tornam vulneráveis seus territórios, ameaçando suas vidas, seus direitos e sua continuidade histórica como grupos culturalmente diferenciados. Esse ato de vontade de isolamento também se relaciona com a experiência de um estado de autossuficiência social e econômica, quando a situação os leva a suprir de forma autônoma suas necessidades sociais,

materiais ou simbólicas, evitando relações sociais que poderiam desencadear tensões ou conflitos inter étnicos (FUNAI, c2022).

Se a população indígena opta por viver em um contexto urbanizado, constata-se que a vulnerabilidade física e sociocultural desses povos indígenas surge ou se agrava devido à ausência de ações diferenciadas e específicas de atenção à saúde e prevenção de doenças infectocontagiosas; introdução de sistemas educacionais que não estão embasados em modelos metodológicos diferenciados e específicos, ou seja, que não atendem a uma relação de reconhecimento de outras formas de alteridade; a presença de missionários que desenvolvam o proselitismo religioso nas terras indígenas e a introdução de dinâmicas de uma economia de mercado e de consumo sem um processo de escuta aos povos indígenas quanto às expectativas e perspectivas dessas novas relações ou um acompanhamento que busque a valorização de suas próprias formas de organização socioeconômica (FUNAI, c2022).

Como exemplo de indígenas que vivem em tribos urbanizadas, podemos citar o **Parque das Tribos**, que está localizado no Ramal Bancrevéa, no Bairro Tarumã, na zona oeste da cidade de Manaus. É formado como espaço pluriétnicos, com designação dos povos indígenas. Essa região foi formada em 2012, porém, ela ainda está em processo de reconhecimento por parte do Ministério Público (Estadual e Federal) como região de moradia para povos indígenas (Santos, 2016). O Parque das Tribos fica na periferia da capital amazonense, tem pouca infraestrutura, falta de saneamento básico e má distribuição de energia elétrica. Apenas em 2018 recebeu iluminação pública, asfaltamento e água. Há promessas para construção de uma unidade básica de saúde. A população indígena do Parque das Tribos vive em contexto urbanizado. Neste espaço, há 21 etnias e as mulheres são lideradas pela Cacique Lutana Kokama, que luta por melhores condições para existência desta população e pela reconexão com a cultura indígena em ambiente urbano. Buscam isso por meio da educação, arte e da saúde. As mulheres do Parque das Tribos desejam ser ouvidas, querem espaços e serem tratadas com respeito.

Formada em pedagogia, Cláudia Baré viu na educação uma oportunidade de mostrar para a sociedade que o Parque das Tribos era sinônimo de fortalecimento cultural. Ela implementou lá a educação escolar indígena, por meio do Espaço Cultural Indígena *Uka Umbuesara Wakenai Anumarehi*. Considerando a necessidade de entender melhor uma tribo urbanizada na região Amazônica e visando introduzir o tema assoalho pélvico e a importância do reconhecimento do corpo por mulheres indígenas, decidimos nos inserir no Parque das Tribos. Para isso, foi realizado um contato com o Cacique Messias (†), do povo Kokama, que

se interessou pelo estudo. Em seguida, houve um direcionamento para o advogado do Parque das Tribos, Dr. Isael Munduruku, que cuidou de todo o processo jurídico deste estudo. Após o Termo de Anuência ter sido assinado e o projeto ter sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), foi iniciado um projeto de extensão intitulado “*Disfunções do Assoalho Pélvico e Qualidade de Vida*”, no qual foram abordadas questões a respeito da saúde da mulher, sexualidade, doenças relacionadas às mulheres. Esse projeto de extensão foi orientado por mim, Quelly, e realizado com a finalidade de promover conhecimentos a respeito do tema e estabelecer contato com as mulheres para diminuir as barreiras culturais. A coleta de dados foi realizada com a ajuda da técnica de enfermagem do Parque das Tribos, Vanda Witoto, que luta pelos direitos das mulheres no local.

Sendo assim, após a primeira aproximação com as mulheres indígenas deste parque, tivemos a oportunidade de introduzirmos o projeto de pesquisa relacionado à tese de Doutorado em questão.

Referências Bibliográficas

Silva, /DN. “Povos indígenas do Brasil”; Brasil Escola. Disponível em:

<https://brasilecola.uol.com.br/brasil/o-indigenas> (acesso em Aug8, 2022).

<https://www.gov.br/funai/pt-br/atuacao/povos-indigenas> (acesso em Aug8, 2022).

<https://outraspalavras.net/outrasmidias/parque-das-tribos-mulheres-indigenas-lideram-resgate-cultural/> (acesso em Aug8, 2022).

Santos GS. Territórios pluriétnicos em construção: a proximidade, a poiesis e a praxis dos indígenas em Manaus. 2016. Tese (Doutorado em Sociedade e Cultura na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

LISTA DE TABELAS e FIGURAS

CAPÍTULO 1 / ARTIGO I

Tabela 1 – Perfil clínico e sociodemográfico de mulheres indígenas urbanizadas do Amazonas	29
Tabela 2 – Avaliação da ocorrência de incontinência urinária em indígenas do Parque das Tribos – Amazonas por meio do <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form</i> (ICIQ-SF)	30
Tabela 3 – Composição e frequência de perda de gases, fezes líquidas ou sólidas em mulheres indígenas com incontinência fecal por meio do Questionário <i>Wexner</i>	31
Tabela 4 – Avaliação dos fatores associados à ocorrência da incontinência urinária de indígenas urbanizadas que vivem no Parque das Tribos, Manaus/AM.....	32
Tabela 5 – Avaliação dos fatores associados à ocorrência da incontinência fecal de indígenas urbanizadas que vivem no Parque das Tribos, Manaus/AM.....	32

CAPÍTULO 2 / ARTIGO 2

Tabela 1 – Escores de avaliação do <i>Female Sexual Function Index</i> – FSFI de indígenas urbanizadas do Amazonas	50
Tabela 2 – Avaliação da disfunção sexual em mulheres indígenas urbanizadas do Parque das Tribos – Amazonas por meio do Questionário de Função Sexual Feminina (<i>Female Sexual Function Index</i> – FSFI)	50
Tabela 3 – Avaliação dos fatores associados com a ocorrência de disfunção sexual em mulheres indígenas urbanizadas do Parque das Tribos.....	51
Figura 1 – Escores dos índices de função sexual feminina de indígenas urbanizadas do Parque das Tribos – Amazonas de acordo com o Questionário <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI).....	50

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IST – Infecções sexualmente transmissíveis

OMS – Organização Mundial de Saúde

RANI – Registro Administrativo de Nascido Indígena

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

DSEIs – Distritos Sanitários Especiais Indígenas

IU – Incontinência urinária

IUE – Incontinência urinária de esforço

IUM – Incontinência urinária mista

IUU – Incontinência urinária urgência

IF – Incontinência Fecal

ICS – Sociedade Internacional sobre Incontinência

FSFI – Female Sexual Function Index

PE - Pernambuco

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
1.1 Saúde da mulher indígena	18
1.2 Função sexual da mulher indígena	18
2. JUSTIFICATIVA	19
3. OBJETIVOS	19
3.1 Geral da Tese	19
3.2 Específicos referentes ao capítulo 1	19
3.3 Específicos referentes ao capítulo 2	19
CAPÍTULO 1: ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCORRÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL EM MULHERES INDÍGENAS URBANIZADAS DA AMAZÔNIA	20
1. INTRODUÇÃO	24
2. METODOLOGIA	25
2.1 Tipo de estudo	25
2.2 Local de estudo	25
2.3 População de estudo	25
2.4 Delineamento amostral	26
2.5 Critérios de inclusão e não inclusão	26
2.6 Coleta de dados	26
2.6.1 Instrumentos para coleta de dados	27
Questionários de Perfil clínico e sociodemográfico	27
<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)</i>	27
<i>Wexner</i>	27
2.7 Análise estatística	27
3. RESULTADOS	28
4. DISCUSSÃO	33
5. CONCLUSÃO	36

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
CAPÍTULO 2: ANÁLISE DA FUNÇÃO SEXUAL DAS MULHERES INDÍGENAS URBANIZADAS DA AMAZÔNIA	43
1. INTRODUÇÃO	46
2. METODOLOGIA	47
2.1 Tipo de estudo	47
2.2 Local de estudo	47
2.3 População de estudo	47
2.4 Delineamento amostral	47
2.5 Critérios de inclusão e não inclusão	47
2.6 Coleta de dados	48
2.6.1 Instrumentos para coleta de dados: Questionário <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI)	48
2.7 Análise estatística	49
3. RESULTADOS	49
4. DISCUSSÃO	52
5. CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICES	59
Figura 1: Fluxograma de alocação da população do estudo	60
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	61
ANEXOS	64
ANEXO A – Aprovação do CEP/CONEP	65
ANEXO B - Questionário sociodemográfico e de saúde da mulher	65
ANEXO C - <i>International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form</i>	67
ANEXO D - Questionário <i>Wexner</i>	68
ANEXO E - Questionário <i>Female Sexual Function Index</i> (FSFI)	68

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Saúde da mulher indígena

As mulheres indígenas constituem uma parte da população culturalmente distinta, que demanda a composição de uma política de saúde adequada aos contextos étnicos dos quais elas fazem parte. A pluralidade étnica e sociocultural dos povos indígenas coopera para que esse fragmento populacional seja extremamente complexo ¹.

A saúde indígena tem sido influenciada por diversas modificações envolvendo processos históricos, sociais, econômicos e ambientais nas diversas regiões do país ao longo do tempo, impactando, assim, o perfil da saúde dessa população. Em relação à saúde da mulher indígena, é necessário olhar sua identidade e o papel dessas mulheres porque constituem um grupo bastante suscetível ao desenvolvimento de doenças ². Considerando essa questão e por se tratar de um grupo populacional vulnerável, as mulheres indígenas merecem uma atenção especial, com ações de saúde preventiva visando à melhora nos hábitos de vida para redução do aparecimento de doenças e obtenção de qualidade de vida e bem-estar, respeitando e reestabelecendo seus valores culturais que outrora foram desvalorizados ³. Além disso, é observado que as políticas públicas indigenistas ainda são insuficientes para atender às necessidades dos indígenas e, apesar dos esforços dos pesquisadores em desenvolver estudos com a população indígena, pesquisas específicas sobre a saúde da mulher indígena têm sido contempladas de forma bem limitada ⁴.

1.2 Função sexual da mulher indígena

Devido ao modelo de sociedade instaurado desde a colonização, estando a mulher subordinada ao homem, o lugar feminino vem sendo conquistado pouco a pouco com a participação das mulheres em espaços gerais. Nesse cenário, as indígenas vivenciam diariamente o enfrentamento do preconceito por serem mulheres e por serem indígenas; lutam contra as desigualdades sociais e atuam na construção da Constituição cidadã, que marca a inserção mais evidente da mulher indígena na luta pelos seus direitos ⁵. Nos fóruns nacionais organizados por mulheres indígenas, o tema da saúde sexual e reprodutiva tem sido discutido entre essas mulheres. ⁶ Tendo sido observado condições pouco favoráveis para elas negociarem o sexo seguro, evitarem gravidez e, em geral, para tomarem decisões quanto à sexualidade e reprodução, o que as deixa expostas a infecções por transmissão sexual e outros agravos. Espera-se que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres indígenas estejam de acordo com as tradições e com foco cultural, desde que essas culturas não violentem as

mulheres e que sejam reconhecidas pelas políticas públicas ^{7, 8}. A política de saúde direcionada às mulheres indígenas, no que diz respeito à questão sexual, ainda não apresenta resultados efetivos porque as informações epidemiológicas e da função sexual são escassas nessa população. É necessário considerar a diversidade, as especificidades socioculturais e o isolamento geográfico para criar estratégias diferenciadas que possibilitem o acesso à promoção da saúde a partir do diálogo intercultural para valorizar a participação das mulheres indígenas na formulação de políticas de atenção à sua saúde sexual e reprodutiva ⁹.

2. JUSTIFICATIVA

Estudar a condição e realidade da saúde dos povos indígenas sobretudo das mulheres são necessárias pois é um assunto que, ao ser inserido na pauta de discussões de políticas de saúde pública dos brasileiros esquecidos, resgata o valor histórico e cultural dos povos indígenas, contribuindo, assim, com sua visibilidade para provocar boas práticas de saúde para esta população. O suporte em saúde pública transcultural tem sido abordado no Brasil, mas não houve registro sobre incontinência fecal e nem registro que direcione sobre a função sexual. Há poucos relatos da saúde sexual e reprodutiva da mulher indígena e incontinência urinária nessa população. Desta forma, é relevante a análise de dados levantados a partir desta pesquisa, fundamentando-se em uma perspectiva diferente, com foco na saúde sexual principalmente na função sexual das mulheres indígenas.

3. OBJETIVOS

3.1- Geral da Tese

Avaliar o perfil clínico e ginecológico de mulheres indígenas urbanizadas no Amazonas.

3.2- Específicos referente ao capítulo 1

- I- Descrever o perfil sociodemográfico de mulheres indígenas.
- II- Descrever as principais características clínicas das mulheres indígenas.
- III- Identificar a ocorrência de incontinência urinária em mulheres indígenas.
- IV- Identificar a ocorrência de incontinência fecal em mulheres indígenas.

3.3- Específicos referente ao capítulo 2

- I- Investigar a presença de disfunção sexual em mulheres indígenas.
- II- Registrar os fatores associados à disfunção sexual.

CAPÍTULO I

**ANÁLISE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCORRÊNCIA DE
INCONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL EM MULHERES INDÍGENAS
URBANIZADAS DA AMAZÔNIA**

Analysis of the sociodemographic profile and occurrence of urinary and fecal incontinence in
urbanized indigenous women in the Amazon

Botucatu
2022

RESUMO

A saúde indígena tem sido influenciada por diversas modificações envolvendo processos históricos, sociais, econômicos e ambientais ao longo do tempo, impactando o perfil de saúde

dessa população. **Justificativa:** Estudar a respeito da realidade da saúde dos povos indígenas, sobretudo as mulheres, se faz necessário pois resgata o valor histórico e cultural desses povos. Sendo assim, é necessário pesquisar e discutir este tema para documentar a situação da saúde indígena no Brasil. Isto proporcionará visibilidade a fim de provocar boas práticas de saúde para esta população. **Objetivo:** Descrever o perfil sociodemográfico e as principais características clínicas das mulheres indígenas de Manaus. **Metodologia:** Estudo observacional do tipo transversal, realizado no Parque das Tribos em 95 mulheres indígenas com faixa etária acima de 18 anos. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de questionários para obter informações sobre o perfil sociodemográfico e de saúde destas mulheres. Os questionários *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)* para identificar a presença de incontinência urinária e *Wexner*, que avalia a incontinência fecal, foram utilizados. **Resultados:** As indígenas avaliadas pertenciam a 21 etnias inseridas no contexto urbano, sendo que 52,6% das indígenas possuíam ensino médio completo e 44,2% realizavam atividades domésticas. A média de filhos das entrevistadas foi de 2,8 e o parto vaginal foi predominante (52,6%). 11,6% das indígenas praticaram atividade física regularmente e 38,9% apresentaram hipertensão arterial sistêmica. Sobre o perfil de saúde, 50,5% possuíam ciclo menstrual regular, 14,7% estavam no climatério, 36,8% usavam anticoncepcional, 3,2% tiveram câncer, 28,4% realizaram o exame preventivo e 22,1% das mulheres fizeram mamografia alguma vez na vida. Houve uma prevalência de 58,9% para incontinência urinária e de 5,3% para incontinência fecal. **Conclusão:** Devido ao distanciamento das raízes indígenas, os achados deste estudo permitem mostrar que o perfil de saúde das mulheres indígenas urbanizadas do Parque das Tribos está muito próximo ao das mulheres não indígenas.

Palavras-Chave: Indígenas urbanizadas. Perfil de saúde. Incontinência urinária. Incontinência fecal.

ABSTRACT

Indigenous health has been influenced by several changes involving historical, social, economic and environmental processes over time, impacting the health profile of this population. Justification: Studying the reality of the health of indigenous peoples, especially women, is necessary because it rescues the historical and cultural value of these peoples. Therefore, it is necessary to research and discuss this topic in order to document the situation of indigenous health in Brazil. This will provide visibility in order to provoke good health practices for this population. Objective: To describe the sociodemographic profile and the main clinical characteristics of indigenous women in Manaus. Methodology: Observational cross-sectional study, carried out in Parque das Tribos with 95 indigenous women aged over 18 years. Data collection took place through the application of questionnaires to obtain information about the sociodemographic and health profile of these women. The International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF) to identify the presence of urinary incontinence and the Wexner questionnaire, which assesses fecal incontinence, were used. Results: The evaluated indigenous women belonged to 21 ethnic groups inserted in the urban context, with 52.6% of the indigenous women having completed high school and 44.2% performing domestic activities. The average number of children of the interviewees was 2.8 and vaginal delivery was predominant (52.6%). 11.6% of the indigenous women practiced regular physical activity and 38.9% had systemic arterial hypertension. Regarding the health profile, 50.5% had a regular menstrual cycle, 14.7% were in the climacteric, 36.8% used contraceptives, 3.2% had cancer, 28.4% underwent the preventive examination and 22.1% of women had a mammogram at least once in their lives. There was a prevalence of 58.9% for urinary incontinence and 5.3% for fecal incontinence. Conclusion: Due to the distance from indigenous roots, the findings of this study show that the health profile of urbanized indigenous women in Parque das Tribos is very close to that of non-indigenous women.

Keywords: Urbanized indigenous. Health profile. Urinary incontinence. Fecal incontinence.

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde define a prática de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação no período da menarca, ciclo gravídico-puerperal e climatério como “atenção à saúde da mulher”. As medidas devem incluir controle e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres ¹. As pesquisas no âmbito da saúde feminina englobam avaliação comportamental, demográfica e saúde reprodutiva. Com relação aos povos indígenas, essas pesquisas são limitadas, pois há poucos dados na literatura ².

Mesmo com o progresso na atenção da saúde indígena, esta população ainda apresenta maior proporção de óbitos sem assistência médica comparada aos brancos e a pior proporção de causas mal definidas ³. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Então, trata-se de um direito essencial do homem, que deve ser garantido, independente de raça, de religião, da ideologia política ou da condição socioeconômica ⁴. No entanto, em virtude do contexto cultural, histórico e socioeconômico, esse direito muitas vezes é violado, atingindo grupos minoritários, principalmente as mulheres, e ser mulher indígena é ser duplamente minoria em virtude do gênero e da etnia. Por isso, essas questões são de extrema relevância, pois tais fatores interferem na qualidade de vida, bem como nas taxas de morbidade e mortalidade, além do acesso aos serviços de saúde ⁵.

As doenças do aparelho digestivo e geniturinário estão entre as principais morbidades mais relatadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) do Acre ⁶. Sobre essa temática, a incontinência urinária é uma realidade na população feminina no cenário global, caracterizada por perda involuntária de urina; um agravo de etiologia multifatorial, com prevalência estimada em até 39% entre os homens e de 6 a 25 vezes mais nas mulheres, podendo esse fato ser explicado pela anatomia da uretra feminina, que é mais curta quando comparada à do homem e, por condições comuns ao seu ciclo vital, que interferem no desempenho adequado do assoalho pélvico. Dentre os fatores de risco para ocorrência de incontinência urinária, cita-se idade, gravidez, paridade, climatério, utilização de medicamentos, cirurgias pélvicas, índice de massa corporal, exercícios físicos de alto impacto, tabagismo, dentre outros ⁷.

A incontinência fecal (IF) é caracterizada pela perda não intencional de fezes sólidas ou líquidas, que pode prejudicar acentuadamente a qualidade de vida. Os distúrbios intestinais mais comuns são diarreia, trauma do esfíncter anal (lesão obstétrica ou cirurgia prévia), urgência retal e carga de doença crônica, que são considerados os principais fatores de risco para incontinência fecal. Outros fatores que podem ser incluídos são os distúrbios neurológicos, doença inflamatória intestinal e distúrbios anatômicos do assoalho pélvico ⁸. Alguns estudos relatam que é difícil estimar a verdadeira prevalência de IF na população em geral. No entanto, esses estudos sugerem que é na faixa entre 7 a 16% ^{9, 10}. Além da avaliação médica, essas incontinências podem ser diagnosticadas por meio de questionários traduzidos e validados, como o *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)*, que avalia a incontinência urinária e o *Wexner* que analisa a incontinência fecal ^{11, 12, 13}.

Com relação à saúde feminina indígena, ainda há muito o que pesquisar, analisar e discutir. Entretanto, parece haver uma barreira quanto às variáveis antropológicas, como estilo de vida e padrões culturais. A escassez sobre assuntos envolvendo saúde das mulheres indígenas na literatura, sobretudo relacionada à incontinência urinária e fecal, dificulta a tomada de decisões adequadas por parte dos profissionais de saúde para promover e recuperar a saúde dessa população. Nesse contexto, esse estudo é guiado pela hipótese de que as mulheres indígenas da Amazônia possuem incontinência urinária e fecal e perfil sociodemográfico distinto ao das mulheres não indígenas. Sendo assim, essa pesquisa visa avaliar o perfil clínico das mulheres indígenas urbanizadas.

2. METODOLOGIA

2.1- Tipo de estudo

Estudo observacional transversal do tipo analítico.

2.2– Local de estudo

O Parque das Tribos é uma região de moradia para povos indígenas ^{14, 15} localizado no Bairro Tarumã na Zona Oeste da cidade de Manaus, no estado do Amazonas, Brasil.

2.3 – População de estudo

A pesquisa foi realizada em mulheres indígenas urbanizadas com auto declaração ou Registro de Administrativo de Nascido Indígena (RANI), com a faixa etária acima de 18 anos que vivem no Parque das Tribos. Essa população foi escolhida por terem suas associações representativas, pertencendo a um bairro da cidade de Manaus, o que facilita o acesso geográfico e a comunicação com elas. Além disso, essas indígenas têm fluência na língua portuguesa por terem sido alfabetizadas nas escolas missionárias na área indígena e pelo tempo de permanência em meio urbano.

2.4 – Delineamento amostral

A amostra foi calculada com base na população alvo de 124 mulheres indígenas urbanizadas, apresentando erro amostral de 5,0% e confiança de 95%, totalizando amostra mínima de 94 indígenas, cujo cálculo da amostra foi realizado conforme equação apresentada:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p(1-p)}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p(1-p)}$$

Onde:

N = 124 (valor da população alvo); Z = 1,96 (valor da distribuição normal para 95% de confiança); p = 0,5 (valor esperado da proporção); d = 0,05 (valor do erro amostral).

2.5 – Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram mulheres indígenas urbanizadas pertencentes a qualquer etnia do Parque das Tribos, com idade acima de 18 anos, comunicantes da língua portuguesa e que aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice). Seriam excluídas mulheres indígenas que estivessem grávidas, com infecção urinária e/ou que solicitasse o desligamento da pesquisa durante a coleta de dados.

2.6 - Coleta de dados

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa-CEP/UFAM e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP), sob o CAAE 15978919.9.0000.5020, parecer 3.943.090 (Anexo A). A coleta de dados foi realizada no período de junho a novembro de 2020, por meio de questionários que aborda questões sociodemográficas e perfil clínico da mulher indígena, incontinência urinária e incontinência fecal. Os questionários

foram aplicados individualmente na residência das indígenas, sempre pela pesquisadora e técnica de enfermagem do Parque das Tribos.

2.6.1 – Instrumentos para coleta de dados:

- **Questionários de Perfil clínico e sociodemográfico:** esses instrumentos continham questões com perguntas diretas com a finalidade de coletar informações a respeito da idade, ocupação, escolaridade, paridade, tipo de parto, hipertensão arterial sistêmica, ciclo menstrual, uso de anticoncepcional, climatério, realização de mamografia e preventivo (Anexo B).
- ***International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)*:** esse instrumento foi utilizado para avaliar a incontinência urinária. Apresenta informações sobre a frequência, quantidade e ocorrência de perda urinária. É composto por seis perguntas, trazendo algumas vantagens em relação a outros questionários existentes: é mais simples, didático e objetivo, o que facilita o preenchimento do mesmo, além de ser mais preciso e conciso com os objetivos que se pretendem atingir com a pesquisa ¹¹ (Anexo C).
- ***Wexner*:** esse instrumento foi utilizado para avaliar a incontinência fecal. Apresenta informações a respeito da perda de fezes e gases, consistindo em cinco questões: três sobre incontinência fecal (perda de fezes sólidas, fezes líquidas e gases), uma questão sobre uso de protetor de calcinha e uma questão sobre alterações no estilo de vida. As entrevistadas foram orientadas a responder com qual frequência as questões citadas ocorrem. Para cada pergunta, existem cinco respostas possíveis que fornecem um escore final de zero a vinte. Quanto maior o escore, maior a gravidade dos sintomas e pior a qualidade de vida ¹³ (Anexo D).

2.7 – Análise estatística

Os resultados da análise estatística apresentados nesta pesquisa foram obtidos com o uso do *software* R versão 4.0.5. As variáveis quantitativas foram descritas pelas medidas de centralidade e de dispersão. A descrição das variáveis qualitativas foi dada pelas frequências

absolutas e relativas. Os testes foram realizados considerando um nível de 5% de significância (α). O nível de confiança para os intervalos de confiança foi definido como 95% ($1 - \alpha$). Foi utilizado o Teste Exato de Fisher para avaliar a relação entre as variáveis qualitativas e o teste de Mann-Whitney para as variáveis quantitativas. Para as avaliações com indícios de associação, foi calculado a razão de chances (RC = *odds ratio*) com seus respectivos intervalos de confiança.

3. RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 95 mulheres indígenas do Parque das Tribos, localizado na cidade de Manaus, Amazonas. Na localidade, foram encontradas 21 etnias: Apurinã, Kuripako, Marubo, Miranha, Munduruku, Mura, Piratapuaia, Sateré Mawé, Tariano, Tikuna, Baniwa, Tukano, Tupinnamba, Wanano, Kokama, Baré, Dessano, Kanamary, Karapanã, Kulina e Witoto. A etnia Tukano foi a mais observada na amostra, com 18 mulheres indígenas, representando 18,9% das entrevistadas.

A idade média encontrada foi de 36 ± 12 anos, sendo que a mulher mais nova apresentou 18 anos e a mais velha 74 anos. A maioria dessas indígenas era do lar (44,2%) e mais da metade delas (52,6%) possuíam ensino médio completo. Em média, as mulheres tinham três filhos, e o parto vaginal (52%) foi o tipo mais comum entre as indígenas. Considerando a hipertensão arterial sistêmica (HAS), 37 (38,9%) das entrevistadas relataram apresentar essa condição clínica e 84 (88,4%) das indígenas relataram comportamento sedentário. Ao coletarmos informações a respeito de algumas questões sobre a saúde da mulher, 48 (50,5%) das entrevistadas relataram possuir ciclo menstrual regular, 14,7% estavam no climatério, 38,9% faziam uso de anticoncepcional e 3,2% tiveram câncer, sendo que duas delas apresentaram câncer de mama e uma teve câncer de ovário. Das 95 mulheres indígenas que participaram da pesquisa, apenas 28,4% realizaram o exame preventivo e 22,1% mamografia alguma vez na vida, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Perfil clínico e sociodemográfico de mulheres indígenas urbanizadas no Amazonas (n = 95).

Variável	n (%)
Idade	
Média ± desvio padrão	36±12
Ocupação	
Aposentada	3 (3,2)
Artesã	26 (27,4)
Autônoma	5 (5,3)
Do lar	42 (44,2)
Estudante	4 (4,2)
Outros	12 (12,6)
Tec. Enfermagem	3 (3,2)
Escolaridade	
Fundamental	38 (40)
Médio	50 (52,6)
Superior	3 (3,2)
Analfabeta	4 (4,2)
Paridade (média ± desvio padrão)	2,8 ± 1,9
Tipo de parto	
Vaginal	50 (52,6)
Cesariana	16 (16,8)
Vaginal e Cesariana	13 (13,7)
Anticoncepcional	
Sim	37 (38,9)
Sedentarismo	
Sim	84 (88,4)
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	
Sim	37 (38,9)
Câncer	
Mama	2 (2,1)
Ovário	1 (1,1)
Preventivo	
Sim	27 (28,4)
Mamografia	
Sim	21 (22,1)
Ciclo menstrual regular	
Sim	48 (50,5)
Climatério	
Sim	14 (14,7)

Com a empregabilidade do ICIQ-SF, foi possível identificar que dentre as 95 mulheres indígenas avaliadas, a incontinência urinária apresentou positividade em 58,9% da amostra, sendo possível identificar também a quantidade e frequência de perda urinária. Os dados mostraram que o tipo mais frequente foi a incontinência urinária de esforço (IUE), seguido da incontinência urinária de urgência (IUU) e incontinência urinária mista, conforme mostrados na Tabela 2.

Tabela 2. Avaliação da ocorrência de incontinência urinária em indígenas urbanizadas que vivem no Parque das Tribos, Manaus/AM, por meio do *International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form* (ICIQ-SF) (n =56).

Variável	n (%)
Frequência de perda urinária	
1 vez dia	13 (23,2)
1 vez sem	12 (21,3)
2 ou 3 vezes sem.	11 (19,5)
3 vezes sem.	1 (2,0)
Diversas vezes	14 (25,0)
Tempo todo	5 (9,0)
Quantidade de perda urinária	
Grande	11 (19,5)
Moderada	20 (36,0)
Pequena	25 (44,5)
IUE	
Presente	33 (59,0)
IUU	
Presente	14 (25,0)
IUM	
Presente	9 (16,0)

Legenda: IUE= Incontinência Urinária de Esforço; IUU= Incontinência Urinária de Urgência; IUM= Incontinência Urinária Mista.

Sobre a incontinência fecal, foi observada uma prevalência de 5,3% de indígenas com essa disfunção. A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos pelo questionário *Wexner* para avaliar a incontinência fecal.

Tabela 3. Composição e frequência de perda de gases, fezes líquidas ou sólidas em mulheres indígenas urbanizadas que vivem no Parque das Tribos, Manaus/AM, com incontinência fecal utilizando o Questionário *Wexner* (n=5).

Composição da perda			
Frequência	Gases	Fezes Líquidas	Fezes Sólidas
Nunca	-	-	-
Raramente	-	-	-
Algumas vezes	-	4	-
Frequentement e	4	-	-
Sempre	1	1	-

Nunca = 0; Raramente = < 1 vez/mês; Algumas vezes = < 1 vez/semana, mas > 1 vez/mês; Frequentemente = < 1 vez/dia, mas > 1 vez/semana; Sempre = > 1 vez/dia.

Os fatores utilizados para avaliar a associação das incontinências urinária e fecal foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), idade, climatério e tipo de parto. Esses dados são mostrados na Tabela 4 e 5. Houve uma associação significativa entre incontinência urinária com idade e HAS. Sendo assim, a chance de desenvolver incontinência urinária entre as mulheres hipertensas é, aproximadamente, 2,94 vezes a chance daquelas que não apresentaram hipertensão. Além disso, foi verificada significante associação entre incontinência fecal com a idade e climatério. A idade média das mulheres com incontinência fecal foi de 55,6 e a chance das mulheres que se encontravam no climatério de desenvolver

esse tipo de incontinência foi de 29,8 vezes em relação às aquelas que não estavam no climatério.

Tabela 4. Avaliação dos fatores associados à ocorrência da incontinência urinária de indígenas urbanizadas que vivem no Parque das Tribos, Manaus/AM.

Variável	Incontinência Urinária n = 56	P-valor
Idade (anos)	*	0,009*
Média (desvio padrão)	38,1 (10,8)	
Tipo de parto		0,943
Sem resposta	7	
Vaginal	30 (61,2%)	
Vaginal e cesariano	9 (18,4%)	
Cesariano	10 (20,4%)	
HAS	*	0,013*
Negativo	21 (37,5%)	
Positivo	35 (62,5%)	
Climatério		1,000
Ausente	48 (85,7%)	
Presente	8 (14,3%)	

Nota: Os dados são números da amostra com percentuais entre parênteses.

Legenda: HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica.

*significância estatística: p-valor < 0,05

Tabela 5. Avaliação dos fatores associados à ocorrência da incontinência fecal de indígenas urbanizadas que vivem no Parque das Tribos, Manaus/AM.

Variável	Incontinência fecal n = 5	P-valor
Idade (anos)	*	0,001*
Média (desvio padrão)	55,6 (4,3)	
Tipo de parto		0,523
Sem resposta	0	
Vaginal	3 (60,0%)	

Vaginal e cesariano	2 (40,0%)	
Cesariano	0 (0,0%)	
HAS		0,363
Negativo	3 (60,0%)	
Positivo	2 (40,0%)	
Climatério	*	0,001*
Ausente	1 (20,0%)	
Presente	4 (80,0%)	

Nota: Os dados são números da amostra com percentuais entre parênteses.

Legenda: HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica.

*significância estatística: p-valor < 0,05

4. DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o perfil de saúde ginecológica das mulheres indígenas urbanizadas pertencentes ao Parque das Tribos no Amazonas, onde foram encontradas indígenas pertencentes a várias etnias, sendo a etnia Tukano a mais numerosa. Isso se dá ao fato da etnia Tukano ser originada da região Alto Rio Negro, pertencente ao município de São Gabriel da Cachoeira, localizado no estado do Amazonas ¹⁶. Neste local, há o maior número de pessoas do país que se auto declaram indígenas ^{17, 18} e grande parte dos indígenas habitantes do Parque das Tribos migraram desse município para a capital do estado.

Os nossos achados permitem observar que pelo fato das mulheres indígenas pertencentes ao Parque das Tribos estarem em um contexto urbanizado, foi verificado que essas indígenas apresentaram elementos semelhantes aos das mulheres não indígenas. Isto nos sugere que o ambiente urbanizado, longe das tribos de origem, pode influenciar na cultura, crenças, valores e interação com os modos de vida indígena, o que pode interferir nas condições de saúde dessa população.

Nosso estudo mostrou que a média de idade das indígenas foi de 36 anos, a qual foi superior à média encontrada em outros estudos que avaliaram mulheres indígenas do Parque Indígena Xingu no Mato Grosso ¹⁹ e indígenas de 40 aldeias da África ²⁰, que apresentaram uma média de 31 e 32,6 anos, respectivamente. Porém, foi similar à média de 36 anos encontrada no estudo sobre as indígenas atendidas no Ambulatório do Índio da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) ²¹.

A maioria das indígenas do Parque das Tribos tem como ocupação cuidar do domicílio, dados esses que corroboram o estudo que avaliou a população indígena da comunidade Itacoatiara Mirim em São Gabriel da Cachoeira, onde as mulheres que lá habitam

possuem a responsabilidade dos cuidados da casa e dos filhos ²², bem como as mulheres indígenas do Parque Indígena Xingu ²³.

As pesquisas realizadas em relação ao perfil sociodemográfico da população indígena mostram que o nível de escolaridade mais predominante é o Ensino Fundamental ^{24, 22}. Neste estudo, mais da metade das indígenas entrevistadas possuem ensino médio completo. É importante destacar que o estudo sobre as características sociodemográficas de indígenas no último censo brasileiro em 2010, aponta o aumento da escolaridade neste período com diminuição do grupo com ensino fundamental incompleto e aumento na escolaridade da categoria ensino fundamental completo ou mais ^{25, 26}, o que justifica os achados em nossa pesquisa.

O padrão reprodutivo das mulheres indígenas nas áreas rurais apresenta níveis elevados de paridade comparado ao das indígenas das áreas urbanas, variando de 4 a 8 filhos por mulher²¹. A média da paridade entre as mulheres indígenas do Parque Indígena Xingu é de 5 a 6 filhos ²³ e a do nosso estudo com indígenas urbanizadas foi de aproximadamente três filhos. Ao analisarmos esses dados, as mulheres indígenas do nosso estudo possuem uma menor paridade e se aproxima da taxa de paridade das mulheres brasileiras não indígenas (em torno de dois filhos) ²⁷. Isso pode estar relacionado ao fato das mulheres indígenas do presente estudo possuir nível de escolaridade superior ao dos estudos analisados e por estarem vivendo em um contexto urbanizado, pois esses fatores facilitam o controle da fecundidade ²⁷.

O parto vaginal foi o mais predominante (52,6%) nesta investigação, valores similares aos encontrados em mulheres indígenas em outros artigos ^{28, 23, 22}. Com relação ao uso de contraceptivos, 36,8% das indígenas urbanizadas relataram fazer uso de pílulas anticoncepcionais, uma prevalência que difere da literatura. Uma pesquisa realizada na terra indígena Krenak em Minas Gerais observou que o método contraceptivo mais difundido entre as 72 indígenas dessa etnia é a pílula anticoncepcional, um percentual que chega a 55,6% ²⁹. Outro estudo mostrou a adesão de 17,8% de indígenas de várias etnias ao uso de pílulas anticoncepcionais ²¹. É presumível que, entre as mulheres indígenas apresentadas nessas pesquisas, inclusive à do nosso estudo, estejam recebendo informações mais modernas e eficientes sobre controle da natalidade do que há anos atrás em virtude do contato continuado com a sociedade branca, bem como um maior acesso aos postos de saúde ²¹.

Foi verificado que apenas 11,6% das indígenas do Parque das Tribos praticam exercícios físicos regularmente e as outras 88,4% são sedentárias. Este é um dado preocupante, pois configura como fator de risco para doenças crônicas, pois o sedentarismo

está associado à presença de algumas doenças, com destaque para hipertensão arterial, diabetes e neoplasias ^{30, 31}. O Inquérito Nacional de Saúde Indígena revelou que há um aumento de 12,0% a cada ano na chance de um indígena apresentar hipertensão arterial sistêmica ³². Em nossa pesquisa, esta condição clínica foi encontrada em 38,9% das indígenas. Nos povos Khisêdjê, a hipertensão se mostrou presente em 38,9% dos 78 indígenas entrevistados ³³, confirmando nossos achados. Um dos fatores, entre tantos, que coopera para o crescimento de doenças não transmissíveis na população indígena é o processo de ocidentalização desses grupos étnicos, mais uma vez explicado pelo contato e interações dos indígenas com não indígenas. Isto é verificado pela semelhante tendência de crescimento das referidas morbidades nos vários grupos étnicos distribuídos fora das terras indígenas ³⁴. Nesse novo contexto social indígena, onde essa população está vivendo longe de suas origens, o suicídio, alcoolismo, violências e doenças como IST-AIDS, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e neoplasias estão sendo vistas na população indígena ^{35, 36}.

No contexto de neoplasias, a população indígena apresenta baixa incidência de câncer³⁷, corroborando os resultados encontrados em nossa pesquisa. Apenas 3,2% das indígenas relataram ter tido câncer, sendo dois de mama e um de ovário. Não encontramos casos de câncer de colo uterino. Assim, foi verificado que há uma baixa adesão ao exame preventivo, sendo que apenas 28,4% das indígenas do Parque das Tribos já realizaram o rastreamento oncológico alguma vez na vida. O Ministério da Saúde preconiza que mulheres com faixa etária entre 25 e 59 anos realizem o exame preventivo ³⁸. Sob essa perspectiva, encontramos em nosso estudo que 75,8% das indígenas nessa faixa etária já deveria ter realizado o rastreamento para câncer de colo de útero. A baixa adesão ao exame pode justificar o fato de não termos encontrado câncer de colo de útero nessa população. Em relação ao rastreamento do câncer de mama, verificamos que 21 (22,1%) das indígenas já realizaram esse exame. De acordo com as Diretrizes para o rastreamento do câncer de mama feito pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) ³⁹, as mulheres devem realizar a mamografia a partir dos 50 anos de idade. Encontramos 14 (14,8%) indígenas nessa faixa etária em nossa pesquisa. Com isso, pudemos observar uma boa adesão à mamografia, o que justifica o diagnóstico dos dois cânceres (2,1%) de mama na população estudada.

Mais da metade das mulheres indígenas de nossa pesquisa relataram possuir ciclo menstrual regular e a menarca ocorreu em média aos 13 anos de idade. Uma pesquisa envolvendo índias Yanomamis, no interior do estado do Amazonas, observou que a menarca dessa população ocorreu em média aos 12 anos de idade ⁴⁰, mostrando pouca diferença entre

mulheres indígenas do Parque das Tribos e as Yanomamis. Quando comparamos esses dados com mulheres não indígenas, a idade média para menarca está entre 12 e 13 anos ^{41, 42}, o que mostra não haver diferenças significativas entre indígenas e não indígenas. Em geral, a idade de ocorrência da menarca pode estar associada à genética, individualidade biológica, condições ambientais e estado socioeconômico e nutricional de uma população⁴³, com variação de 50% a 80% nas idades da menarca. A redução dessa idade vem ocorrendo desde o início do século XIX e tem a nutrição e a adiposidade como fatores de risco significativos^{41, 42}.

Em nossa pesquisa, 14 (14,8%) indígenas relataram estar na fase de climatério, que iniciou em média aos 45 anos de idade. Quando 100 mulheres ribeirinhas no Pará foram avaliadas, foi verificado que a idade inicial do climatério também ocorreu aos 45 anos ⁴⁴, o que corrobora nossos achados. Por outro lado, em indígenas Yanomamis, a idade média do climatério foi aos 40 anos de idade ⁴⁰, diferente dos nossos resultados. O Ministério da Saúde relata que o climatério pode ser iniciado por volta dos 40 anos em mulheres brasileiras ⁴⁵. Os dados apresentados mostram diferenças de idade do início do climatério entre as índias Yanomamis, com as ribeirinhas do Pará e as indígenas do nosso estudo. Entretanto, a idade inicial do climatério depende de algumas questões relacionadas ao contexto de vida de cada mulher sob influência do estado psíquico, biológico e social ⁴⁶.

Em relação à ocorrência de incontinência urinária nas mulheres indígenas do nosso estudo, foi encontrada uma prevalência de 58,9%. De acordo com as bases de dados investigadas, foi encontrada uma única pesquisa relatando a prevalência de incontinência urinária em mulheres indígenas ²³. Com uma população de 377 indígenas residentes no Parque indígena do Xingu, no Mato Grosso, foi mostrado que apenas 22 mulheres (5,8%) apresentaram incontinência urinária. Essa análise mostra uma prevalência maior de incontinência urinária nas mulheres do nosso estudo quando comparado a das indígenas do Parque Indígena Xingu. Essa diferença pode ser devido ao fato das indígenas do Parque Indígena Xingu serem aldeadas e de nosso estudo serem mulheres indígenas urbanizadas, fator este que pode ser influenciado em função dos aspectos culturais, comportamentais e posturas adotadas no dia a dia ⁴⁷.

A Sociedade Internacional sobre Incontinência (ICI) relata estimativas de prevalência para incontinência urinária variando de 5% a 69% de qualquer tipo ⁹, sendo um valor aproximado encontrado em outro estudo que relata que a maioria das pesquisas mostram uma prevalência de qualquer tipo de incontinência urinária na faixa de 13%-50% ⁴⁸, valores semelhantes encontrados em nossa pesquisa. Sobre o tipo de incontinência urinária, nossa

pesquisa mostrou que o tipo mais prevalente foi a incontinência urinária de esforço, presente em 59% das indígenas do nosso estudo. O tipo de incontinência urinária mais prevalente encontrado nas indígenas do Xingu e em mulheres incontinentes não indígenas de Minas Gerais foi o tipo mista ^{23, 49}, resultados estes que diferem dos encontrados em nossa pesquisa. Porém, um estudo realizado em mulheres ribeirinhas (origem indígena) do estado do Amapá, mostrou que o tipo de incontinência urinária mais prevalente a de esforço ²⁸, apresentando um resultado semelhante ao nosso. Sendo assim, a literatura relata que o tipo de incontinência mais comum na população feminina é a de esforço ^{50, 51, 52}, corroborando nosso estudo.

Os fatores de risco para incontinência urinária de esforço são paridade, parto natural, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e climatério ^{28, 52, 53}. Avaliando os fatores associados com a incontinência urinária em nosso estudo, houve indícios da associação entre a incontinência urinária com a idade e hipertensão arterial sistêmica. Climatério e tipo de parto não apresentaram significância. Sendo assim, a média da idade entre as incontinentes do nosso estudo foi 38,1 anos e 33,1 anos para as indígenas sem incontinência. Isto posto, foi observada associação estatística significativa entre a hipertensão arterial sistêmica com a incontinência urinária. Deste modo, a chance de desenvolver IU entre as mulheres hipertensas é maior do que das mulheres sem hipertensão. As alterações miccionais que provocam sintomas característicos para incontinência urinária em mulheres hipertensas, provavelmente, estejam relacionadas com o uso de diuréticos, pois essa medicação aumenta o débito urinário ^{28, 53}. Além dos dados já apresentados sobre incontinência urinária, a quantidade de perda de urina é um fator importante a ser relatado, pois é um determinante para a qualidade de vida das mulheres. O relato de pequenas perdas de urina é o sintoma mais comum encontrado na literatura ⁵⁰, sendo esse dado semelhante com o resultado do nosso estudo, que mostrou que a perda urinária em pequena quantidade foi a mais prevalente, se mostrando presente em 26,3% das mulheres indígenas incontinentes.

Foi encontrada uma prevalência de 5,26% para incontinência fecal nas mulheres indígenas do nosso estudo, resultado este, que está em consonância com os valores descritos na literatura. Há relatos que a prevalência de incontinência fecal nas populações em geral encontra-se na faixa entre 7 a 16% ^{54, 43}, como mostra uma pesquisa realizada em mulheres na Tunísia, que apresentou uma prevalência de 6,2% para incontinência fecal ⁵⁵. Outro estudo mostrou uma prevalência entre 2,2-24% ⁴⁸. Estudos sugerem que a incontinência fecal na população feminina esteja relacionada com o aumento da idade, sobrepeso, obesidade, doenças neurológicas graves, hipertensão arterial sistêmica, parto natural, presença de

incontinência urinária e constipação intestinal, sendo vistos como fatores de risco na população feminina^{54, 55}.

Quando analisamos os fatores associados à incontinência fecal em nosso estudo, verificamos que essa disfunção se mostrou associada à idade e climatério. A idade média das mulheres com incontinência fecal foi de 55,6 anos e a chance de uma mulher desenvolver esse tipo de incontinência entre as mulheres no climatério foi maior do que naquelas em que o climatério foi ausente. Apesar da prevalência de incontinência fecal do nosso estudo ter se mostrado dentro dos valores descritos na literatura, a chance de desenvolver essa disfunção se mostrou altamente afetada para as mulheres no climatério. Isso mostra que o fator hormônio-dependente parece ter grande influência na funcionalidade esfinteriana, mostrando que incontinência fecal é considerada uma disfunção frequente com a chegada do climatério devido à diminuição do nível de estrogênio⁵⁴.

A saúde indígena feminina é influenciada por modificações causadas no estilo de vida desta população, onde o processo histórico de mudanças sociais, econômicas e ambientais, juntamente com a expansão demográfica e econômica nas diversas regiões do país ao longo do tempo atingiu os determinantes do perfil da saúde dessa população. Em regiões onde as indígenas têm um relacionamento mais próximo com a população geral, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e na alimentação, como por exemplo hipertensão arterial, diabetes, câncer⁵⁶, que corrobora os achados mencionados anteriormente em nosso estudo.

Mais estudos são fundamentais quanto às necessidades das mulheres indígenas respeitando seus princípios e valores. Os pontos fortes do presente estudo incluem a população estudada: as mulheres indígenas, especialmente considerando as dificuldades de acesso a essa população, tanto nas questões geográficas quanto culturais; nossa pesquisa é inédita em relação à presença de incontinência fecal, pois não há registro na literatura a respeito dessa temática em mulheres indígenas. Como limitação, podemos mencionar as questões culturais das mulheres indígenas, pois nem todas podiam participar da pesquisa porque muitas delas dependiam da autorização do marido, cacique ou dos técnicos de saúde da região que permitam sua participação. Mas, mesmo com a permissão, nem sempre elas estavam dispostas a participar.

Desta maneira, visando aprimorar e aumentar o conhecimento sobre o assunto abordado, é possível melhorar as tomadas de decisões por parte dos profissionais de saúde para promover e recuperar a saúde dessa população.

5. CONCLUSÃO

Com a análise dos perfis sociodemográfico e de saúde, foi possível observar que, pelo fato das mulheres indígenas do nosso estudo estarem vivendo num contexto urbanizado, o perfil de saúde dessas indígenas é semelhante ao perfil de saúde das mulheres não indígenas, o que nos leva a inferir que o distanciamento das raízes indígenas provoca uma alteração no estilo de vida, afetando a saúde dessa população e aproximando-a cada vez mais do “homem branco”.

Mesmo com o progresso na atenção à saúde indígena feminina, há ainda escasso número de pesquisas referentes a essa população, sobretudo a respeito da saúde ginecológica da mulher indígena. Sendo assim, há muito o que se pesquisar, analisar e discutir para diminuir as barreiras quanto às variáveis antropológicas, estilo de vida e padrões culturais desta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vieira RA. Política de saúde em comunidade indígena na metrópole paulista. Presidente Prudente: Universidade Estadual Paulista, 2011. Monografia apresentada no curso de Geografia.
2. Carlos E.A, Coimbra Jr. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. [Edição?]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. 207 p.
3. Chor D, Araujo Lima CR. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5):1586-94.
4. Organização das Nações Unidas. Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos povos indígenas. [publicação online]. 2008. p. 1-12. Disponível em: <http://www.funai.gov.br>. Acesso em: 16 jun 2022.
5. Abritta MLR, Torres SR, Freitas DA. Saúde das mulheres indígenas na América Latina: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Saúde Funcional REBRASF*. 2021; 1 (9): 164-177. DOI: 10.25194/rebrasf.v9i1.1449.
6. Borges MFSO, Silva IF, Koifman R. Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25(6):2237-2246.
7. Ferreira EEL, Filho JCS, Valença MP et al. Incontinência urinária em mulheres jovens e nulíparas: fatores associados e prevalência. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther*. 2022; 20: e0522.
8. Bharucha AE, Knowles CH, Mack I, et al. Faecal incontinence in adults. *Nat Rev Dis Primers*. 2022; 53 (8): 1232–1249.e3. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00381-7>
9. Hebert, J. The conservative assessment and treatment of mixed urinary and anal incontinence in women: a multidisciplinary approach. *Urology News*. 2019; 23 (6): 1-4.
10. Rodrigues BDS, Reis IGN, Coelho FMO, Buzatti KCLR. Fecal Incontinence and quality of life assessment through questionnaires. *J coloproctol (rio j)*. 2017; 37(4):341–348.

11. Pinto TVPA. Validação em português de Questionário de Avaliação Global de sintomas relacionados às Disfunções do Assoalho Pélvico. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2017. Tese de Doutorado apresentado a Faculdade de Medicina.
12. Galvão-Alves J. Constipação Intestinal. JBM. 2013; 101 (2): 31-37.
13. Rodrigues FP. Avaliação da Qualidade de Vida de pacientes com síndrome da ressecção anterior do reto antes e após o uso de irrigação transanal. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. 2019. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia da Faculdade de Medicina.
14. Santos GS. Territórios pluriétnicos em construção: a proximidade, a poiesis e a praxis dos indígenas em Manaus-Am. Manaus: Universidade Federal do Amazonas – UFAM. 2016. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia.
15. Farias E, Trajano A. Empresário quer expulsar índios da ocupação Parque das Tribos para construir um Minha Casa, Minha Vida que não existe. Amazônia Real [Revista em internet] 09 de julho 2016. Acesso em 18 de agosto de 2019. Disponível em: <http://amazoniareal.com.br/empresario-quer-expulsar-indios-da-ocupacao-parque-das-tribos-para-construir-um-minha-casa-minha-vida-que-nao-existe>
16. Azevedo M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro. Caderno crh, Salvador. 2009; 22 (57): 463-477.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
18. Radicchi MR. Visibilidade do indígena em situação urbana nas microrregiões do estado do Amazonas apartir do censo demográfico. Espaço Ameríndio. 2020; 14 (2): 88-108.
19. Magalhães Rocha AC. Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário especial indígena do Xingu (Resenha). Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste. 2020; 7 (15): 401-404.
20. Scherf C, Morison L, Fiander A, Ekpo G, et al. Epidemiology of pelvic organ prolapse in rural Gambia, West Africa. BJOG. 2002; 109:431-6.
21. Pereira ER, Oliveira LSS, Ito LC, Silva LM, et al. Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. Rev Bras Promoç Saúde. 2014; 27(4): 445-454.
22. Trindade HES. Práticas alimentares e perfil sociodemográfico de famílias indígenas periurbanas usuárias do programa bolsa família no alto rio negro. Manaus: Fundação Oswaldo Cruz, 2019. Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia.
23. Araujo MP. Avaliação clínica e funcional do assoalho pélvico em mulheres índias que residem no Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. Tese apresentada à - Escola Paulista de Medicina.
24. Reis R, et al. Povos indígenas do vale do javari e o perfil sociodemográfico na cidade de Atalaia do Norte – AM. Cadernos de Estudos Socioambientais. 2020; 1 (1): 267-77.
25. Bastos JL, et al. Características sociodemográficas de indígenas nos censos brasileiros de 2000 e 2010: uma abordagem comparativa. Cad. Saúde Pública. 2017; 33 (1): 1-17.
26. Zimmermann CR, Espínola GM. Programas sociais no Brasil: um estudo sobre o Programa Bolsa Família no interior do Nordeste brasileiro. Caderno CRH. 2015; 28 (73): 147-164.
27. Gonçalves GQ, Carvalho JAM, Wong LLR, Turra CM. A transição da fecundidade no Brasil ao longo do século XX – uma perspectiva regional. Rev. bras. estud. popul. 2019; 36 (2019):1-7.
28. Rêgo AD. Incontinência Urinária de Esforço: estudo comparativo entre população urbana e ribeirinha da região Amazônica. São Paulo: Universidade de São Paulo – USP, 2018. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina.

29. Dias JCS, Verona APA, Pena JL, Moreira LE, et al. Fecundidade e usos de métodos contraceptivos entre as mulheres Krenak. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007. [?].
30. An LUL. Perfil Epidemiológico dos Indígenas referenciados para casa de saúde indígena do Distrito Federal. Brasília: Universidade de Brasília, 2017. Dissertação apresentada na Pós-graduação em Saúde Coletiva.
31. Cardoso AM, Santos RV, Garnelo L, Coimbra Jr. CEA, Chaves MBG. Políticas públicas de saúde para os povos indígenas. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. 911-932 p.
32. Souza Filho ZA, Ferreira AA, Santos B, Pierin AMG. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. Rev Esc Enferm. 2015; 49 (6): 1012-1022.
33. Mazzucchetti L, Santos KM, Tsutsui MLS, Galvão PPO, et al. Incidência de síndrome metabólica e doenças associadas na população indígena Khisêdjê do Xingu, Brasil Central, no período de 1999-2000 a 2010-2011. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(11):1-11.
34. Silva IP, Oliveira JRS, Santos BS, Fonseca CSM, et al. Main factors related to cardiovascular risks for Indigenous Populations of Brazil. Research, Society and Development, 10 (9): e38610918254 p. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18254>.
35. Souza, MLP and Ferreira, LO. Jurupari se suicidou? notas para investigação do suicídio no contexto indígena. Saude soc. 2014; 23 (3): 1064-1076.
36. Hoefel M, Severo DO, Mércan-Hamann E, Santos JG, et al. Aproximações do Movimento Indígena e os conflitos socioambientais: processos de resistência e violência a partir do olhar indígena. Rev Tempus Actas de Saúde Col. 2013; 7 (4): 63-82. Doi.org/10.18569/tempus.v7i4.1418.
37. Aguiar JR, Nazareth P. et al. Disparidades na epidemiologia e no tratamento de câncer nas populações indígenas brasileiras. Einstein [online]. 2016; 14 (3): pp.330-337.
38. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016. 18p.
39. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Detecção precoce do câncer. [ed?]. Rio de Janeiro: INCA, 2021. 42p.
40. Lima FMS, Leandro CCG, Bezerra MMM. Principais Internações por Agravos em Mulheres na Idade Climatérica. Id on Line Rev. Mult. Psic. 2020; 14 (52): 16-23.
41. Chagas PCSO, Ruas JCP, Santos JFV, Pereira TCA, et al. Climacteric syndrome and associated factors. REAS/EJCH. 2020; Vol.Sup (51): e 3536p.
42. Borges MC, Buffarini R, Santos RV, Cardoso AM, et al. Anemia among indigenous women in Brazil: findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. BMC Women's Health. 2015; 16 (1): 1-12. DOI 10.1186/s12905-016-0287-5.
43. Rodrigues BDS, Reis IGN, Coelho FMO, Buzatti KCLR. Fecal Incontinence and quality of life assessment through questionnaires. J coloproctol (rio j). 2017; 37(4):341-348.
44. Ng KS, Nassar N, Hamd K, Nagarajah A, et al. Prevalence of functional bowel disorders and faecal incontinence: an Australian primary care survey. Colorrectal Dis. 2015; 17 (2): 150-9.
45. Dantas AA. Constipação Intestinal e funcionalidade em mulheres adultas no interior do nordeste brasileiro. Santa Cruz: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

46. Ajala ER, Monteiro C, Porsch SAG. Indicação farmacêutica de medicamentos isentos de prescrição para o tratamento da constipação intestinal. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*, 2018; 2(2): 1-17.
47. Melo, RL. Relação entre as mudanças dos hábitos de vida das mulheres indígenas, incontinência urinária e parto. Matinhos: Universidade Federal do Paraná, 2015. Trabalho de Conclusão de curso.
48. Sung VW, Hampton BS. Epidemiology of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2009; 36:421–43.
49. Vieira GF, Saltiel F, Miranda-Gazzola APG, et al. Pelvic floor muscle function in women with and without urinary incontinence: are strength and endurance the only relevant functions? A cross-sectional study. *Physiotherap*, 2020; (109):85-93. doi: 10.1016/j.physio.2019.12.006. Epub 2019 Dec 19. PMID: 31948672.
50. Santos CR, Santos VL. Prevalence of self-reported double incontinence in the urban population of a Brazilian city. *Neurourol Urodyn*, 2011; (30):1473–9.
51. Padilha JF, Silva AC, Mazo GZ, et al. Investigação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *Arq. Cienc. Saúde*, 2018; 22 (1): 43-48.
52. Silva AR. Estudo Biomecânico da cavidade pélvica da mulher. Portugal: Universidade do Porto, 2012. Monografia de preparação para Dissertação.
53. Akkus Y, Pinar G. Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. *Int Urogynecol J*, 2016; 27(6):887-93.
54. Figueiredo CLA. Uso da radiofrequência não-ablativa perianal na incontinência anal feminina: resultados preliminares de um ensaio clínico randomizado. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador – Ba. 2019.
55. Gallas S, Frioui CH, Rabeha M, et al. Prevalence and risk factors for urinary and anal incontinence in Tunisian middle aged women. *African Journal of Urology*, 2018; 24, 368-373.
56. Wenczenovicz TJ. Saúde Indígena: Reflexões Contemporâneas. *Cad. Ibero-Amer*. 2018; 7(1): 63-82.

CAPÍTULO II

**ANÁLISE DA FUNÇÃO SEXUAL DAS MULHERES INDÍGENAS
URBANIZADAS DA AMAZÔNIA**

Analysis of the Sexual Function of urbanized indigenous women in the Amazon

RESUMO

A função sexual feminina representa um componente importante da saúde e, quando alguns dos fatores relacionados à sexualidade são comprometidos, pode apresentar um quadro de disfunção sexual. A disfunção sexual é caracterizada por uma alteração na capacidade da pessoa experimentar o prazer sexual. **Justificativa:** O suporte em saúde pública tem sido abordado no Brasil, mas seu trabalho não registrou nenhum estudo sobre a função sexual em mulheres indígenas urbanizadas da Amazônia. Partindo do pressuposto, entende-se a relevância da análise de dados levantados a partir dessa pesquisa com foco na função sexual das mulheres indígenas. **Objetivo:** Investigar a presença de disfunção sexual de mulheres indígenas e registrar os fatores associados a esta disfunção. **Metodologia:** Estudo observacional do tipo analítico, realizado no Parque das Tribos, Manaus, Brasil, em 95 mulheres indígenas acima de 18 anos. Foram coletadas informações a respeito da função sexual feminina por meio do Questionário *Female Sexual Function Index (FSFI)*. **Resultados:** As mulheres indígenas do estudo apresentaram idade média aproximada de 37 anos e em média três filhos. Mais da metade da população realizou parto natural. Cerca de 51% das entrevistadas relataram ter ciclo menstrual regular, 15% estar no climatério e 39% afirmaram que tomavam pílula contraceptiva. Foi observada a ocorrência de disfunção sexual em 77,9% das indígenas avaliadas. Pelos domínios que compõem o FSFI, “desejo” foi a menor média dos escores de acordo com as avaliações das indígenas. Nossos achados mostram associação entre o sedentarismo e a disfunção sexual. Os dados deste estudo revelaram disfunção sexual nas mulheres indígenas e, pelo índice do escore de disfunção sexual, esta população possui maior risco de desenvolver disfunção sexual em relação às mulheres não indígenas. Levando em consideração os dados evidenciados sobre disfunção sexual em mulheres indígenas, podemos inferir que esses achados podem, sobretudo, influenciar na prática cotidiana das instituições de saúde pública. **Conclusão:** As mulheres indígenas avaliadas apresentam alta prevalência de disfunção sexual. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a saúde sexual da mulher indígena visando a elaboração de um modelo de atenção à saúde sexual dessa população.

Palavras-chave: Índias, disfunção sexual, sexualidade, saúde pública.

1. INTRODUÇÃO

A função sexual feminina é caracterizada por uma resposta biológica a um estímulo e representa um importante componente da saúde e da qualidade de vida ¹. Essa função pode ser avaliada usando alguns domínios que envolvem o ciclo de resposta sexual, como desejo, excitação e orgasmo ¹. No entanto, esses domínios são influenciados por fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, éticos e espirituais que, quando alterados, podem comprometer a resposta sexual e podem levar ao quadro de disfunção sexual ^{2,3}. A disfunção sexual é caracterizada por alterações clinicamente significativas na capacidade de uma pessoa responder ou experimentar o prazer sexual ⁴. A prevalência mundial de mulheres que reportaram a manifestação de disfunção sexual está entre 40 a 50% e pode haver variação conforme a população estudada⁵. Segundo o “Estudo do Comportamento Sexual do Brasil”, 49% dos brasileiros que apresentam disfunção sexual reportam que o domínio envolvendo o ciclo de resposta sexual mais acometido é o desejo ⁶.

O tema sobre saúde sexual e reprodutiva feminina tem chamado a atenção pelos movimentos organizados por mulheres indígenas que observam condições pouco favoráveis para tomarem decisões quanto à sexualidade e reprodução ^{7, 8}. Contudo, as concepções culturais dessa população sobre corpo e reprodução ainda são pouco conhecidas por equipes de saúde e, para chegar ao entendimento entre a cultura tradicional indígena e a cultura ocidental, essas equipes devem ampliar os conhecimentos e buscar compreensão do cuidado transcultural ⁹. A escassez de produção científica acerca da saúde sexual da mulher indígena nos instigou a realizar o presente estudo e, ainda que haja o reconhecimento das demandas de saúde da mulher indígena e de suas particularidades pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ainda não figuram como objeto de estudo no âmbito “sexualidade”.

A invisibilidade das mulheres indígenas nos estudos da área da saúde sexual confirma a necessidade de uma abordagem científica que modifique a realidade nesse contexto específico. Nesse sentido, a justificativa deste estudo é a ausência de discussões que compreendam a perspectiva da saúde sexual das mulheres indígenas. Nós hipotetizamos que as mulheres indígenas que vivem no Parque da Tribos apresentam disfunção sexual. Sendo assim, os objetivos deste estudo foram avaliar a função sexual feminina, investigar a presença de disfunção sexual e registrar os fatores associados à disfunção sexual de mulheres indígenas.

2. METODOLOGIA

2.1- Tipo de estudo

Estudo observacional transversal do tipo analítico.

2.2– Local de estudo

Parque das Tribos - região de moradia para povos indígenas^{10, 11}, localizado no Bairro Tarumã na Zona Oeste da cidade de Manaus, estado do Amazonas, Brasil.

2.3– População de estudo

A pesquisa foi realizada em mulheres indígenas com auto declaração ou Registro de Administrativo de Nascido Indígena (RANI), com a faixa etária acima de 18 anos que vivem no Parque das Tribos. Essa população foi escolhida por ter suas associações representativas, pertencendo a um bairro da cidade de Manaus, o que facilita o acesso geográfico e a comunicação. Além disso, essas indígenas têm fluência na língua portuguesa por terem sido alfabetizadas nas escolas missionárias na área indígena e pelo tempo de permanência no meio urbano.

2.4– Delineamento amostral

A amostra foi calculada com base na população alvo de 124 mulheres indígenas, apresentando erro amostral de 5,0% e confiança de 95%, totalizando amostra mínima de 94 indígenas, cujo cálculo da amostra foi realizado conforme equação apresentada:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p(1-p)}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p(1-p)}$$

Onde:

N = 124 (valor da população alvo); Z = 1,96 (valor da distribuição normal para 95% de confiança); p = 0,5 (valor esperado da proporção); d = 0,05 (valor do erro amostral).

2.5– Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram mulheres indígenas pertencentes a qualquer etnia do Parque das Tribos, com idade acima de 18 anos que já tenha tido atividades sexuais, comunicantes da língua portuguesa, aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice). A exclusão se daria na presença de vaginite, câncer de

colo de útero, pós-cirúrgico ginecológico, tratamento para corrimento vaginal, gravidez, bem como as mulheres indígenas que, por qualquer motivo, desistiram de continuar participando da pesquisa.

2.6- Coleta de dados

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa-CEP/UFAM e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CONEP) sob o CAAE 15978919.9.0000.5020, parecer 3.943.090 (Anexo A). A coleta de dados foi realizada no período de junho a novembro de 2020, por meio de questionários que aborda aspectos sociodemográficos e função sexual feminina (*Female Sexual Function Index* - FSFI). Os questionários foram aplicados individualmente na residência das indígenas sempre pela pesquisadora e agente de saúde do Parque das Tribos.

2.6.1– Instrumentos para coleta de dados:

Female Sexual Function Index (FSFI) (Anexo E): contam 19 questões e avalia a função sexual nas últimas quatro semanas à aplicação do questionário e apresenta escores em cada componente. Para cada questão, existe um padrão de resposta. As opções de resposta recebem pontuação entre 0 a 5, de forma crescente em relação à presença da função questionada. Apenas nas questões sobre dor, a pontuação é definida de forma invertida. Deve-se notar que, se o escore de algum domínio for igual a zero, significa que a relação sexual não foi referida pela entrevistada nas últimas quatro semanas. Ao final, foi apresentado um escore total, que é o resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicado por um fator que promove uma homogeneidade da influência de cada domínio no escore total. O ponto de corte do escore total definido como 26 discrimina a população com maior e menor risco de apresentar disfunção sexual ¹² (Tabela 1). A análise é realizada reunindo as respostas em seis domínios diferentes: Desejo: itens 1 e 2 x (0,6); Excitação: itens 3, 4, 5 e 6 x (0,3); Lubrificação: itens 7, 8, 9, e 10 x (0,3); Orgasmo: itens 11, 12 e 13x (0,4); Satisfação: itens 14, 15 e 16 x (0,4); Dor: itens 17, 18 e 19x (0,4). Para escores dos domínios, os escores individuais são somados e multiplicados pelo fator correspondente. Para obter o escore total da escala, os escores para cada domínio são somados. O escore varia de 2 a 36 pontos. Se for menor ou igual a 26, designa disfunção sexual ^{13, 14}.

Tabela 1. Escores de avaliação do *Female Sexual Function Index* – FSFI de indígenas urbanizadas do Amazonas.

Domínio	Questões	Variação do Escore	Fator de multiplicação	Escore mínimo	Escore máximo
Desejo	1,2	1 a 5	0,6	1,2	6
Excitação	3,4,5,6	0 a 5	0,3	0	6
Lubrificação	7,8,9,10	0 a 5	0,3	0	6
Orgasmo	11,12,13	0 a 5	0,4	0	6
Satisfação	14,15,16	0 (ou 1) a 5	0,4	0,8	6
Dor	17,18,19	0 a 5	0,4	0	6
TOTAL				2	36

Fonte: Thiel *et al.*, 2008 ¹⁵ (adaptado)

2.7– Análise estatística

Os resultados da análise estatística apresentados nesta pesquisa foram obtidos com o uso do *software* R versão 4.0.5. As variáveis quantitativas foram descritas pelas medidas de centralidade e de dispersão. A descrição das variáveis qualitativas foi dada pelas frequências absolutas e relativas. Os testes foram realizados considerando um nível de 5% de significância (α). O nível de confiança para os intervalos de confiança foi definido como 95% ($1 - \alpha$). Foi utilizado o Teste Exato de Fisher para avaliar a relação entre as variáveis qualitativas e o teste de Mann-Whitney para as variáveis quantitativas. Para as avaliações com indícios de associação, foi calculado a razão de chances (RC = *odds ratio*) com seus respectivos intervalos de confiança.

3. RESULTADOS

A população do estudo foi constituída por 95 mulheres indígenas pertencentes ao Parque das Tribos com idade média aproximada de 37 anos. A maioria das indígenas tinha três filhos e mais da metade da população realizou parto natural. Cerca de 51% das entrevistadas relataram possuir ciclo menstrual regular, aproximadamente 15% alegaram estar no climatério e 39% afirmaram que usavam pílulas contraceptivas. Com o resultado do escore total do FSFI de cada entrevistada, foi possível observar a ocorrência de disfunção sexual em 77,9% das

indígenas. A Tabela 2 apresenta as medidas descritivas de cada domínio avaliado pelo FSFI. Foi observado que o escore total do FSFI teve uma média de 21,2. Ao analisarmos os domínios que compõem o FSFI, foi verificado que o domínio “desejo” apresentou a menor média dos escores das indígenas avaliadas (Figura 1).

Tabela 2. Avaliação da disfunção sexual em indígenas urbanizadas do Parque das Tribos – Amazonas por meio do Questionário de Função Sexual Feminina (*Female Sexual Function Index* – FSFI).

FSFI - score	Mínimo	Média ± DP	Máximo
Desejo	1,2	3,15 ± 1,27	6
Excitação	0	3,42 ± 1,53	6
Lubrificação	0	3,43 ± 1,48	6
Orgasmo	0	3,52 ± 1,58	6
Satisfação	0,8	3,88 ± 1,94	6
Dor	0	3,80 ± 1,84	6
Score total	2,0*	21,2 ± 7,4	36*

*valores de referência do questionário.

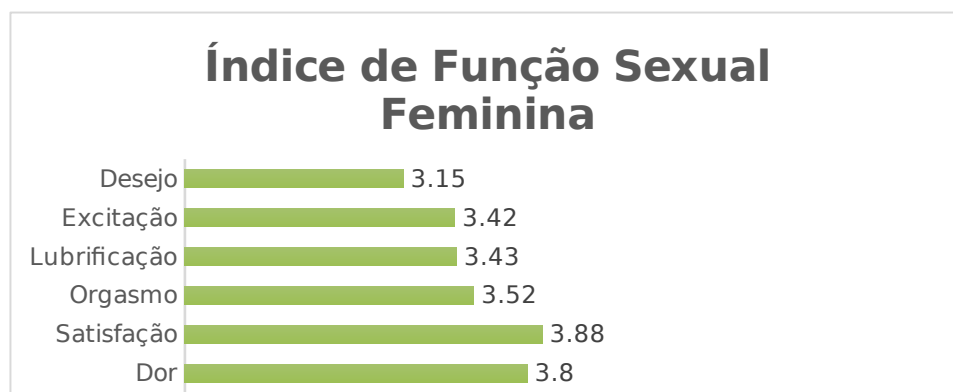


Figura 1. Escores dos índices de função sexual feminina de indígenas urbanizadas do Parque das Tribos – Amazonas de acordo com o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI).

Ao avaliarmos a associação de alguns fatores relacionados à disfunção sexual, o Teste Exato de Fisher forneceu indícios de associação entre sedentarismo e disfunção sexual. Entre as mulheres com sedentarismo, a chance estimada (*odds ratio*) de desenvolver disfunção sexual foi de 0,73 (IC 95%: 0,06 – 3,35) vezes a chance em relação àquelas não sedentárias (Tabela 3).

Variável	Total n = 95	Disfunção sexual		P-valor
		Ausente n = 21	Presente n = 74	
Idade				
< 40 anos	60	14 (23,3%)	46 (76,7%)	0,7057
> 40 anos	35	7 (20,0%)	28 (80,0%)	
Paridade (média ± desvio-padrão)	3,0 (1,9%)	2,6 (1,4%)	2,8 (2,0%)	0,359
Tipo de parto				0,857
Vaginal	50 (52,6%)	10 (47,6%)	40 (54,0%)	
Vaginal e Cesariana	13 (13,8%)	3 (14,3%)	10 (13,5%)	
Cesariana	16 (16,8%)	5 (23,8%)	11 (14,9%)	
Sem resposta	16 (16,8%)	4 (14,3%)	13 (17,6%)	
Anticoncepcional				1,000
Não	58 (61,1%)	13 (60,0%)	45 (60,8%)	
Sim	37 (38,9%)	8 (40,0%)	29 (39,2%)	
Sedentarismo				0,014*
Ausente	11 (11,6%)	2 (10,0%)	9 (12,2%)	
Presente	84 (88,4%)	19 (90,0%)	65 (87,8%)	
Climatério				0,515
Ausente	81 (84,9%)	12 (57,0%)	69 (93,2%)	
Presente	14 (15,1%)	9 (43,0%)	5 (6,8%)	

Tabela 3. Avaliação dos fatores associados com a ocorrência de disfunção sexual em indígenas urbanizadas do Parque das Tribos.

*p <0,05 – valor significativo pela avaliação realizada pelo Teste Exato de Fisher e de Mann-Whitney.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que mulheres indígenas do Parque das Tribos apresentaram pontuação de disfunção sexual de acordo com o questionário formulado. Trata-se de uma pesquisa original pois não há artigos da literatura até o momento considerando a base de dados analisada. Isto mostra esta alta prevalência de disfunção sexual nesta população indígena específica. Além disso, o índice do escore de disfunção sexual encontrado em nossa pesquisa se mostrou inferior quando comparado com os índices avaliados em estudos que abordam mulheres não indígenas, sugerindo que a população indígena possui maior risco de desenvolver disfunção sexual.

De acordo com um estudo epidemiológico sobre a vida sexual dos brasileiros, a prevalência de disfunções sexuais em mulheres é de 50,9% ¹⁵. Outra pesquisa que avaliou 36 mulheres no nordeste do Brasil mostrou que 50% dessas mulheres apresentaram disfunção sexual ⁶. Já em outra pesquisa realizada em 100 mulheres brasileiras, a prevalência foi de 36,18% ¹⁶. Em nosso estudo, a prevalência de disfunção sexual foi mais elevada quando comparada com os dados encontrados na literatura. Essa significativa diferença pode estar relacionada ao fato da comparação ter sido realizada em mulheres indígenas e não indígenas, pois fatores como estilo de vida, crenças, cultura, percepção em relação à sexualidade, traumas psicológicos e processos biológicos são capazes de moldar a percepção feminina diante do contexto sexual ⁷.

Embora a problemática acerca da disfunção sexual seja expressiva quando se trata da saúde física e psíquica das mulheres, essa dificuldade é ainda maior quando se trata de mulheres indígenas porque a investigação sobre a disfunção sexual ainda é um desafio, tendo em vista a dificuldade cultural de se abordar um assunto tão íntimo e delicado. Nota-se que a média do escore total obtida em nossa pesquisa foi de 21,2 e está abaixo dos valores encontrados em outros estudos com mulheres brasileiras. Esse resultado nos leva a inferir que as mulheres indígenas estão mais predispostas ao desenvolvimento de disfunção sexual quando comparado as mulheres não indígenas pois, quanto mais baixo for o escore, maior o risco de apresentar a disfunção sexual ¹². Além disso, essa análise nos conduz a refletir como a vida sexual é vista por essas mulheres indígenas e o quanto é necessário investigar, analisar e estudar sobre essa temática nessa população com características e cultura próprias.

Uma avaliação de 212 mulheres universitárias acima de 18 anos, sendo 84 brasileiras e 128 italianas com idade entre 18 a 39 anos, usando o questionário FSFI, demonstrou que as brasileiras apresentaram um escore total de 25,3 e as italianas 21,7 ¹⁶. Outro estudo que

utilizou o mesmo método avaliativo em mulheres brasileiras no nordeste do país mostrou um escore total médio de 23,72². No entanto, 100 mulheres brasileiras no sul do país tiveram uma média de escore total de 26,5, similar à nota de corte (26,5) preconizada pelo FSFI¹⁵. Isso mostra a necessidade de ampliarmos os horizontes para promover mais pesquisas, que nos trazem à luz o conhecimento sobre os fatores psicossociais e culturais na função sexual feminina indígena, conduzindo o cuidado para a promoção da saúde sexual e reprodutiva dessa população.

Com relação aos domínios da função sexual, avaliados por meio do FSFI, nossa pesquisa verificou que o domínio “desejo” apresentou escore mais baixo e “satisfação” o escore mais alto, o que corrobora outros estudos da literatura. Apesar do nosso estudo ter apresentado o domínio “satisfação” com escore mais alto, 77,6% dessas indígenas apresentaram disfunção sexual. Isso pode ser explicado pelo fato de que o orgasmo não é sinônimo de satisfação porque, para a mulher, o relacionamento e a integração com o parceiro são os pontos mais importantes para satisfação feminina¹⁷. Para alguns autores, a presença de um parceiro fixo reduz as chances de disfunção sexual feminina devido à segurança que o relacionamento proporciona a ela, pois a mulher tem mais intimidade com seu corpo e de seu parceiro, consegue quebrar “tabus” morais e desempenha sua sexualidade de forma satisfatória^{16, 18, 19}.

Quando universitárias brasileiras e italianas foram avaliadas, o domínio “desejo” teve escores mais baixos para as brasileiras e o domínio “orgasmo” mais baixo para as italianas. No entanto, os domínios com escores mais altos foram “lubrificação” para brasileiras e “excitação” para as italianas¹⁶. Outro pesquisador analisou 370 mulheres brasileiras com idade entre 40 e 65 anos e verificou que o domínio “excitação” teve escore mais baixo e o domínio “satisfação” escore mais alto²⁰. Estudos mostram que o desejo sexual hipotativo é o distúrbio mais comum na saúde sexual das mulheres^{21, 2, 22, 23}. Esse dado corrobora nossos achados com o domínio “desejo” com um escore médio mais baixo.

As dificuldades sexuais relacionadas com o “desejo” apresentam causa multifatorial, sendo que a diminuição do desejo sexual pode estar relacionada a distúrbios da excitação sexual, dispareunia e anorgasmia²⁴. A disfunção sexual pode estar associada a diversos fatores como idade, sedentarismo, menopausa, uso de anticoncepcional e fatores psicológicos^{16, 17}. Ao analisarmos os fatores associados à disfunção sexual, foi encontrada associação significativa apenas com o sedentarismo. Apesar da associação do sedentarismo com diversos desfechos em saúde, a relação entre disfunção sexual feminina e sedentarismo ainda é pouco

descrita ²⁵. Um estudo relata que o sedentarismo gera prejuízos para a sexualidade, provocando diminuição do desejo sexual e da atividade sexual, insatisfação que gera a disfunção sexual ^{26, 25}.

Investigação sobre as práticas de saúde sexual e reprodutiva de 18 indígenas da etnia Xukuru do Ororubá, na Aldeia de Cimbres, terra Xukuru, localizada na Serra do Ororubá, município de Pesqueira (PE), ⁷ mostrou ser distinta do nosso estudo. Não houve relato sobre as disfunções sexuais propriamente ditas. Entretanto, outros aspectos sobre sexualidade de forma generalizada foram empregados, com perguntas como “Pra você, o que significa saúde sexual e reprodutiva?” “O que significa seu corpo?” e foram abordadas também questões sobre significado da relação sexual e uso de método contraceptivo, o que possibilita nossas discussões sobre o aparecimento das disfunções sexuais nessa população. Enquadradas no seu próprio conceito de corpo, que mostra dependência da figura masculina (seus corpos pertencem aos homens), as indígenas da Aldeia de Cimbres certificaram que não conseguiam visualizar outro tipo de conhecimento da sexualidade. Compreendendo o contexto dessas mulheres Xukuru do Ororubá, podemos entender também a herança de medos, impedimentos e dificuldades na abordagem da saúde sexual e reprodutiva ⁷. Aprisionadas no significado de corpo e na dependência da figura masculina, as participantes demonstraram que a sexualidade não estava relacionada com descoberta das áreas do corpo e que poderiam proporcionar prazer a elas mesmas ⁷.

370 mulheres brasileiras entre 40 e 65 anos foram avaliadas e o risco de disfunção sexual feminina foi fortemente associado ao estilo de vida sedentário, visto que a prevalência de disfunção sexual era maior entre aquelas sedentárias (78,5%) contra 57,6% daqueles que praticavam atividade física regular ⁶. Esses achados corroboram nossos achados já que evidenciamos uma associação significativa entre sedentarismo e disfunção sexual. Nesse contexto complexo, o exercício físico regular, com seus múltiplos efeitos, destaca-se como estratégia a ser considerada no tratamento da disfunção sexual. O exercício altera positivamente o funcionamento oxidativo das células e tecidos, o que contribui para melhor função sexual. Além disso, auxilia no âmbito psicológico e social, proporcionando maior autoestima, maior confiança no esforço físico, redução da ansiedade, depressão e melhor convívio social ²⁷.

Com a finalidade de realizar uma análise comparativa dos nossos resultados com outras pesquisas envolvendo mulheres indígenas, encontramos dificuldades para tal devido à ausência de pesquisas realizadas sobre função sexual nessa população. Esse fato mostra a

necessidade da realização de estudos com mulheres indígenas, não somente na área de saúde, mas em todas as áreas fundamentais e essenciais ao ser humano, dentre elas a social, emocional, direitos humanos e outras, para que novas estratégias possam ser desenvolvidas visando melhorar a assistência à população indígena em todas as áreas.

Os pontos fortes do presente estudo incluem a população estudada, que são mulheres indígenas porque há dificuldades de acesso a essa população, tanto com relação às questões geográficas quanto culturais. Além disso, a avaliação da função sexual da mulher indígena foi inédita visto que os relatos encontrados na literatura mostram apenas uma abordagem generalizada sobre a sexualidade nessa população. Como limitação, podemos mencionar as questões culturais das mulheres indígenas, que se torna um impedimento a coleta de dados pois nem todas estão dispostas a participar de pesquisas, principalmente pelo fato de envolver questões íntimas. Muitas delas ou quase todas dependem da autorização de alguém (marido, cacique, técnicos de saúde da região) para que as mesmas participem e, mesmo assim, nem sempre estão dispostas a participar. Outra limitação está relacionada à subjetividade e intimidade do tema “função sexual” abordado na pesquisa, pois algumas mulheres poderiam responder conforme suas crenças no que diz respeito ao julgamento da sociedade.

5. CONCLUSÃO

As mulheres indígenas do Parque das Tribos apresentam alta prevalência de disfunção sexual quando comparada com mulheres não indígenas, compondo dados estatísticos que traduzem as particularidades dessa população. Os achados sobre a disfunção sexual na população estudada tem associação significativa com o sedentarismo. No entanto, como a sexualidade é vista como algo complexo que envolve fatores biológicos, crenças, estilo de vida e fatores psicológicos, novas abordagens com olhar científico mais integralizado são necessárias. Sendo assim, concluímos que os resultados trazidos à cena podem contribuir para a construção de debates teórico-práticos mais diversificados no campo da saúde sexual da mulher indígena, com a finalidade de ser elaborado um modelo de atenção à saúde sexual dessa população e que esse modelo de assistência respeite as etnias locais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos PP, Werneck ALS, França ICO, Vale MB, et al. Práticas de educação em saúde voltadas para função sexual feminina. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021; 13(4): e6708. <https://doi.org/10.25248/reas.e6708.2021>.
2. Santos E, Braga SSC. Prevalência de disfunção sexual em mulheres do curso de fisioterapia de uma Universidade de Sergipe. Aracaju: Universidade Tiradentes, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à como um dos pré-requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.
3. Lara LA, Lopes GP, Scalco SC, Vale FB, Rufino AC, Troncon JK, et al. Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. *Revista Femina*. 2019; 47(2): 66-74.
4. Dall’Ago ML. Validação da versão brasileira do Índice da Função Sexual Feminina de 6 itens (FSFI-6). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018. Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina.
5. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, et al. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). *Maturitas*. 2016; 94 (?): 87-91. Doi: 10.1016/j.maturitas.2016.09.013.
6. Barreto APP, Nogueira A, Teixeira B, Brasil C, et al. O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional. *Rev Pesq Fisio*. 2018; 8(4): 511-517.
7. Araujo MRAA, Tavares MS, Souza VRFP, Bezerra DO. Saúde sexual e reprodutiva na etnia Xukuru do Ororubá: diga às mulheres que avancem. *Saúde debate*. 2020; 44 (124): 193-204.
8. Brasil. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Cadernos de atenção básica. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 84p.
9. Waldow VR. Atualização do cuidar. *Aquichán*. 2008; 8(1): 85-96.
10. Santos GS. Territórios pluriétnicos em construção: a proximidade, a poiesis e a praxis dos indígenas em Manaus-Am. Manaus: Universidade Federal do Amazonas – UFAM. 2016. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia.
11. Farias E, Trajano A. Empresário quer expulsar índios da ocupação Parque das Tribos para construir um Minha Casa, Minha Vida que não existe. *Amazônia Real* [Revista em internet] 09 de julho 2016. Acesso em 18 de agosto de 2019. Disponível em: <http://amazoniareal.com.br/empresario-quer-expulsar-indios-da-ocupacao-parque-das-tribos-para-construir-um-minha-casa-minha-vida-que-nao-existe>.
12. Pechorro P, Diniz A, Almeida S, Vieira R. Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*. 2009; 7(1): 33-44.
13. Meira LF, Morais KCS, Sousa NA, Ferreira JB. Climacteric women’s sexual function and quality of life. *Fisioter Bras*. 2020; 21(2): 189-96.
14. Latorre GSF, Bobsin E, Kist LT, Nunes EFC. Validação da escala curta de avaliação funcional do desejo sexual feminino. *Rev. Pesqui. Fisioter*. 2020; 10(1): 93-102.
15. Schlossmacher C, Bonato FRC, Schlossmacher L. Prevalência de Disfunções Sexuais entre mulheres atendidas em unidades de saúde de Curitiba. *RBSH*. 2021; 32(1): 30-38.

16. Bezerra KC, Feitoza SR, Vasconcelos CTM, Karbage SAL, et al. Sexual function of undergraduate women: a comparative study between Brazil and Italy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018; 71(3): 1428-34.
17. Cabral PUL, Canário ACG, Spyrides MHC, Uchôa SAC, et al. Physical activity and sexual function in middle-aged women. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 60(1): 47-52.
18. Silva APM. Abordagem fisioterapêutica da dispareunia na mulher com Dor Pélvica Crônica: comparação entre duas técnicas. Trial clínica, randomizado. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2018. Tese de Doutorado apresentado a Faculdade de Medicina.
19. Satake JT, PereiraTRC, Aveiro MC. Self-reported assessment of female sexual function among Brazilian undergraduate healthcare students: a cross-sectional study (survey). *Med J*. 2018; 136(4): 333-8.
20. Silva TG, Oliveira KML, Moraes SCR, Perrelli JGA, et al. Sexual dysfunction in women with cervical cancer undergoing radiotherapy: concept analysis. *Escola Anna Nery*. 2021; 25(4): e20200404er.
21. Sousa FF, Sousa Júnior JFM, Ventura OL. Effect of auriculotherapy on pain and sexual function of primary dysmenorrhea female patients. *BrJP*. 2020; 3(2): 127-30.
22. Padolfo IA, Lavratti VB, Fontana Júnior F, Costanzo GS, et al. Prevalence of female Sexual Dysfunction in women who seek gynecologic care in a health unit of Cascavel/Pr. *Revista Thêma et Scientia*. 2021; 11 (1): 89-100.
23. Trento SRSS, Madeiro A, Rufino AC. Sexual Function and Associated Factors in Postmenopausal Women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021; 43(7): 522–529.
24. Rodrigues CNC, Lemos CIL, Santos ASB, Silva LGCL, et al. Influence of sexual desire the sexual function in women with dyspareunia. *Brazilian Journal of Development*. 2021; 7 (4): 34671-34682.
25. Conto CL. Associação entre comportamento sedentário, sintomas de ansiedade e depressão e disfunção sexual feminina. Araranguá: Universidade Federal de Santa Catarina, 2020. Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação.
26. Allen MS, Desille AE. Health-Related Lifestyle Factors and Sexual Functioning and Behavior in Older Adults. *International Journal Of Sexual Health*. 2017; 29 (3): 273-277.
27. Carvalho GMD, Gonzáles AI, Sties SW, Lima DP, et al. Physical exercise influence on sexual health. *Cinergis*. 2015; 16 (1): 77-81.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo contribuiu para apresentar a dimensão da questão concernente a saúde e função sexual das mulheres indígenas urbanizadas, comparando as condições dessa temática entre outras mulheres indígenas e mulheres de outros grupos raciais. Esses achados se torna uma ótima oportunidade para a comunidade específica e profissionais da saúde que pretendem aumentar seus conhecimentos sobre população indígena feminina, com a finalidade de ampliar seu olhar a essa população, respeitando suas crenças e culturas.

O conhecimento sobre a população indígena está em constante construção, sendo importante atualização contínua por parte dos profissionais de saúde, principalmente em se

tratando de culturas específicas. Dessa forma, é importante discutir as condições de saúde que as mulheres indígenas estão inseridas, com a finalidade de contribuir de modo mais efetivo para o atendimento dessa população, levando em consideração o respeito com as especificidades e características dos povos indígenas. Certos de que esta pesquisa é uma pequena contribuição sobre saúde e função sexual da mulher indígena, enfatizamos a necessidade de continuidade dessas análises para a compreensão dos modos de vida das populações indígenas mediante a introdução de políticas públicas brasileiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreira LO. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18 (4): 1151-1159.
2. Kabad JF, Pontes ALM. Relações entre produção científica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos indígenas no campo da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 25 (5): 1653-1665.
3. Cemin AB. Denúncias de estupro contra a mulher indígena: bioética intercultural feminista, saúde coletiva e justiça. *Amazônia Rev. Antropol [Online]*. 2016; 8 (2): 342 – 370.
4. Baggio É, Nascimento VF, Terças ACP, Hattori TY, Atanaka M, Lemas ERS. O cuidar da saúde para a mulher indígena haliti-paresí. *Rev enferm UFPE [on line]*. 2018; 12(3): 729-37.
5. Leal C, Eneida H, Andrade LE. Algumas considerações sobre o vivido. *Guerreiras: a força da mulher indígena*. 2012; p. 6-29.
6. Rede Grumín de Mulheres Indígenas. Mesa de Trabalho Local e Regional Rumo ao Fórum Nacional de Mulheres Indígenas. Itaipu; 2008.
7. Brasil. Saúde sexual e saúde reprodutiva. *Cadernos de atenção básica*. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 84p.
8. Araújo MRA, Tavares MS, Souza VRFP, Bezerra DO. Saúde sexual e reprodutiva na etnia Xukuru do Ororubá: diga às mulheres que avancem. *Saúde Debate*. 2020; 44 (124): 193-204.
9. Pereira ER, Oliveira LSS, Ito LC, Silva LM, et al. Saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2014; 27(4): 445-454.

APÊNDICE

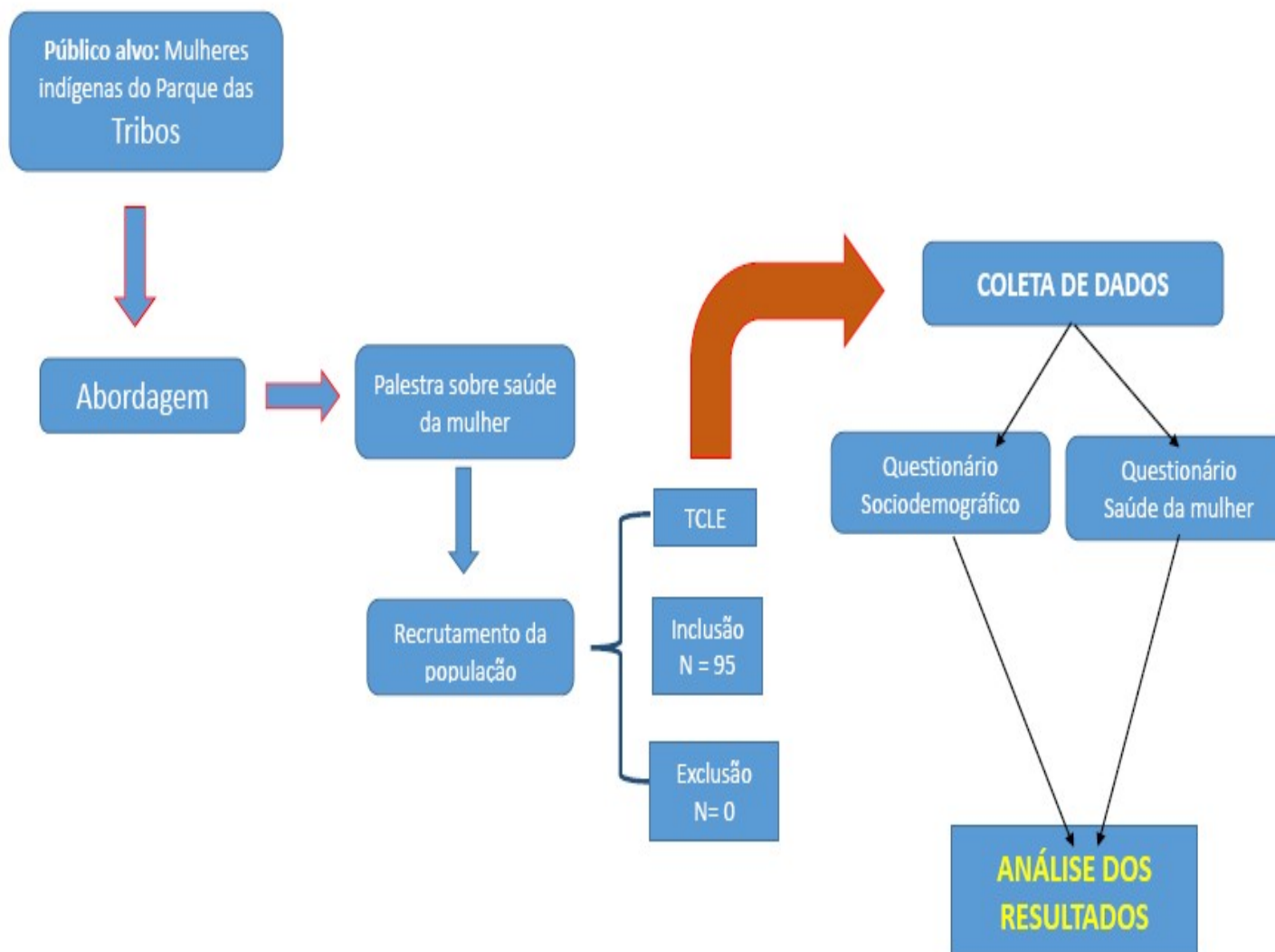


Figura 1. Fluxograma de alocação da população do estudo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Olá!

Convidamos a Sra para participar como voluntária de um estudo da Universidade Federal do Amazonas em Associação com a Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, cujo título é: **“Perfil clínico e ginecológico de indígenas da Amazônia”** realizado pela pesquisadora Quelly Christina França Alves Schiave. Endereço: Av. General Rodrigo Otávio, 1200, Coroado I, Manaus-AM, Telefone (92) 3625-2887 e-mail quellyschiave@gmail.com aluna regular do Programa de Doutorado em Tocoginecologia, sob a orientação do prof. Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho. Endereço: Avenida professor Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP 30130-100, Telefone (31) 3409-9764, e-mail agnaldo.ufmg@gmail.com docente da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG e do programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

O objetivo principal da pesquisa é avaliar o perfil de saúde ginecológica e a função sexual de mulheres indígenas urbanizadas do Parque das Tribos no Amazonas, e os específicos são descrever o perfil sociodemográfico de mulheres indígenas urbanizadas descrever as principais características clínicas das mulheres indígenas urbanizadas, investigar a presença de disfunção sexual de mulheres indígenas urbanizadas e registrar os fatores associados a disfunção sexual.

O assoalho pélvico, é uma região do corpo humano importante para uma boa função sexual, que fica localizado na pelve ou bacia, formada por músculos responsáveis por sustentar a vagina, bexiga, útero e canal anal, mantendo esses órgãos no seu devido lugar. Quando esses músculos da bacia que rodeiam a vagina, uretra/bexiga e ânus estão fracos, podem ocorrer vários problemas de saúde para a mulher, como por exemplo, dor na vagina, “bexiga caída”, perda de urina ao espirrar ou tossir, dor ao ir ao banheiro (fazer cocô/defecar), soltar gases sem querer. A Sra. foi escolhida por pertencer a uma etnia indígena, moradora de um bairro da cidade de Manaus, com localização facilitada. Além disso, as mulheres indígenas do Parque das Tribos, têm fluência na língua portuguesa por estar inseridas em meio urbano, o que facilita a comunicação.

Para a coleta de dados, A Sra. responderá um formulário com questões que corresponde a seus dados sociodemográficos (peso, altura, idade, etnia e outros) e responderá a outro questionário com questões sobre condições de saúde, incontinência urinária e fecal, e função sexual. Os questionários serão aplicados pela equipe envolvida neste estudo, a qual foi devidamente treinada tanto para aplicar o questionário quanto para sanar qualquer dúvida referente aos mesmos. A pesquisadora principal, é Fisioterapeuta e estará presente para aplicar os questionários e oferecer todo apoio no que diz respeito a realização dessa Pesquisa e tirando todas as dúvidas que por ventura a Sra possa vir a ter ao responder os questionários.

Como a pesquisa visa avaliar questões íntimas feminina, a participante da pesquisa pode sentir incômodo ou constrangimento pela avaliação propriamente dita. Para amenizar ou impedir qualquer

um desses inconvenientes, será realizada uma explicação prévia minuciosa de como será feita a avaliação, mesmo após a apresentação desse documento (TCLE). Informamos que os riscos que esse estudo poderá oferecer, estão associados ao aspecto físico emocional, pois como a pesquisa visa avaliar a função sexual, a participante da pesquisa pode sentir incômodo que pode estar relacionada ao constrangimento em responder alguma pergunta dos questionários. Caso isso ocorra, a sra será amparada pela equipe de trabalho que conta com Fisioterapeuta, Técnica de enfermagem e Terapeuta. Assim, a pesquisadora irá minimizar os riscos de possíveis desconfortos ou constrangimentos esclarecendo qualquer dúvida que venha ter sobre sua avaliação, bem como sobre as perguntas dos questionários, sendo lhe dado total liberdade para não responder aquelas que lhe parecer inoportunas. Além disso, caso a avaliação aponte alguma disfunção sexual ou sintomas urinários e/ou gastrointestinais, a senhora será orientada a realizar contrações dos músculos do assoalho pélvico, com a finalidade de fortalecer essa musculatura, a fim de minimizar os sintomas provocados pela fraqueza desses músculos e evitar complicações futuras ou surgimentos de patologias ginecológicas como prolapso de órgão pélvicos, que é a “bexiga caída” ou a descida do útero pela vagina e também será orientada a buscar ajuda médica especializada. Além disso, a equipe de profissionais da saúde, estará pronta para oferecer o suporte necessário durante o período da coleta de dados e também após a realização da mesma, caso haja necessidade. A mulher indígena estará assegurada sobre qualquer inconveniente que possa ocorrer durante a pesquisa, como determina a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que assegura o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos e pela Resolução nº 304 de 09 de agosto de 2000, que assegura as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo população indígena. Além disso, caso haja necessidade, a senhora poderá ser direcionada para tratamento e acompanhamento pelo serviço de saúde do Ambulatório Araújo Lima, que conta com um setor de Fisioterapia uroginecológica voltada para atendimento da mulher indígena, sem qualquer custo para a Sra.

Sua participação neste estudo é voluntária e a Sra. não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhum dinheiro para participar da pesquisa. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, IV.3. h, IV.4c e V.7, que fica assegurado a Sra. o direito a indenizações e cobertura material para reparação a possível dano, causado pela pesquisa.

Esclarecemos que, a qualquer momento, a Sra. poderá recusar-se a participar da pesquisa ou retirar o seu consentimento de uso das informações coletadas, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Todas as informações coletadas serão guardadas em sigilo e todo o material será utilizado para publicação em eventos e/ou revistas científicas.

Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora **Quelly Christina França Alves Schiave**. Endereço: Av. General Rodrigo Otávio, 1200, Coroado I, Manaus-AM, Telefone (92) 98403-8429. Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos como participantes

do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, na Escola de Enfermagem na sala 07, na rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, pelo telefone (92) 3305-1181 Ramal 2004 ou pelo e-mail: cep@ufam.edu.br. E ou com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Esplanada dos Ministérios Edifícios Anexo B1. G Ala B S1. 13-B. Cep: 70058-900. Telefone: (61) 3315-2951.

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Consentimento pós-informação:

Eu, _____, fui informada sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração no estudo, compreendi o objetivo da pesquisa e quais procedimentos serão realizados. A explicação que recebi, esclarece os riscos e benefícios da mesma. Entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão, e que isso não me trará prejuízo. Confirmo também, que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, emitido em duas vias, uma via do pesquisador e a outra do participante, assinado por mim e pela pesquisadora. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa.

Assinatura da participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data: ____/____/____

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPIC
A

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do CEP/CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA 
PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO RELACIONADAS À QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES INDÍGENAS DO PARQUE DAS TRIBOS-AM Pesquisador: Quelly Christina França Alves Schiave Área Temática: Estudos com populações indígenas; Versão: 4 CAAE: 15978919.9.0000.5020 Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM Patrocinador Principal: Financiamento Próprio DADOS DO PARECER Numero do Parecer: 3.943.090 Apresentação do Projeto: As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1355325.pdf de 13/02/2020) e/ou do projeto detalhado (PROJETO_DE_TESE_GO.docx de 23/07/2019).

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA 				
Continuação do Parecer: 3.943.090				
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_3609961.pdf	28/10/2019 18:08:17	Schiave	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_FINANCEIRO.docx	04/06/2019 17:14:01	Quelly Christina França Alves Schiave	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO.docx	04/06/2019 17:12:25	Quelly Christina França Alves Schiave	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_assinada.pdf	04/06/2019 17:05:50	Quelly Christina França Alves Schiave	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

BRASÍLIA, 12 de Abril de 2020

Assinado por:
 Jorge Alves de Almeida Venancio
 (Coordenador(a))

Ativar o Wi
 Acesse Configu

ANEXO B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DA MULHER

Nome: _____ Idade: _____ Etnia: _____
 Estado civil: _____ Peso: _____ Altura: _____
 Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Tem filho? Quantos? _____ Ocorrência de aborto: _____ Tipos de parto: _____
Ocorrência de diabetes gestacional? _____
Pratica atividade física? _____ Qual? _____ Quantas vezes por semana? _____
Apresenta ciclo menstrual regular? _____ Está no climatério? _____
Toma pílula anticoncepcional? _____ Adota outro método contraceptivo? _____ Qual? _____
Com quantos anos menstruou pela primeira vez? _____ Com quantos anos parou de menstruar? _____
Possui pressão alta (HAS)? _____ Faz tratamento? _____ Já fez preventivo? _____
Faz todos os anos? _____ Já fez mamografia? _____ Faz a cada dois anos? _____
Já teve câncer? _____ Aonde? _____

SINTOMAS GENITURINÁRIO

1. A senhora perde urina? (CIRCULE A RESPOSTA) SIM NÃO

2. Gostaríamos de saber em qual momento ou situação a senhora perde urina (CIRCULE A LETRA)

- A) Quando eu tusso ou espirro ou faço força
- B) Quando estou com muita vontade e perco antes de chegar ao banheiro
- C) Nessas duas condições

3. Em geral, a senhora sente ardência ou incômodo ao urinar? (CIRCULE A RESPOSTA) SIM NÃO

4. Se sim, com qual frequência? (CIRCULE A RESPOSTA)

SEMPRE DE VEZ EM QUANDO RARAMENTE

SINTOMA INTESTINAL

Com que frequência a senhora faz cocô? (CIRCULE A RESPOSTA)

TODOS OS DIAS 5 VEZES POR SEMANA 4 VEZES POR SEMANA

3 VEZES POR SEMANA 2 VEZES POR SEMANA 1 VEZ POR SEMANA

Suas fezes são: (CIRCULE A RESPOSTA) ENDURECIDAS NORMAL LÍQUIDA

A senhora apresenta dificuldade para fazer cocô? (CIRCULE A RESPOSTA) SIM

NÃO

A senhora precisa fazer esforço para fazer cocô?(CIRCULE A RESPOSTA) SIM

NÃO

A senhora tem muitos gases abdominais? (CIRCULE A RESPOSTA) SIM

NÃO

A senhora perde gases sem querer? (CIRCULE A RESPOSTA) SIM

NÃO

ANEXO C - International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Com que frequência você perde urina? (CIRCULE O NÚMERO)

- Nunca (0)
- Uma vez por semana ou menos (1)
- Duas ou três vezes por semana (2)
- Uma vez ao dia (3)
- Diversas vezes ao dia (4)
- O tempo todo (5)

2. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você perde (CIRCULE O NÚMERO)

- Nenhuma (0)
- Uma pequena quantidade (2)
- Uma moderada quantidade (4)
- Uma grande quantidade (6)

3. Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)
(Não interfere) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Interfere muito)

4. Quando você perde urina? (Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

- ☐ Nunca
- ☐ Perco antes de chegar ao banheiro
- ☐ Perco quando tusso ou espiro
- ☐ Perco quando estou dormindo
- ☐ Perco quando estou fazendo atividades físicas
- ☐ Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
- ☐ Perco sem razão óbvia
- ☐ Perco o tempo todo

ANEXO D - WEXNER

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Sólidas	0	1	2	3	4
Líquidas	0	1	2	3	4
Tem Gases?	0	1	2	3	4
Uso de Protetor de calcinha?	0	1	2	3	4
Alteração do estilo de vida	0	1	2	3	4

ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE FUNÇÃO SEXUAL FEMINA

FEMALE SEXUAL FUNCTION INDEX (FSFI) – VALIDADO PARA O PORTUGUÊS
Instruções: Este questionário pergunta sobre sua vida sexual durante as últimas 4 semanas. Por favor, responda às questões de forma mais honesta e clara possível. Suas respostas serão mantidas em absoluto sigilo. Assinale apenas uma alternativa por pergunta. Para responder às questões use as seguintes definições: - Atividade sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação (“punheta”/“siririca”) e ato sexual; - Ato sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina; - Estímulo sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto- estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos); - Desejo sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo; - Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais (pode incluir sensações como calor ou inchaço dos genitais, lubrificação – sentir-se molhada/“vagina molhada”/“tesão vaginal” –, ou contrações musculares).

1) Nas últimas 4 semanas com que frequência (quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?				
Quase sempre ou	A maioria das vezes (mais do	Algumas vezes (cerca de metade	Poucas vezes (menos da	Quase nunca ou

sempre	que a metade do tempo)	do tempo)	metade do tempo)	nunca	
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
2) Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu grau de desejo ou interesse sexual ?					
Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou absolutamente nenhum	
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
3) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual ?					
Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
4) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual ?					
Sem atividade Sexual	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Muito baixo ou absolutamente nenhum
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)

5) Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de segurança para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual ?					
Sem atividade sexual (0)	Segurança muito alta (5)	Segurança alta (4)	Segurança moderada (3)	Segurança baixa (2)	Segurança muito baixa ou sem segurança (1)
6) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?					
Sem atividade sexual (0)	Quase sempre ou sempre (5)	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) (4)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo) (3)	Poucas vezes (menos da metade do tempo) (2)	Quase nunca ou nunca (1)
7) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?					
Sem atividade sexual (0)	Quase sempre ou sempre (5)	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) (4)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo) (3)	Poucas vezes (menos da metade do tempo) (2)	Quase nunca ou nunca (1)

8) Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua dificuldade em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?					
Sem atividade sexual	Extremamente difícil ou impossível	Muito difícil	Difícil	Ligeiramente difícil	Nada difícil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você manteve a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?					
Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
(5)		(4)	(3)	(2)	(1)
10) Nas últimas 4 semanas, qual foi sua dificuldade em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?					
Sem atividade sexual	Extremamente difícil ou impossível	Muito difícil	Difícil	Ligeiramente difícil	Nada difícil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11) Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?					
Sem atividade sexual	Quase sempre ou sempre	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo)	Poucas vezes (menos da metade do tempo)	Quase nunca ou nunca
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
12) Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir o orgasmo (“clímax/gozou”)?					
Sem atividade sexual	Extremamente difícil ou impossível	Muito difícil	Difícil	Ligeiramente difícil	Nada difícil
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13) Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou satisfeita com sua capacidade de atingir o orgasmo (“gozar”) durante atividade ou ato sexual?					
Sem atividade sexual	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
14) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?					
Sem atividade sexual	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Nem satisfeita, nem insatisfeita	Moderadamente insatisfeita	Muito insatisfeita
(0)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
15) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?					

Sem atividade sexual (0)	Muito satisfeita (5)	Moderadamente satisfeita (4)	Nem satisfeita, nem insatisfeita (3)	Moderadamente insatisfeita (2)	Muito insatisfeita (1)
16) Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve satisfeita com sua vida sexual de um modo geral?					
Sem atividade sexual (0)	Muito satisfeita (5)	Moderadamente satisfeita (4)	Nem satisfeita, nem insatisfeita (3)	Moderadamente insatisfeita (2)	Muito insatisfeita (1)
17) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?					
Não tentei ter relação (0)	Quase sempre ou sempre (1)	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) (2)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo) (3)	Poucas vezes (menos da metade do tempo) (4)	Quase nunca ou nunca (5)
18) Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?					
Não tentei ter relação (0)	Quase sempre ou sempre (1)	A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo) (2)	Algumas vezes (cerca de metade do tempo) (3)	Poucas vezes (menos da metade do tempo) (4)	Quase nunca ou nunca (5)
19) Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu grau de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?					
Não tentei ter relação (0)	Muito alto (1)	Alto (2)	Moderado (3)	Baixo (4)	Muito baixo ou absolutamente nenhum (5)

Conflito de interesse:

Nenhum.

Financiamento:

Nenhum.