

TRABALHOS DE PESQUISA

AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DO ASSOALHO PÉLVICO E SEXUALIDADE EM DOIS GRUPOS DE MULHERES BRASILEIRAS: INDÍGENAS HUNI KUIN RESIDENTES EM JORDÃO, ACRE, E URBANAS RESIDENTES EM SÃO PAULO, CAPITAL

Juliana Schulze Burti¹ , Isa Maia Sales² , Priscila dos Santos Silva² , Luciane Frizo Mendes¹ 

EVALUATION OF PELVIC FLOOR SYMPTOMS AND SEXUALITY IN TWO GROUPS OF BRAZILIAN WOMEN: INDIGENOUS HUNI KUIN LIVING IN JORDÃO, ACRE AND URBAN LIVING IN SÃO PAULO, CAPITAL

EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEL SUELO PÉLVICO Y LA SEXUALIDAD EN DOS GRUPOS DE MUJERES BRASILEÑAS: INDÍGENA HUNI KUIN RESIDENTE EN JORDÃO, ACRE Y RESIDENTE URBANA EN SÃO PAULO, CAPITAL

Resumo: O organismo feminino passa por intensas mudanças ao longo da vida, e a região urogenital é impactada. Fatores biopsicossociais influenciam o aparecimento de disfunções. Este estudo objetivou avaliar função e sintomas pélvicos e sexuais em dois grupos de mulheres acima de 40 anos: indígenas e urbanas. As avaliações foram presenciais, por questionários sociodemográficos, FSFI e ICIQ-SF. Avaliou-se 70 mulheres (37 indígenas e 33 urbanas), com idade média de 55 ± 12 anos. 53% eram casadas, 39% analfabetas, com maior percentual de analfabetas nas indígenas (73%), que apresentaram maior IMC, maior número de filhos e partos vaginais. As urbanas relataram mais cesarianas e maior dificuldade na amamentação. Houve alto percentual de mulheres com incontinência urinária (56%), principalmente por esforço, com percentual maior nas urbanas (73%). Embora as indígenas apresentassem menos perdas urinárias, essas tinham maior gravidade. 63% eram sexualmente ativas, e as indígenas apresentaram melhor satisfação geral. A principal queixa sexual foi diminuição da libido, seguida de baixa lubrificação. As indígenas apresentaram pior autoconhecimento, com 97% relatando nunca ter olhado para a região urogenital. Fatores biopsicossociais interferem na saúde de mulheres, tornando necessário um olhar mais amplo dos profissionais que trabalham com essa população.

Palavras-Chave: Saúde Indígena; Assoalho Pélvico; Incontinência Urinária; Sexualidade e Saúde da Mulher.

Abstract: The female organism undergoes intense changes throughout life, and the urogenital region is impacted, with biopsychosocial factors influencing dysfunctions. This study aimed to evaluate pelvic and sexual function and symptoms in two groups of women over 40 years of age: indigenous and urban. Assessments were individual, face-to-face, using a sociodemographic questionnaire, FSFI and ICIQ-SF. 70 women (37 indigenous, 33 urban), with mean age of 55 ± 12 years, were evaluated. 53% were married, 39% illiterate, with a higher percentage of illiterate women in indigenous (73%), who had a higher BMI, more children and vaginal deliveries. Urban women reported more cesarean sections and greater difficulty in breastfeeding. There was a high percentage of women with urinary incontinence (56%), mainly stress incontinence, with a higher percentage in urban (73%). Although indigenous women presented fewer urinary losses, they were more severe. 63% were sexually active, and indigenous had better overall satisfaction. The main sexual complaint



¹Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Departamento de Teorias e Métodos em Fonoaudiologia e Fisioterapia, São Paulo, Brasil . juschulze@gmail.com; lfmendes@pucsp.br

²Fisioterapeuta, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Departamento de Teorias e Métodos em Fonoaudiologia e Fisioterapia, São Paulo, Brasil. lsa.tximanaomi@gmail.com; pri_2018@hotmail.com

was decreased libido, followed by low lubrication. Indigenous women had worse self-awareness, with 97% reporting never having looked at their urogenital region. Biopsychosocial factors interfere with women's health, making it necessary for professionals who work with this population to take a broader look.

Keywords: Health of Indigenous Peoples; Pelvic floor; Urinary incontinence; Sexuality and women's health.

Resumen: El organismo femenino sufre cambios intensos a lo largo de la vida, y la región urogenital es impactada, con factores biopsicosociales que influyen en las disfunciones. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la función y los síntomas pélvicos y sexuales en dos grupos de mujeres mayores de 40 años: indígenas y urbanas. Las evaluaciones fueron individuales, presenciales, mediante cuestionario sociodemográfico y cuestionarios FSFI e ICIQ-SF. Se evaluaron 70 mujeres (37 indígenas, 33 urbanas), con edad promedio de 55 ± 12 años. El 53% eran casadas, el 39% analfabetas, con mayor porcentaje de mujeres analfabetas en indígenas (73%), quienes tenían mayor IMC, más hijos y partos vaginales. Las mujeres urbanas reportaron más cesáreas y mayor dificultad para amamantar. Hubo un alto porcentaje de mujeres con incontinencia urinaria (56%), principalmente incontinencia de esfuerzo, con un mayor porcentaje en las urbanas (73%). Aunque las mujeres indígenas presentaron menos pérdidas urinarias, éstas fueron más severas. El 63% eran sexualmente activos y los indígenas tenían una mejor satisfacción general. La principal queja sexual fue la disminución de la libido, seguida de la baja lubricación. Las mujeres indígenas tenían peor autoconciencia, con un 97 % que nunca había mirado su región urogenital. Los factores biopsicosociales interfieren en la salud de la mujer, siendo necesario que los profesionales que trabajan con esa población tengan una mirada más amplia.

Palabras clave: Salud de los Pueblos Indígenas; Suelo pélvico; Incontinencia urinaria; Sexualidad y salud de la mujer.

Introdução

A definição de envelhecimento é baseada em mudanças físicas e cognitivas que ocorrem ao longo do tempo. Perda de força muscular, diminuição da coordenação motora e do domínio do corpo são algumas das alterações físicas; já os problemas relacionados à memória e à dificuldade de aquisição de novos conhecimentos estão entre as alterações cognitivas (Blessmann, 2004).

Quando tratamos do envelhecimento feminino, sob a perspectiva médica e biológica, um evento importante que representa a senescência reprodutiva é a menopausa, que corresponde à data do último episódio de sangramento menstrual apresentado pela mulher (Kodama *et al.*, 2014). Para a definição da data da menopausa, faz-se um cálculo retrospectivo, usando como base 12 meses de amenorreia nas mulheres com mais de 45 anos. Nos casos em que há dúvidas são recomendadas dosagens de hormônio folículo-estimulante (FSH), com intervalo de 4-6 semanas (Baccaro *et al.*, 2022 e Hoffman *et al.*, 2014). Acontece em média aos 51 anos, e 90% das mulheres apresentam a menopausa entre os 45 e os 55 anos de idade. Nessa etapa, que perpassa pela menopausa, a vida da mulher é marcada por alterações hormonais que impactam em sua saúde e qualidade de vida, podendo desencadear uma ampla variedade de sintomas clínicos como fogachos, sudorese noturna, secura vaginal, alterações de humor, alterações da sexualidade e do sono, chamados de síndrome do climatério (Langoni *et al.*, 2014 e Schulze, 2018). Esses sintomas podem ser transitórios ou perdurarem ao longo do tempo, o que poderá influenciar a probabilidade de um envelhecimento saudável.

No envelhecimento feminino, os sistemas urogenital e musculoesquelético são afetados, sendo uma queixa comum a incontinência urinária (IU), com estimativa na população feminina brasileira de 11 a 23%, sendo que em idosas essa prevalência pode variar entre 8 e 35% (Lazari *et al.*, 2009). A IU é a perda involuntária de urina, que pode ser classificada como incontinência urinária de esforço (IUE), quando a perda involuntária ocorre durante esforço ou atividade física; incontinência urinária de urgência (IUU), com perda associada à necessidade imediata e urgente de urinar e incontinência urinária mista (IUM), numa combinação dos sintomas (Sabóia *et al.*, 2017). Outras disfunções pélvicas comuns após a menopausa são a incontinência fecal e o prolapso dos órgãos pélvicos (POP) (Silva; Marques; Amaral, 2018).

Para além dessas alterações, impactos na sexualidade são comumente relatados nesta fase do ciclo de vida da mulher, sendo importante a abordagem deste aspecto da vida, já incluído pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual contextualiza que a sexualidade, seja no relacionamento sexual ou experiências sexuais, devem ser seguras e prazerosas, sem repressão, discriminação ou violência (OMS, 2020). Para Lara *et al.* (2009), a sexualidade é inerente à condição humana, cuja construção tem início na infância, continua sua constituição durante a adolescência e se apresenta de diferentes formas durante as diversas fases do ciclo da vida. No entanto, mitos e tabus socioculturais envolvendo a sexualidade na senescência dificultam que idosos continuem exercendo sua vida integralmente, uma vez que as alterações fisiológicas, preceitos religiosos, opressões familiares e aspectos individuais fortalecem esse estigma social, e as modificações físicas podem provocar redução do desejo, excitação e lubrificação (Moraes *et al.*, 2011).

A sexualidade e o envelhecimento nas mulheres indígenas são pouco debatidos, não havendo pesquisas que tragam informações consistentes sobre o tema. De acordo com Paiva (2020), em muitas etnias indígenas, a sexualidade é tabu, reflexo dos processos de catequização e colonização. A doutrinação religiosa também pode ser considerada um dos entraves que dificulta a quebra do tabu em torno desse assunto para esses grupos. Diante das práticas consideradas “pecaminosas” pelo cristianismo, as de cunho sexual são as mais condenadas pelos adeptos (Paiva, 2020).

Nas mulheres urbanas, apesar de maior acesso à informação, existe também muito tabu, decorrente de crenças e valores sociais que enxergam o sexo com objetivo de procriação, ou mesmo relacionado à pornografia, e não à saúde e bem-estar, como deveria ser entendido (Schulze, 2018).

Este estudo tem como objetivo avaliar os sintomas do assoalho pélvico e a sexualidade em dois grupos de mulheres brasileiras com mais de 40 anos: indígenas Huni Kuin residentes em Jordão, Acre, e urbanas residentes em São Paulo, capital, verificando a presença de disfunções pélvicas e sexuais nesses grupos, determinando fatores associados e comparando possíveis diferenças.

Métodos

Estudo transversal, aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE nº 51610321.30000.5482). Todas as participantes receberam explicações sobre o estudo e seus objetivos, ouviram ou leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram incluídas mulheres com mais de 40 anos, residentes da cidade de São Paulo e da etnia Huni Kuin de Jordão, Acre, sem doenças neurológicas ou comprometimento cognitivo. Foram excluídas mulheres com menos de 40 anos, com dificuldade de mobilidade ou comprometimento cognitivo e/ou neurológico que as impedisse de compreender e executar as etapas da pesquisa.

Todas responderam à ficha com dados pessoais, antropométricos, médicos e obstétricos. Em seguida, responderam os questionários Female Sexual Function Index (FSFI) (Hentschel, 2007; Arouca *et al.*, 2015) e International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) (Tamanini, 2004). As mulheres analfabetas recebiam as informações lidas pelas pesquisadoras e assinavam o termo com marcação das digitais.

A coleta de dados foi feita na Unidade de Saúde da Família Antônio Rodrigues Dourado (Jordão, Acre), na Paróquia Maria Mãe da Igreja (São Paulo) e nas residências de mulheres da cidade de São Paulo que não podiam comparecer.

As mulheres Huni Kuin/Kaxinawá habitam a fronteira brasileira-peruana na Amazônia ocidental. As aldeias Kaxinawá no Peru se encontram nos rios Purus e Curanja. As aldeias no Brasil (no estado do Acre) se espalham pelos rios Tarauacá, Jordão, Breu, Muru, Envira, Humaitá e Purus (Isa, 2014). A paróquia Maria Mãe da Igreja abriga um Núcleo de Convivência de Idosos (NCI), localizado na periferia da zona sul de São Paulo, no bairro Jardim das Flores, pertencente ao Jardim Ângela, que é um distrito da zona sul do município de São Paulo, às margens da Represa de Guarapiranga, uma região da cidade conhecida como M'Boi Mirim, com índice de desenvolvimento humano em torno de 0,4, considerado baixo. No NCI acontecem atividades

variadas voltadas ao público idoso. As mulheres inseridas nesse NCI foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa, assim como familiares e mulheres moradoras das proximidades. Apesar de estar dentro de uma paróquia pertencente à Cáritas do Campo Limpo, as atividades do NCI não possuem caráter religioso e muitos dos frequentadores não possuem vínculo nem frequentam as atividades paroquiais, usando somente o espaço e estrutura do local. A pesquisa foi realizada neste contexto, não havendo interferência de questões de cunho religioso.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. As comparações entre os grupos foram realizadas por meio do teste não paramétrico de Mann-Whitney. Para as categóricas, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher, quando necessário. Adotou-se o nível de significância de 5% ($p < 0.05$).

Resultados

Nossa amostra contou com 70 mulheres, 37 indígenas e 33 urbanas, média de idade de 55 ± 12 anos. A Tabela I mostra as características sociodemográficas e antropométricas dos grupos.

Tabela I - Características dos dados demográficos entre as mulheres entrevistadas

	Grupo			P - valor
	Geral (n = 70)	Indígenas (n = 37)	Não Indígenas (n = 33)	
Idade, anos	55 ± 12	54 ± 12	57 ± 10	0.224
Peso, Kg	62 ± 8	59 ± 5	66 ± 9	< 0.001
Altura, m	1.52 ± 0.10	1.45 ± 0.07	1.60 ± 0.06	< 0.001
IMC, Kg/m²	27.2 ± 3.5	28.4 ± 2.9	25.9 ± 3.7	0.003
Etnia				< 0.001
Branca	21 (30%)	0 (0%)	21 (64%)	
Indígena	37 (53%)	37 (100%)	0 (0%)	
Negra	8 (11%)	0 (0%)	8 (24%)	
Parda	4 (5.7%)	0 (0%)	4 (12%)	
Estado Civil				0.001
Casada	37 (53%)	26 (70%)	11 (33%)	
Divorciada	12 (17%)	7 (19%)	5 (15%)	
Solteira	8 (11%)	0 (0%)	8 (24%)	
Viúva	13 (19%)	4 (11%)	9 (27%)	
Escolaridade				< 0.001
Ensino fundamental	22 (31%)	10 (27%)	12 (36%)	
Ensino médio	13 (19%)	0 (0%)	13 (39%)	
Ensino superior	8 (11%)	0 (0%)	8 (24%)	
Não alfabetizada	27 (39%)	27 (73%)	0 (0%)	

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

A Tabela 2 apresenta a prática de atividade física nos dois grupos.

Tabela 2 - Prática de atividade Física

	Grupo			P - valor
	Geral (n = 70)	Indígenas (n = 37)	Não Indígenas (n = 33)	
Pratica atividade física?				< 0.001
Não	55 (79%)	37 (100%)	18 (55%)	
Sim	15 (21%)	0 (0%)	15 (45%)	

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

A Tabela 3 mostra a distribuição das participantes em relação à vida sexual.

Tabela 3 - Distribuição das participantes segundo a vida sexual

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

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

A Tabela 4 traz as informações relativas ao histórico obstétrico e ginecológico.

Tabela 4 - Distribuição das participantes em relação aos dados obstétricos e ginecológicos

	Grupo			P-valor
	Geral (n = 70)	Indígenas (n = 37)	Não Indígenas (n = 33)	
Número de filhos	4.00 ± 2.60	5.57 ± 2.49	2.24 ± 1.25	< 0.001
Método anticoncepcional				< 0.001
Não	56 (80%)	37 (100%)	19 (58%)	
Sim	20 (20%)	0 (0%)	14 (42%)	
Intercorrências na gestação				0.086
Diabetes	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
HAS	4 (5.7%)	0 (0%)	4 (12%)	
IU	3 (4.3%)	1 (2.7%)	2 (6.1%)	

Sem intercorrência	54 (77%)	32 (86%)	22 (67%)
Partos anteriores	< 0.001		
Parto vaginal	47 (67%)	37 (100%)	10 (30%)
Cesária	21 (30%)	0 (0%)	21 (64%)
Induzido	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)
Nunca teve	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)
Amamentação	0.001		
Amamentou	59 (84%)	37 (100%)	22 (67%)
Não amamentou	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (3.0%)
Teve dificuldade de amamentar	10 (14%)	0 (0%)	10 (30%)
Cirurgia ginecológica	< 0.001		
Não	41 (59%)	37 (100%)	4 (12%)
Sim	29 (41%)	0 (0%)	29 (88%)

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

A Tabela 5 mostra as informações relacionadas à menopausa, sintomas e tratamentos nos dois grupos de mulheres.

Tabela 5 - Dados sobre a menopausa

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

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

A Tabela 6 mostra os valores relacionados aos sintomas urinários e sexualidade segundo os questionários validados utilizados, o tipo de incontinência observado e a gravidade dos sintomas entre as mulheres indígenas e não indígenas.

Tabela 6 - Dados relacionados aos questionários FSFI-SF e ICIQ-SF

	Grupo			P-valor
	Geral (n=70)	Indígenas (n=37)	Não indígenas (n=33)	
FSFI-SF	51 ± 18	62 ± 5	39 ± 20	< 0.001
ICIQ-SF	6.5 ± 6.6	5.6 ± 7.0	7.4 ± 6.1	0.196
Gravidade da IU				0.186
Sem IU	31 (43%)	22 (59.5%)	9 (27.3%)	
Leve	4 (5.7%)	0 (0%)	8 (24.2%)	
Moderado	20 (29%)	1 (2.7%)	5 (15.2%)	
Grave	13 (19%)	5 (13.5%)	4 (12.1%)	
Muito Grave	2 (4.3%)	9 (24.3%)	7 (21.2%)	

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

Em relação ao tipo de IU, a que mais apareceu na amostra geral foi a incontinência urinária de esforço, com 41% da amostra.

Discussão

O presente estudo comparou dois grupos de mulheres com mais de 40 anos em relação às disfunções do assoalho pélvico e sexualidade. Foram avaliadas 70 mulheres, de grupos muito distintos, do ponto de vista sociocultural, indígenas e urbanas, da cidade de São Paulo. As indígenas são de origem Kaxinawá, que habitam a fronteira brasileira-peruana na Amazônia ocidental. As aldeias Kaxinawá no Brasil ficam no estado do Acre e se espalham pelos rios Tarauacá, Jordão, Breu, Muru, Envira, Humaitá e Purus. A divisão entre os sexos determina a sociedade Kaxinawá e é a principal marca da vida cotidiana nas aldeias. As atividades sociais são divididas em tarefas para grupos de homens e mulheres. A socialização da criança em relação ao gênero começa cedo, e quando começa a andar, é estimulada a fazer as tarefas relacionadas ao seu gênero. Há vários rituais presentes, em especial um ritual de fertilidade, que acontece várias vezes ao ano e é chamado katxanawá. Esse ritual tem a característica de complementaridade entre homens e mulheres, em que ambos participam com danças, cantos e vestimentas específicas e há conotações sexuais explícitas (Huni Kuim, 2004). Não há, no entanto, pesquisas que tratem especificamente da questão da sexualidade das mulheres Huni Kuim, sendo esse um tema não abordado.

As mulheres urbanas avaliadas nesta pesquisa residem na periferia da zona sul de São Paulo, no bairro Jardim das Flores, pertencente ao Jardim Ângela, que é um distrito da zona sul do município de São Paulo, às margens da Represa de Guarapiranga, uma região da cidade conhecida como M'Boi Mirim. A maioria delas com pouco ou nenhum acesso à educação formal, tendo exercido durante a vida atividades domésticas dentro do próprio lar, ou fora de casa de forma remunerada.

Temos, portanto, nesta pesquisa, grupos de mulheres que, apesar de estarem numa faixa etária semelhante, encontram-se em situação sociocultural muito distinta do ponto de vista do acesso à informação e da própria possibilidade de reflexão e questionamento sobre o tema aqui abordado, a sexualidade.

As disfunções do assoalho pélvico acometem aproximadamente um terço da população feminina adulta ao longo da vida. Dessas, as mais frequentes são incontinência urinária (IU), incontinência fecal (IF) e o prolapso dos órgãos pélvicos (POP). As disfunções sexuais podem ser categorizadas em: disfunções de desejo, excitação, lubrificação, orgasmo ou dor/desconforto durante a penetração sexual (Mcnevin, 2010). Como os sintomas muitas vezes acontecem conjuntamente e são comuns no processo de envelhecimento, é importante que ambos sejam avaliados nas consultas de saúde, para que essas mulheres sejam atendidas na sua globalidade

(Dalpiaz, 2008). As mulheres em processo de envelhecimento possuem fatores de risco que aumentam a prevalência dessas disfunções, como menopausa, gestações, paridade e presença de sobrepeso (Cassiano, 2013).

No Brasil temos poucos estudos epidemiológicos sobre disfunções sexuais e pélvicas em populações indígenas. Uma recente revisão integrativa constatou a escassez de pesquisas brasileiras abordando a temática da saúde de mulheres indígenas, principalmente quando se trata de questões referentes ao ciclo gravídico puerperal, planejamento familiar, e outras, que são relevantes para essa população (Marcolino, 2012).

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

Os grupos foram homogêneos em relação à idade, com média de 55 anos. As indígenas tinham relacionamentos estáveis, com nenhuma sem relacionamento estável fixo, diferente das urbanas, onde havia arranjos relacionais diversos, com estado civil autodenominadas solteiras e divorciadas, sem parceiros. 73% das mulheres indígenas não eram alfabetizadas, sendo que 100% das urbanas tinham algum grau de instrução ($p < 0.001$). A baixa escolaridade no grupo indígena se dá pela tradição cultural que ainda cobra mais da mulher indígena a vida familiar do que escolar ou profissional, sendo difícil para as mulheres nas aldeias terem acesso à escola, como as mulheres que moram em centros urbanos, onde o acesso, mesmo que difícil, é mais presente. A escolaridade envolve o contexto do exercício da análise crítica, da noção da importância do autocuidado. Ao falarmos de Saúde da Mulher, é importante que a Educação em Saúde esteja presente, e quanto mais acesso, mais fácil de se abordar tais assuntos.

Em relação à composição corporal, verificou-se que o índice de massa corporal (IMC) das indígenas foi maior, e que elas apresentam peso e estatura mais baixos do que as urbanas. A baixa estatura se deve, provavelmente, a uma herança genética de povos originários da Amazônia, e o IMC mais elevado pode estar relacionado à mudança de composição corporal relacionada à idade. As mulheres indígenas dessa amostra não faziam nenhuma atividade física formal (100%), enquanto nas urbanas muitas praticavam yoga, caminhada, pilates, entre outros (45%). Essa pode ser uma explicação para a diferença de IMC. Vale ressaltar que a rotina nas atividades do cotidiano da aldeia, como preparação dos alimentos, colheita, manejo dos roçados, lavar roupa e constantes caminhadas, correspondem à principal atividade física das mulheres indígenas, o que não nos permite afirmar que elas sejam sedentárias.

Há também na sociedade uma ideia errônea de que o envelhecimento está associado a uma diminuição ou parada da vida sexual, e que isso seja normal, um conceito naturalizado nos discursos cotidianos. A vivência da sexualidade na velhice traz novas possibilidades de adaptações e reinvenções e, contrariamente, ao que se prega, a sexualidade não desaparece com a idade, apenas se modifica (Oliveira, 2015). A idade não retira a sexualidade das pessoas; a mudança consiste apenas nas alterações quantitativas da resposta sexual (Miranda, 2016). Em relação à orientação sexual, todas as mulheres entrevistadas se autodeterminaram heterossexuais, e a maioria das participantes apresentava vida sexual ativa (63%), sem diferença nas proporções entre indígenas e urbanas. Mesmo sendo ativas, muitas delas relataram queixas. A principal foi diminuição de libido (63%), seguida por falta de lubrificação vaginal (7.1%) e dor na penetração (2.9%). Comparando-se os dois grupos verificou-se que as mulheres indígenas apresentavam mais diminuição de libido (70%) do que as urbanas, mas essa diferença não é estatisticamente significativa. Em relação à função sexual avaliada pelo questionário FSFI-SF, nenhum dos grupos apresentou disfunção, mas o escore das indígenas foi significativamente maior ($p < 0.001$). Os universos feminino e masculino nas aldeias Huni kuin são bem demarcados, os homens ocupam a maioria dos cargos formais de poder (derrubada de madeiras, caça, construção de casas, canoas, elaboração de grandes roçados e transporte), e as mulheres são responsáveis pelos serviços relacionados à casa, ao terreiro, animais domésticos e de criação, horta e roçados, preparação da alimentação, pesca e caça de pequenos animais, criação de filhos e agregados (Martini, 2002). Neste contexto, a resposta desta pesquisa foge de uma presunção de que, para as mulheres da aldeia, a sexualidade

esteja relacionada ao sexo como meio de procriação, dentro de sua função estabelecida culturalmente. Por outro lado, apenas com essa informação não é possível entender a resposta positiva da avaliação da sexualidade, havendo a necessidade de abordagens mais qualitativas para se identificar as reflexões sobre como as mulheres indígenas desta aldeia exercem a sexualidade.

Um aspecto importante que foi questionado pelas pesquisadoras durante a avaliação foi o autoconhecimento da região genital, se elas já haviam se tocado, ou mesmo olhado para suas vulvas e vaginas. Das mulheres indígenas, 97% relataram não ter nenhum conhecimento sobre a região íntima. Não há na literatura estudos sobre educação sexual em indígenas. Nas mulheres urbanas também havia desconhecimento, mas numa porcentagem estatisticamente menor (37%) ($p < 0.001$). Apesar de usarem os seios nus constantemente para favorecer a amamentação, em muitas aldeias a nudez completa ainda é tabu, o que pode favorecer a falta de conhecimento e a dificuldade de abordagem do tema sexualidade. Mesmo diante de tais tabus, e com maior diminuição de libido, as mulheres indígenas apresentaram melhor função sexual geral. Uma hipótese seria a aceitação de um possível “papel” feminino, sem resistência ou maiores expectativas. Nas regiões urbanas existe também o tabu, mas o repertório que as mulheres têm acesso estando expostas a diferentes estímulos pode, de certa forma, facilitar a chegada de informações, ou pelo menos, permitir que essas tenham mais ferramentas para refletirem e questionarem sua sexualidade.

Em relação à história obstétrica, notam-se diferenças significativas entre os grupos, na quantidade de filhos, tipos de partos e amamentação, corroborando a influência das tradições culturais indígenas na assistência à gestante e à puérpera. Em média, as participantes tinham 4 ± 2.6 filhos, sendo as indígenas com maior número de filhos (5,57), comparadas às urbanas (2,24) ($p < 0.001$). Conforme dados do Instituto Nacional do Semiárido (INSA, 2015), o decréscimo da taxa da natalidade das mulheres urbanas pode estar associado a vários fatores, como: urbanização crescente, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação no mercado de trabalho e planejamento familiar. Nenhuma das mulheres indígenas realizou cesárea, assim como nenhuma relatou dificuldades para amamentar. Entre as urbanas, a maioria realizou cesárea (64%) e 30% tiveram dificuldade para amamentar. Em pesquisa recente em relação à paridade nas indígenas, a maioria das mulheres avaliadas eram múltiparas ou grandes múltiparas, sendo que 90,6% dos partos ocorriam na aldeia, de cócoras (Araújo, 2008). O parto na aldeia é feito por parteiras que têm a função de tranquilizar a parturiente e conduzir o parto sem muita interferência, isso reflete o que encontramos nesta pesquisa. Por outro lado, mais da metade do grupo das mulheres urbanas tiveram partos cirúrgicos, apontando para a influência cultural no manejo obstétrico e a força da tradição dos rituais das parteiras nas aldeias. Segundo a OMS (2015), desde 1985 a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seja entre 10% e 15%. Porém, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Quando bem indicadas, podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal, porém, não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres que não necessitam dessa cirurgia traga benefícios. Também é de se destacar a adaptação à amamentação sem dificuldades no grupo indígena, em grande parte pela naturalidade com que a amamentação é vista dentro das aldeias.

Em relação à menopausa, 59% relataram que estavam nessa condição quando foram avaliadas, com maior proporção nas mulheres urbanas. 84% delas apresentavam sintomas, sendo que entre as urbanas, 42% relataram ondas de calor, 12% suores noturnos e somente 15% faziam reposição hormonal. Entre as indígenas, 27% apresentavam ondas de calor e 11% suores noturnos. Interessante que neste grupo, as urbanas referiram ter percebido os sintomas da síndrome do climatério mais cedo (a partir dos 40) e as indígenas a partir dos 50 anos. Não há uma explicação biológica para essa diferença, porém, podemos ressaltar que nas indígenas pode haver uma dificuldade em reconhecer a chegada da síndrome do climatério, com seus sintomas típicos, pois esse tema não é muito falado e elas acabam percebendo que estão em novo ciclo de vida somente com a cessação das menstruações ou das gestações, podendo não se darem conta dos sintomas prévios. A questão da reposição hormonal nem é tratada nas aldeias.

Em relação às disfunções pélvicas, os dados relacionados à IU apresentaram resultados interessantes,

sendo que 43% das mulheres do grupo geral não tinham nenhum tipo de IU. Em mais da metade das indígenas (59,5%) não há perda de urina, mas nas que se queixam (24,3%), as perdas são classificadas como graves. Nas urbanas apenas 27,3% não tinham perdas. Sobre esses dados, uma hipótese seria que o estilo de vida das mulheres indígenas dificulta a identificação de IU, uma vez que não há banheiros delimitados nas aldeias, e a possibilidade de urinar a qualquer hora e em qualquer lugar pode minimizar a percepção da dificuldade de segurar urina. Ao responderem o questionário pode ser que não sabiam identificar a presença de IU, o que acontece somente com aquelas que perdem maior volume de urina.

Na comparação entre os grupos também foi possível identificar diferenças relacionadas ao tipo de IU, sendo que a IUE foi a mais presente nos dois grupos, com pequena presença de incontinência de urgência. Quando se trata das mulheres indígenas, poder urinar em qualquer lugar, quando sentem vontade, pode ser um fator que limita a percepção da urgência. O estudo da Melo (2015), avaliou 275 mulheres indígenas da etnia Kaingáng, quanto à IU, constatando que a manutenção dos hábitos tradicionais de lavar roupa e sentar ocasionam menor incidência de IU, pelo trabalho dos músculos do assoalho pélvico. Araújo (2008) avaliou 377 mulheres indígenas entre 12 e 77 anos, no parque do Xingu, verificando prevalência de apenas 5,8%. O estilo de vida dessas mulheres, como o uso frequente da posição de cócoras pode favorecer o assoalho pélvico. Nas mulheres urbanas, a IUE também foi mais comum, com nenhum caso de IUU reportado, o que difere da literatura, que relata aumento de casos de urgência urinária com o processo de envelhecimento. Uma possível explicação estaria relacionada às características da amostra, com mulheres ativas, sem comorbidades importantes, baixa paridade e peso normal. Uma análise do intervalo miccional e da frequência urinária por meio de diário miccional poderia facilitar esse entendimento em pesquisas futuras.

Conclusão

O estudo avaliou os sintomas de disfunção do assoalho pélvico e de sexualidade nas mulheres brasileiras indígenas Huni Kuin, residentes do município de Jordão no estado do Acre, e mulheres urbanas, residentes na periferia da zona sul de São Paulo, região do M'Boi Mirim, de baixo nível socioeconômico, ambas acima dos 40 anos.

As mulheres indígenas identificaram a chegada da menopausa mais tarde e apresentaram menos queixas em relação aos sintomas da síndrome do climatério.

As mulheres urbanas apresentaram mais queixas de incontinência urinária (IU) quando comparadas às indígenas, houve maior prevalência em ambos os grupos da incontinência urinária de esforço (IUE), sendo a gravidade maior nas mulheres indígenas.

Com relação à sexualidade, a maioria das participantes relataram vida sexual ativa, sendo que as principais queixas sexuais se referiam em ordem decrescente à diminuição da libido, falta de lubrificação vaginal e dispareunia. Com relação à função sexual, as pontuações em ambos os grupos não mostraram disfunção, mas as mulheres indígenas apresentaram melhor função sexual, embora tenham apresentado menor conhecimento da anatomia pélvica.

As alterações típicas do processo de envelhecimento impactam a saúde das mulheres, independente da etnia. Aspectos socioculturais podem interferir na qualidade e forma de apresentação de sintomas e queixas, sendo importante o desenvolvimento de outras pesquisas que explorem esse assunto e a apropriação dos profissionais de saúde que estão envolvidos no acompanhamento da saúde, em especial da mulher indígena, sobre a compreensão do contexto sociocultural e comportamental em que essas mulheres estão inseridas.

Referências

- ARAÚJO, M. P. *Avaliação clínica funcional do assoalho pélvico em mulheres indígenas que residem no parque indígena do xingu*. Mato Grosso, Brasil. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2008.
- AROUCA, M. A. F. et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). *International Urogynecology Journal*, v. 27, p. 106, 2015.
- BACCARO, L. F. et al. Propedêutica mínima no climatério. *Femina*, v. 50, n. 5, p. 263-71, 2022.
- BLESSMANN, E. J. Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Revista do núcleo de estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*, Porto Alegre, v. 6, p. 21-39, 2004.
- BRASIL. Ministério da saúde (br). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa*. Brasília: 2008. Disponível em: Http://Bvsmms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publicacoes/Manual_atencao_mulher_climaterio.Pdf
- CASSIANO, A. et al. Impacto das disfunções do assoalho pélvico na sexualidade feminina. *Acta médica*, v. 34, n. 5, 2013. Disponível em: <Https://Docs.Bvsalud.Org/Biblioref/2018/03/880506/Impacto-Das-Disfuncoes-Do-Assoalho-Pelvico-Na-Sexualidade-Feminina.Pdf>
- DALPIAZ, O. et al. Female sexual dysfunction: a new urogynaecological research field. *BJU international*, v. 101, n. 6, p. 717–721, 2008.
- HENTSCHEL, H. et al. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em português. *Revista HCPA*, v. 27, n. 1, p. 4-10. 2007.
- HOFFMAN, B. L. et al. *Ginecologia de Williams*. 2 ed. Porto Alegre: AMGH: 2014.
- HUNI KUIM (KAXINAWÁ). Povos Indígenas no Brasil, 2004. Disponível em: [Https://Pib.Socioambiental.Org/Pt/Povo:Huni_kuin_\(Kaxinaw%C3%A1\)](Https://Pib.Socioambiental.Org/Pt/Povo:Huni_kuin_(Kaxinaw%C3%A1)). Acesso: 17 out. 2022.
- INSA. *Sinopse do Censo Demográfico para o Semiárido Brasileiro*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação. Brasília: Instituto Nacional do Semiárido, 2015. Disponível em: <http://www.insa.gov.br/censosab/publicacao/sinopse.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.
- KODAMA, M. et al. Feto-maternal outcomes of pregnancy complicated by ovarian malignant germ cell tumor: a systematic review of literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 181, p. 145-56, 2014.
- LANGONI, C. S. et al. Incontinência urinária em idosas de Porto Alegre: sua prevalência e sua relação com a função muscular do assoalho pélvico. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 21, n. 1, p. 74-80, 2014.
- LARA, L. A. S. et al. Abordagem das Disfunções Sexuais Femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. v. 30, n. 6, p. 312-21, 2008.
- LAZARI, I. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma Instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 12, n. 1, p. 103–12. 2009.
- MARCOLINO, D. L. *Saúde das Mulheres Indígenas no Brasil: Uma Revisão Integrativa*. Trabalho de Conclusão de Curso. (Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.
- MARTINI, A. *Relatório de Atividades de Campo do Projeto Maria Esperança: Oficinas de Planejamento Familiar na Reserva Extrativista do Alto Juruá*. Campinas, p. 1-13, mimeo, 2002.

MCNEVIN, M. S. Overview Of Pelvic Floor Disorders. *Surgical clinics of north America*, v. 90, p. 195-205, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.suc.2009.10.003>

MIRANDA, G. M. D. et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MORAES, K. M. et al. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, v. 14, n. 4, p. 787-798, 2011.

OLIVEIRA, L. B. et al. Sexualidade e envelhecimento: avaliação do perfil sexual de idosos não institucionalizados. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, v. 13, n. 2, p. 42-50. 2015.

OMS. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. *Declaração da OMS sobre taxas de Cesáreas*. 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>. Acesso em: 09 out. 2022.

OMS. *Saúde sexual, direitos humanos e a lei*. Tradução realizada por projeto interinstitucional entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Paraná. Porto Alegre: UFRGS, 2020.

PAIVA, E. A diversidade sexual entre povos indígenas do Brasil. *Tellus*, [S. l.], n. 42, p. 363–367, 2020. Disponível em: <https://www.tellus.ucdb.br/tellus/article/view/670>. Acesso em: 26 mar. 2023.

SABOIA, D. M. et al. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 51, p. 1-8, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016032603266>

SCHULZE, J. *Ressignificando perdas: A ginástica feminina na perspectiva da mulher em processo de envelhecimento*. 2018. Teses e Dissertações (Programas de Pós-Graduação da PUC-SP Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2018. Disponível em: <https://Tede2.Pucsp.Br/Bitstream/Handle/21744/2/Juliana%20schulze%20burti.Pdf>

SILVA, M. P. P.; MARQUES, A. A., AMARAL, M. T. *Tratado de fisioterapia em saúde da mulher*. 2 ed. Rio de Janeiro: Roca, 2018.

TAMANINI, J. T. N. et al. Validação para o português do "international consultation on incontinence questionnaire short form" (ICIQ-SF). *Revista de saúde pública*, v. 38, p. 438–44. 2004.

Recebido em: 03/08/2023

Aprovado em: 14/11/2023