v7.n4.2026

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

ANÁLISE DA FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES RIBEIRINHAS E QUILOMBOLAS NA COMUNIDADE DE ITACOÃZINHO

ANALYSIS OF SEXUAL FUNCTION IN RIVERINE AND QUILOMBOLA WOMEN IN THE ITACOÃZINHO COMMUNITY

ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE MUJERES RIBEREÑAS Y QUILOMBOLAS DE LA COMUNIDAD ITACOÃZINHO

Alanys Válery Teixeira Coelho[1], Klicia Rafaela Amaral Parente[2], Eloana Gomes da Silva[3], Wanessa Karina de Farias Rodrigues[4], Susanne Cristine Brito e Silva[5], Mayra Hermínia Simões Hamad Farias do Couto[6], Iranete Corpes Oliveira França[7]

e747690
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i4.7690

PUBLICADO: 04/2026

RESUMO

Apesar dos avanços conquistados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que sugere a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, ainda é observada uma assistência deficitária, quando se trata de populações ribeirinhas. As mulheres ribeirinhas, além de vivenciarem todas as fases determinadas por diversas mudanças hormonais, físicas, psicológicas e sociais, também enfrentam barreiras de acesso à atenção em saúde, possuindo carência de atendimento básico, local adequado para atendimento e principalmente falta de promoção da saúde. Dessa forma, o estudo busca analisar a função sexual de mulheres ribeirinhas e quilombolas na comunidade de Itacoãzinho. Trata-se de um estudo transversal, exploratório de análise quantitativa, no qual participaram 25 mulheres ribeirinhas e quilombolas com idades entre 18 e 55 anos. As participantes foram avaliadas através de dois questionários, o socioeconômico, e o questionário *Female Sexual Function Index* (FSFI). Foi utilizada estatística descritiva para avaliar a associação entre as variáveis. A média total do FSFI foi de 26,6, durante análise dos escores dos domínios do FSFI, o desejo, a excitação e a dor foram os domínios mais comprometidos, 36% das participantes apresentaram índice menor que a média geral do FSFI, indicando possibilidade de disfunção sexual. Apesar disso, foi evidenciado que a média total do FSFI foi maior que a do escore de corte, indicando que a maioria das mulheres ribeirinhas e quilombolas na comunidade Itacoãzinho apresentam melhor função sexual.

[1] Fisioterapeuta; Graduada pela Universidade da Amazônia (UNAMA); Pós-graduada em Fisioterapia Pélvica Funcional pela Faculdade Inspirar; Pós-graduada em Fisioterapia Dermatofuncional e Cosmetologia pela Faculdade Inspirar; Belém, Pará, Brasil.
[2] Fisioterapeuta; Graduada pela Universidade da Amazônia (UNAMA); Pós-graduada em Fisioterapia Dermatofuncional e Cosmetologia pela Faculdade Inspirar; Pós-graduanda em Terapia Intensiva pela Faculdade Inspirar, Belém, Pará, Brasil.
[3] Fisioterapeuta; Graduada pela Universidade da Amazônia (UNAMA); Pós-graduada em Fisioterapia Cardiorrespiratória em UTI e Enfermaria pelo Centro Universitário do Pará (CESUPA), Belém, Pará, Brasil.
[4] Graduanda em Fisioterapia; Universidade do Estado do Pará (UEPA), Tucuruí, Pará, Brasil.
[5] Fisioterapeuta; Graduada pela Universidade do Estado do Pará; Especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher pelo COFFITO; Mestre em Teoria e Pesquisa do Comportamento; Docente (UEPA) - Tucuruí, Pará, Brasil.
[6] Fisioterapeuta; Graduada pela Universidade da Amazônia (UNAMA); Doutora em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido no Núcleo de Altos Estudos da Amazônia (NAEA) e mestre em Neurociências e Biologia Celular pela Universidade Federal do Pará (UFPA); Belém, Pará, Brasil.
[7] Fisioterapeuta; Graduada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente Urbano pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Docente do Centro Universitário Fibra, Belém, Pará Brasil.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

PALAVRAS-CHAVE: Função sexual. Saúde sexual. Mulheres ribeirinhas.

ABSTRACT

Despite the advances achieved by the National Policy for Comprehensive Women's Health Care, which suggests comprehensiveness and health promotion as guiding principles, deficient assistance is still observed when it comes to riverine populations. Riverine women, in addition to experiencing all the phases determined by various hormonal, physical, psychological, and social changes, also face barriers to accessing health care, lacking basic services, adequate places for care, and especially health promotion. Therefore, this study seeks to analyze the sexual function in riverine and quilombola women in the community of Itacoãzinho. This is a cross-sectional, exploratory study with quantitative analysis, in which 25 riverine and quilombola women aged between 18 and 55 years participated. Participants were evaluated using two questionnaires: a socioeconomic questionnaire and the Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire. Descriptive statistics were used to assess the association between the variables. The overall mean FSFI score was 26.6. Analyzing FSFI domain scores, desire, arousal, and pain were the most compromised domains; 36% of the participants presented a score lower than the overall mean FSFI score, indicating the possibility of sexual dysfunction. Despite this, it was shown that the overall average FSFI score was higher than the cutoff score, indicating that most riverine and quilombola women in the Itacoãzinho community have better sexual function.

KEYWORDS: *Sexual function. Sexual health. Riverine women.*

RESUMEN

A pesar de los avances logrados por la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer, que sugiere la integralidad y la promoción de la salud como principios orientadores, todavía se observa una asistencia deficiente en poblaciones ribereñas. Las mujeres ribereñas, además de vivir las etapas determinadas por diversos cambios hormonales, físicos, psicológicos y sociales, también enfrentan barreras de acceso a atención en salud, teniendo carencia de atención básica, lugar adecuado para la atención y principalmente falta de promoción de la salud. De esta manera, el estudio busca analizar la función sexual de mujeres ribereñas y quilombolas en la comunidad de Itacoãzinho. Se trata de un estudio transversal, exploratorio de análisis cuantitativo, en el cual participaron 25 mujeres ribereñas y quilombolas con edades entre 18 y 55 años. Las participantes fueron evaluadas a través de dos cuestionarios, el socioeconómico y el Female Sexual Function Index (FSFI). Se utilizó estadística descriptiva para evaluar la asociación entre variables. El promedio total del FSFI fue de 26,6 durante el análisis de los puntajes de los dominios del FSFI, el deseo, la excitación y el dolor fueron los dominios más afectados. El 36% de las participantes presentó un índice menor que el promedio general del FSFI, lo que indica posibilidad de disfunción sexual. A pesar de ello, se evidenció que el promedio total del FSFI fue mayor que el del puntaje de corte, indicando que la mayoría de las mujeres ribereñas y quilombolas en la comunidad Itacoãzinho presentan mejor función sexual.

PALABRAS CLAVE: *Función sexual. Salud sexual. Mujeres ribereñas*

1. INTRODUÇÃO

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

O termo população ribeirinha ou comunidades tradicionais designa povos que residem nas proximidades dos rios da Amazônia brasileira, geralmente em casas de palafitas. O cotidiano às margens dos rios, marcado pelas cheias e vazantes, impõe limitações de ordem multidimensional, caracterizando como principal atividade de subsistência a pesca artesanal, o cultivo de pequenos roçados para consumo próprio e práticas de extrativismo[1].

No campo e na floresta, persistem limitações no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, além de deficiência no saneamento ambiental. A dispersão física da população, somada a problemas socioeconômicos, à insuficiência de políticas públicas e à escassez de recursos destinados a essas comunidades, consolida um grave quadro de carências característico da área rural do país[2]. Esse cenário resulta em limitações no acesso à atenção primária[3].

As especificidades geográficas mencionadas influenciam diretamente os cuidados de saúde, concentrados sobretudo nas áreas urbanas. Nas comunidades ribeirinhas, a atuação dos profissionais ocorre de forma esporádica. A dificuldade de deslocamento até os centros urbanos, agravada por limitações financeiras, pela distância e pelas condições de transporte, compromete significativamente o acesso das mulheres ao cuidado em saúde[1]. Nesse contexto, a integridade física dessas mulheres permanece vulnerável, em razão das condições de vida que restringem a utilização de serviços essenciais[4].

De forma geral, as mulheres, desde a infância até a terceira idade, vivenciam marcos concretos e definitivos que sinalizam diferentes fases ou passagens de suas vidas[5]. Fases determinadas por diversas mudanças hormonais, físicas, psicológicas e sociais, acarretando diferenças fisiológicas e biológicas do funcionamento do corpo feminino. Aquelas que vivem em comunidades ribeirinhas, além de atravessarem todas essas fases, enfrentam carência de atendimento básico, ausência de locais adequados para cuidados e, sobretudo, falta de ações de promoção da saúde[6]. Além disso, evidências apontam que a violência de gênero se manifesta de forma intensa nesses territórios, agravada pela ausência de políticas públicas efetivas[4].

Assim, quando se fala sobre a saúde sexual e reprodutiva feminina, é impossível deixar de pontuar que as mulheres não são iguais entre si e que nem todas têm acesso a políticas públicas de saúde, uma vez que são marcadas pela classe social, etnia, localização e demais marcadores sociais segundo o contexto em que estão inseridas[7].

À vista disso, a saúde sexual feminina é definida como a habilidade da mulher desfrutar e expressar sua sexualidade, de forma positiva, informada e segura, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e coerção[8,9]. Fatos estes, se relacionam com a resposta sexual, pois ela tem uma base biológica essencial, como a oscilação hormonal e a

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

presença de doenças crônicas[10], embora, em geral, seja vivenciada em um contexto envolvendo aspectos fisiológicos, psicológicos, culturais, religiosos e sociais[11].

Nesse contexto, a resposta sexual divide-se em quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. O desejo é uma sensação de vontade de ter relação sexual que gera bem-estar físico e mental em relação ao sexo. A fase de desejo consiste em fantasias e desejo em relação à atividade sexual. A excitação fundamenta-se em uma sensação subjetiva de prazer e acompanha modificações fisiológicas. O orgasmo é descrito como o pico de prazer sexual, seguido da libertação da tensão sexual e da contração rítmica da musculatura do períneo e dos órgãos reprodutores. Já a resolução é definida em uma sensação generalizada de relaxamento muscular e bem-estar[12].

O transtorno em qualquer uma das fases da resposta sexual pode ocasionar o surgimento de Disfunções Sexuais (DS), que segundo a Associação Americana de Psiquiatria são um grupo de transtornos heterogêneos que por meio de uma perturbação clínica, altera a resposta sexual e/ou a capacidade de atingir o prazer sexual[13,14].

Dessa forma, esta pesquisa busca expandir os estudos sobre comunidades tradicionais, dando visibilidade e incentivando investigações voltadas à saúde de mulheres ribeirinhas e quilombolas. Apesar da relevância do tema, observa-se escassez de trabalhos na literatura que abordem alterações sexuais vivenciadas pelo público feminino[15], especialmente em comunidades tradicionais. Assim, a presente pesquisa foi realizada com o objetivo de analisar a função sexual de mulheres ribeirinhas e quilombolas da comunidade de Itacoãzinho, município de Acará/PA.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Disfunção sexual e políticas públicas

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10)[16], entende-se por DS os diferentes modos pelos quais uma pessoa não consegue vivenciar a atividade sexual da forma desejada. Está relacionada à ausência de interesse, à redução ou falta de prazer e a alterações nas respostas fisiológicas envolvidas no ato sexual.

Nesse contexto, as DS femininas resultam de um conjunto de fatores interligados, que abrangem aspectos corporais, emocionais e sociais, podendo ocorrer de maneira transitória ou persistente[17]. Entretanto, ainda que a sexualidade feminina constitua elemento essencial para o bem-estar e para a qualidade de vida, permanece negligenciada. As mulheres ribeirinhas, contudo, têm o direito de viver plenamente, de expressar seus desejos, de recusar e de decidir sobre seus corpos e suas vidas[3].

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Dessa forma, embora haja reconhecimento da importância da sexualidade feminina e da necessidade de políticas inclusivas, observa-se que a literatura e as práticas institucionais ainda não confrontam as desigualdades estruturais e nem questionam os modelos de atenção à saúde que invisibilizam as especificidades das mulheres ribeirinhas. Sem essa problematização, corre-se o risco de perpetuar discursos normativos que reafirmam a negligência já existente, sem oferecer a visibilidade necessária a esse povo. Nessa direção, Mota e Ferreira[3] afirmam que o direito das ribeirinhas só será efetivamente garantido quando as políticas públicas deixarem de ser formuladas para elas e passarem a ser construídas junto com elas, valorizando suas vozes, seus saberes e seus territórios.

2.2. Fases da resposta sexual feminina

O êxito da resposta sexual feminina depende de uma sequência de processos que ocorrem[18]. Podendo ser explicados a partir da união dos modelos de Masters e Johnson[19], que descrevem fases fisiológicas da resposta sexual, e de Kaplan[20], que acrescenta a dimensão do desejo, estabelecendo parâmetros para compreender e diagnosticar os transtornos da sexualidade. Reconhecendo que a resposta sexual saudável é composta por quatro etapas interligadas: desejo, excitação, orgasmo e resolução.

A fase inicial do desejo feminino se desenvolve pela influência direta da conexão emocional. A proximidade afetiva constitui um elemento fundamental para a resposta sexual da mulher, pois sustenta o envolvimento íntimo ativo. Por isso, o comprometimento, o afeto, a tolerância e a cumplicidade fortalecem a ligação emocional entre os parceiros, favorecendo a excitação e despertando o interesse sexual. Além disso, a segurança emocional e a confiança mútua criam um ambiente propício para que a mulher se entregue plenamente à experiência íntima. Quando há respeito, diálogo e valorização das necessidades individuais, a resposta sexual se torna mais intensa e satisfatória. Assim, a sexualidade feminina não se limita apenas ao aspecto físico, mas é profundamente influenciada pela qualidade da relação afetiva e pela construção de vínculos sólidos entre os parceiros[18, 21].

A fase de excitação corresponde a um estágio essencial da resposta sexual feminina, caracterizada por alterações fisiológicas que preparam o organismo para a atividade íntima. Esse processo é desencadeado pelo despertar do desejo e envolve uma resposta corporal abrangente, incluindo aumento do tônus muscular, que acontece pela ativação do sistema nervoso, que intensifica contrações involuntárias em diferentes regiões. A vasocongestão, por sua vez, resulta da dilatação dos vasos sanguíneos, promovendo maior fluxo de sangue para os genitais e para a pele, o que aumenta a sensibilidade[18, 20].

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Esse processo também estimula a produção de lubrificação vaginal, facilitando a relação sexual. Tais modificações não apenas favorecem a prontidão física, mas também intensificam o envolvimento emocional, estabelecendo a base para a continuidade da experiência sexual. Complementarmente, esse estágio desempenha papel crucial na integração entre corpo e mente, pois a excitação não se limita às manifestações fisiológicas, mas também reflete o impacto de fatores psicológicos e relacionais[18, 20].

Consoante a isso, estudos analisados[11] observaram que, entre mulheres com função sexual preservada, o domínio da lubrificação foi o mais expressivo, seguido por satisfação e excitação. A ausência desses fenômenos, por sua vez, mostrou-se associada ao risco de desenvolvimento de DS, pois compromete a produção adequada de secreção e dificulta a continuidade da resposta sexual, gerando sofrimento para a mulher[22].

Na fase orgástica, a resposta sexual feminina atinge seu ápice, caracterizando-se por contrações involuntárias da musculatura do assoalho pélvico, desencadeadas principalmente pela estimulação do clitóris e pela integração de estímulos sensoriais e motores. Esse momento representa a culminância da excitação, em que há intensa liberação de tensão acumulada e sensação de prazer generalizada[18].

Logo em seguida, instala-se a fase de resolução, marcada por um estado de relaxamento profundo e sensação de bem-estar. Nessa etapa, o organismo retorna gradualmente ao equilíbrio fisiológico, com diminuição de aspectos como o tônus muscular do assoalho pélvico. Além de elementos físicos, a resolução também favorece uma experiência emocional positiva, reforçando o vínculo afetivo entre os parceiros e consolidando a vivência íntima como um processo que integra corpo e mente[18].

Diante do exposto, fatores como o papel essencial do assoalho pélvico na função sexual feminina podem ser analisados. Alterações como fraqueza ou falta de coordenação dessa musculatura podem gerar disfunções sexuais, resultando em falha no alcance do orgasmo e até mesmo em episódios de incontinência urinária durante a relação[18]. Além disso, a resposta sensorial desempenha papel fundamental para o prazer, e disfunções podem comprometer a estimulação adequada das regiões de prazer e do clitóris, estrutura essencial para a resposta sexual, como afirma Ferreira[18].

Entretanto, não apenas os aspectos fisiológicos determinam a qualidade da experiência sexual. Fatores emocionais como ansiedade, estresse, baixa autoestima e dificuldades nos relacionamentos influenciam diretamente a resposta sexual feminina, podendo intensificar ou atenuar os efeitos das alterações físicas. Essa falta de equilíbrio pode afetar desde a fase inicial do desejo, assim como afirma Ferreira e Basson[18, 21], prejudicando a função sexual como um todo.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Por isso, a ausência de integração entre corpo e mente compromete o ciclo da resposta sexual, reforçando a necessidade de uma abordagem que considere simultaneamente dimensões corporais, sensoriais e emocionais.

2.3. Fatores associados à disfunção sexual

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)[23], diversos fatores podem estar associados ao desenvolvimento de disfunções sexuais. Entre eles, destaca-se a dispareunia, caracterizada pela dor durante o ato sexual, que pode ocorrer tanto no início quanto durante a penetração vaginal. Essa condição pode ser desencadeada por múltiplos aspectos, incluindo alterações fisiológicas, fatores emocionais como ansiedade, estresse, trauma e questões relacionais que afetam a intimidade do casal. A dor persistente compromete não apenas a resposta sexual, mas também a autoestima e a qualidade de vida da mulher, evidenciando a necessidade de uma abordagem integral.

Todavia, além das disfunções sexuais diretamente relacionadas ao ato, outros fatores fisiológicos próprios da trajetória feminina também influenciam a função sexual. Sinais corporais assumem papel de destaque, como a primeira menstruação e a ruptura do hímen[5], que marcam o início da vida reprodutiva e podem ser acompanhados de significados culturais e emocionais diversos. Da mesma forma, eventos como a gestação, parto, puerpério e menopausa[24] representam marcos fisiológicos que alteram o corpo e a resposta sexual, exigindo adaptações físicas e emocionais.

Dessa forma, devido às mudanças físicas e psicológicas, o puerpério apresenta forte associação com DS. Entre os aspectos fisiológicos, destacam-se lesões no assoalho pélvico decorrentes do parto, da gestação e alterações hormonais da amamentação. Já no âmbito psicossocial, fatores como autoimagem negativa, cansaço extremo, depressão pós-parto e conflitos conjugais contribuem para o comprometimento da função sexual feminina[24].

Atrelado a isso, embora não tenha sido identificada diferença estatística significativa entre situação conjugal e disfunção sexual, verificou-se que a maioria das mulheres afetadas (81,8%) possuía companheiro. Esse dado sugere que os conflitos conjugais e a rotina familiar compõem a complexidade multifatorial do problema, reforçando que a saúde sexual não pode ser analisada apenas sob a ótica individual, mas também relacional[15].

Essa perspectiva relacional também se conecta às transformações que ocorrem em fases posteriores da vida da mulher. Entre os 40 e 65 anos, o climatério, que culmina na menopausa, configura uma fase de transição marcada por alterações hormonais e fisiológicas. Nesse

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

período, o enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico e as mudanças urogenitais tornam-se frequentes, podendo resultar em incontinência urinária e DS. Trata-se, portanto, de um processo em que o declínio hormonal atua como fator central, desencadeando repercussões significativas na saúde e na qualidade de vida da mulher[25].

Ademais, tais repercussões não ocorrem isoladamente: condições de saúde, trabalho e lazer são ainda mais comprometidas em mulheres de baixa renda[26]. Associado a isso, os desafios enfrentados pela população ribeirinha vão desde a dificuldade de acesso até a precariedade dos recursos disponíveis, refletindo diretamente na qualidade da assistência à saúde, fortemente influenciada pelo meio geográfico em que vivem[27].

Essa intersecção entre fatores fisiológicos, emocionais, sociais e territoriais evidencia a complexidade da saúde sexual feminina e abre espaço para discutir como os marcos fisiológicos da menstruação, gestação, pós-parto e menopausa se articulam com desigualdades estruturais e contextuais. Esses momentos, quando somados às pressões sociais e às condições de saúde, ampliam a complexidade da vivência sexual feminina, incluindo manifestações como a dispareunia, as alterações do puerpério e os desafios do climatério, além da limitação de oportunidades de lazer. Tudo isso reforça a necessidade de políticas públicas e práticas clínicas que reconheçam tais especificidades.

3. MÉTODOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Campinense de Ensino Superior LTDA-ICES da Universidade da Amazônia-UNAMA (parecer nº 4593.680). Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório e análise quantitativa, realizado através da aplicação de dois questionários: um de caráter socioeconômico, elaborado pelas pesquisadoras e outro voltado às variáveis mais específicas da investigação, o Female Sexual Function Index (FSFI), validado por Hentschel[28], sendo aplicada a versão adaptada ao português por Pacagnella[29].

A coleta de dados foi realizada com 28 mulheres, sendo necessária a exclusão de três participantes da pesquisa, pois não se enquadravam nos critérios de idade. Desse modo, a amostra final foi composta por 25 mulheres na faixa etária de 18 a 55 anos, sexualmente ativas, residentes na comunidade ribeirinha de Itacoãzinho, localizada no município do Acará/PA. Os critérios de inclusão foram: mulheres na faixa etária de 18 a 55 anos e residentes da comunidade ribeirinha. Foram excluídas do estudo mulheres que não possuíam vida sexual ativa, que não assinaram o termo de consentimento livre esclarecido e mulheres analfabetas e/ou com alterações cognitivas.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Ressalta-se que, por se tratar de um grupo específico e numericamente reduzido, os resultados refletem a realidade local e devem ser interpretados considerando esse contexto. A amostra, composta por 25 mulheres residentes em uma comunidade ribeirinha, oferece um recorte importante para compreender a vivência sexual nesse território, ainda que sua representatividade esteja condicionada às características particulares do grupo estudado.

A seleção das participantes foi realizada através da divulgação conduzida pelo líder comunitário local, na comunidade de Itacoãzinho. A coleta dos dados foi desenvolvida em uma sala reservada no Centro Comunitário Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, nos dias 28 de setembro e 12 de outubro de 2021. Inicialmente, a abordagem das pesquisadoras com as participantes aconteceu através de uma conversa de forma individualizada, onde foram utilizados folders explicativos, para familiarizar essa população com o tema da pesquisa, visto que a comunidade possui uma baixa escolaridade.

Desse modo, iniciou-se a coleta com o questionário socioeconômico, contendo perguntas sobre idade, raça, ocupação, tipo de parto, número de filhos, grau de instrução e renda. Em seguida, foi aplicado o questionário FSFI que possui dezenove questões que avaliam a função sexual nas últimas quatro semanas e apresentam escores em cada componente. Para cada questão foi utilizado um padrão de resposta. As opções de respostas receberam pontuação entre zero e cinco de forma crescente. Apenas nas questões sobre dor a pontuação foi definida de forma invertida. Deve-se notar que, se o escore de algum domínio for igual à zero, significa que não foi referido pela entrevistada relação sexual nas últimas quatro semanas. Ao final é apresentado um escore total, resultado da soma dos escores de cada domínio multiplicada por um fator que homogeneíza a influência de cada domínio no escore total conforme a tabela 1 abaixo.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Tabela 1: Escores dos domínios do FSFI

Domínio	Questão	Variação do Escore	Fator	Escore Mínimo	Escore Máximo
Desejo	1,2	1 - 5	0, 6	1, 2	6, 0
Excitação	3, 4, 5,6	0 – 5	0, 3	0	6, 0
Lubrificação	7, 8, 9,10	0 – 5	0, 3	0	6, 0
Orgasmo	11, 12,13	1 – 5	0, 4	0	6, 0
Satisfação	14, 15,16	0 (ou 1) – 5*	0, 4	0, 8	6, 0
Dor	17, 18,19	0 – 5	0, 4	0	6, 0
Escore Total				2, 0	36

*Variação para o item 14 = 0–5; variação para os itens 15 e 16 = 1–5

Fonte: Elaboração do Autor, ano 2021.

Assim, para chegar ao escore total foi realizada a soma dos valores das questões, essa soma foi multiplicada pelo fator de correção e, então, os valores de cada domínio foram somados originando um escore final. Os escores finais podem variar de 2 a 36. Escores mais altos indicam um grau melhor de função sexual[30,31]. Para a análise de dados foi utilizada a estatística descritiva e adotado o programa Excel 2021 para tabulação dos dados, confecção das tabelas, obtenção da frequência das respostas das entrevistadas, das médias e do desvio padrão.

Optou-se por realizar apenas análise descritiva dos dados, uma vez que o objetivo central do estudo foi compreender a realidade específica da comunidade ribeirinha investigada, por isso, considerando o tamanho reduzido da amostra e a natureza exploratória da pesquisa, a aplicação de testes inferenciais não se mostrou necessário. Dessa forma, a abordagem analítica

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

adotada permite destacar tendências e padrões relevantes, sem extrapolar conclusões além do contexto estudado.

4. RESULTADOS

Foram avaliadas 25 mulheres, com idade entre 18 e 55 anos. Dentre elas, 54% se declararam negras e outras 42% pardas. O maior índice referente ao grau de escolaridade foi de 40% para ensino fundamental incompleto. Além disso, constatou-se que 72% apresentam renda mensal inferior a um salário-mínimo e 44% possuem três ou mais filhos. Na Tabela 2 são apresentados os dados socioeconômicos das participantes e na Tabela 3 as informações ginecológicas e obstétricas.

Tabela 2. Descrição dos Dados Socioeconômicos

• **Idade:** (N= 25)	• M= 34,16 anos (DP= 9,16) • Idade mínima 18 anos e máxima 55 anos.
• **Raça:** (N= 25)	• 54% Negras; • 42% Pardas; • 4% indígenas.
• **Estado Civil:** (N= 25)	• 44% Solteiras; • 40% Em união estável; • 16 % Casadas.
• **Grau de Escolaridade:** (N= 25)	• 40 % Ensino fundamental incompleto; • 12% Ensino fundamental completo; • 16% Ensino médio incompleto; • 8% Ensino médio completo; • 24% Ensino superior incompleto.
• **Renda:** (N= 25)	• 72% Menor que um salário-mínimo; • 16% De um a menos de dois salários-mínimos; • 4% De dois a menos de três salários-mínimos;

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

	• 4% De 3 a menos de 4 salários-mínimos; • 4% Não possuem renda.
• **Ocupação:** (N= 25)	• 72% Donas do lar; • 24% Estudantes; • 4% Outras ocupações.

Fonte: Elaboração do Autor, ano 2021.

Tabela 3. Dados Ginecológicos e Obstétricos

• **Filhos:** (N=25)	• 92% Sim; • 8% Não
• **Número de Filhos:** (N= 23)	• 48% Três ou mais filhos; • 26% Dois filhos; • 26% Um filho.
• **Tipo de Parto:** (N= 23)	• 65% Parto Cesáreo; • 35% Parto Vaginal;
• **Local do Parto:** (N= 23)	• 100% Parto hospitalar.
• **Perda de urina durante ou após gestação:** (N= 23)	• 76 % Sim; • 24% Não;
• **Uso de Contraceptivo:** (N= 25)	• 68% Sim; • 32% Não.

Fonte: Elaboração do Autor, ano 2021.

A média total do FSFI foi de 26,6 (N= 25, DP= 5,36), sendo que 36% das participantes apresentaram índice menor que 26,6 indicando a possibilidade de apresentar disfunção sexual. A média de cada domínio da função sexual está apresentada na tabela 4 abaixo.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Tabela 4. Média dos Domínios da Função Sexual

Domínio	Média	Desvio Padrão
Desejo	3,6	1,02
Excitação	4,2	0,10
Lubrificação	4,4	1,43
Orgasmo	4,4	1,28
Satisfação	5,0	1,17
Dor	4,3	1,40

Fonte: Elaboração do Autor, ano 2021.

5. DISCUSSÕES

Dados da pesquisa revelam que 64% das mulheres obtiveram o somatório maior que 26,55 indicando uma melhor função sexual. Em contraste, o estudo conduzido por Schiave[32], ao investigar a função sexual de mulheres indígenas na região amazônica, identificou disfunção sexual em 77,9% das participantes. Essa discrepância pode ser atribuída à influência mais marcante de fatores culturais, práticas cotidianas e crenças, que moldam tanto a percepção quanto a vivência da sexualidade[33]. Nesse processo, a interseccionalidade desempenha um papel relevante, já que gênero, raça, classe social e idade se entrelaçam e produzem experiências distintas, intensificando desigualdades e afetando de maneira diferenciada a saúde sexual. Apesar disso, tanto no presente estudo quanto no de Schiave[32], observa-se que o desejo desponta como o domínio mais comprometido.

Vale ressaltar que dados desse estudo indicam a possibilidade de melhor função sexual em boa parte dessa população, dentre os domínios do FSFI, o domínio desejo, a excitação e a dor obtiveram a menor média. Desse modo, os dados encontrados na presente pesquisa corroboram com os estudos epidemiológicos realizados nos EUA, Suécia e Reino Unido, onde concluíram que cerca de 40% das mulheres em idade reprodutiva apresentam queixas sexuais significativas, sendo: 33% delas com déficit no desejo sexual, 24% com anorgasmia, 19% com dificuldade de excitação e lubrificação, 15% com dispareunia e 9% com outras queixas[34,35].

O domínio do FSFI que apresentou melhor escore foi o de satisfação sexual, resultado similar com os estudos em mulheres de diferentes grupos, como o de Duarte[36], que investigou a

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

função muscular do assoalho pélvico e a função sexual em mulheres entre 25 e 60 anos após tratamento de câncer de colo do útero. A análise pelo FSFI evidenciou comprometimento da função sexual na maioria das participantes, contudo, o domínio menos afetado foi o da satisfação sexual. Essa realidade se alinha também com o estudo de Schiave[32], reforçando que a satisfação sexual feminina está relacionada a múltiplos fatores e, explicando que mesmo aquelas que não manifestaram problemas em outros domínios avaliados na pesquisa, apresentaram dificuldades em atingir o orgasmo.

Além disso, outro estudo sobre função sexual envolvendo 522 universitárias entre 18 e 25 anos, dividindo-as em grupo A (que não apresentaram disfunção) e grupo P (que apresentaram disfunção), observou que dos domínios do FSFI, o que apresentou a menor pontuação no geral, foi o domínio do desejo sexual. Porém, notou-se que o domínio com a menor pontuação para o grupo P foi o domínio do orgasmo, ainda que as participantes tenham relatado satisfação sexual mediana[37]. Esses dados podem estar relacionados ao vínculo afetivo. Nesse sentido, Scott[38] aponta que, para as mulheres, a satisfação sexual está fortemente associada ao contexto emocional e à qualidade dos encontros sexuais, enquanto, para os homens, a frequência da atividade sexual tende a ser mais valorizada. Nesse cenário, fatores psicossociais e a saúde mental influenciam diretamente domínios como desejo e excitação, reforçando a necessidade de um cuidado integral que contemple apoio psicológico e emocional na função sexual feminina.

Em relação aos dados socioeconômicos, observou-se que 54% das entrevistadas se consideram negras e 42% pardas, este fato ocorre devido a história da comunidade de Itacoãzinho, visto que, na época da escravidão, negros africanos foram comprados pelos senhores de engenho das capitanias do Grão Pará para que trabalhassem na região onde hoje é o Acará. Tendo em vista a história da comunidade, consta nos registros que após a abolição da escravatura, 65 famílias de descendentes de escravos continuaram morando nessas terras. Dessa forma, corroborando com a alta taxa de entrevistadas que se declaram negras ou pardas[39].

Ademais, considerando que os sujeitos são constituídos por experiências situadas em contextos específicos e atravessados por múltiplas relações, é fundamental reconhecer que ser mulher, negra e trabalhadora implica reunir três marcadores sociais resultantes de construções socioculturais, definidas tanto nas dinâmicas internas do grupo quanto nas estruturas mais amplas da sociedade brasileira[7]. Nesse sentido, essas mulheres encontram-se em posição de maior vulnerabilidade, corroborando o estudo de Calado[15], que evidencia que 77,3% das mulheres que apresentaram DS são pretas ou pardas.

Além disso, no que tange à sexualidade, é preciso não qualificar o conceito “mulher negra” apenas dentro do âmbito cisgênero. A sexualidade das mulheres negras é diversa, assim

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

como a das mulheres não negras. E isso também está vinculado à tradição, uma vez que os discursos produzidos por diferentes mulheres negras circulam por distintas localidades e, nesse processo, são ressignificados e reapropriados[40].

Cumpre destacar ainda que a comunidade ribeirinha e quilombola de Itacoãzinho possui poucos recursos e é uma região de difícil acesso à capital do estado do Pará (Belém). O grau de escolaridade é baixo e, na pesquisa realizada apenas 8% das entrevistadas chegaram a concluir o ensino médio, enquanto 40% relataram não ter concluído o ensino fundamental. Além disso, o acesso à atenção primária em territórios remotos permanece um desafio, marcado por barreiras geográficas e pela escassez de profissionais especializados. Esses dados somam-se aos estudos de Gonçalves[41], que apontam que menores níveis de escolaridade e maior vulnerabilidade social estão associados a uma maior incidência de DS, pois esses fatores influenciam tanto o acesso a serviços de saúde quanto a construção de conhecimentos sobre o corpo e a sexualidade.

Desse modo, torna-se urgente e necessário implementar ações pedagógicas que ofereçam suporte intelectual e social à comunidade, com o objetivo de despertar o interesse acerca de seus direitos. Tais iniciativas podem contribuir para que os sujeitos rompam com o medo por meio de práticas educativas, possibilitando a construção de currículos estruturados e direcionados às populações tradicionais, com especial atenção à clientela idosa que permanece à mercê da espera[42]. Nesse contexto, é importante fortalecer políticas públicas voltadas às comunidades ribeirinhas e quilombolas, assegurando acesso à atenção primária, qualificação dos serviços de saúde e promoção da equidade, reduzindo desigualdades históricas e garantindo acompanhamento integral.

Além disso, dentre as mulheres entrevistadas, foi possível analisar que 72% delas apresentaram uma renda menor que um salário-mínimo. Segundo o relatório socioambiental da comunidade ribeirinha e quilombola de Itacoãzinho, a renda dessa população é advinda do extrativismo, mas a venda dos frutos é feita in natura para os mercados de Belém, com isso, o lucro gerado à essa população ainda é abaixo de um salário-mínimo[39]. Fazendo uma relação entre renda e ocupação das entrevistadas, ao avaliar essas mulheres, foi observado que 72% são donas do lar. Dessa forma, pode-se perceber que mesmo com os avanços do século XXI, a comunidade ainda está diretamente ligada aos seus antepassados, tendo a visão tradicional de papéis exercidos entre os sexos.

Segundo o levantamento do IPEA[43] (2012), não importa se as mulheres possuem renda alta, se são consideradas chefes de família ou se estão ocupadas, em todos os casos elas sempre gastam mais tempo com afazeres domésticos do que os homens que estão nas mesmas

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

posições. A chefia feminina está associada com uma renda domiciliar mais baixa, assim como as mulheres pretas ou pardas, no Brasil, que estão vinculadas e pertencem às camadas mais pobres da população[44].

Sobre os aspectos obstétricos e ginecológicos dessa comunidade, um achado interessante foi que 100% dessas mulheres tiveram seus filhos no hospital e 65% de parto cesáreo, indo ao encontro do estudo de Bôas[45], que descreve como a ausência de serviços de saúde em comunidades ribeirinhas estimula a busca pelo atendimento de parteiras, por tais razões, ainda é frequente a realização de partos domiciliares conduzidos por parteiras tradicionais. Por outro lado, uma pesquisa feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), revela que o parto cesariano continua crescendo mundialmente, respondendo em 2021 por mais de um em cada cinco (21%) dos partos. Este número deve continuar aumentando na próxima década, com quase um terço (29%) de todos os partos provavelmente ocorrendo por cesariana até 2030[46].

Outra análise relevante acerca das participantes da pesquisa indica que 76% relataram perda urinária durante ou após a gestação, sendo que, a maioria dessas mulheres informou ter tido três filhos ou mais. Os indicadores sociais e gestacionais no norte do Brasil evidenciam que esse aumento no padrão de reprodução pode ser caracterizado também por gestação precoce, elevada taxa de fecundidade e perdas gestacionais. Tal perfil sinaliza que as mulheres ribeirinhas se reproduzem com gravidez de risco para si e para seus filhos, uma vez que, na maioria dos casos, não atendem ao período mínimo intergestacional de 18 meses, estabelecido pelos parâmetros da medicina moderna. Quase todos os partos são realizados sem assistência pré-natal e, em poucos casos, a mulher planeja a sua reprodução[47].

Diante disso, também se compreende que, durante a gestação e o trabalho de parto ocorre o estiramento dos tecidos musculares do assoalho pélvico e da região perineal. A prevalência da incontinência urinária está diretamente associada ao tipo e ao número de partos, bem como à ocorrência de lesões perineais[48]. A gravidade dessa condição repercute de forma significativa na vida das mulheres, reduzindo seus níveis de autoconfiança e, muitas vezes, afastando o parceiro sexual. Isso se deve tanto às consequências físicas da incontinência, como o ressecamento vaginal e a dispareunia, quanto aos impactos emocionais relacionados à vergonha e ao constrangimento[49].

Dessa forma, durante a análise literária, o estudo constatou uma escassez de dados acerca da temática função sexual envolvendo especificamente mulheres de comunidades ribeirinhas e quilombolas, visto que, a maioria das pesquisas abordam temas sobre saúde sexual e saúde reprodutiva nessas comunidades. Portanto, é imprescindível salientar a importância de mais estudos sobre a função sexual feminina em comunidades tradicionais.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

6. CONSIDERAÇÕES

Os resultados desta pesquisa revelam aspectos importantes da função sexual feminina em comunidades ribeirinhas e quilombolas, destacando tanto indicadores de preservação quanto sinais de comprometimento em domínios como desejo, excitação e dor. Mais do que descrever dados, esses achados evidenciam que a saúde sexual é atravessada por fatores biológicos, culturais, religiosos, mentais, econômicos e educacionais, compondo uma realidade complexa e multifacetada.

Essa complexidade exige que a análise vá além dos aspectos clínicos, incorporando uma perspectiva interseccional que reconheça como gênero, raça, território e condições socioeconômicas se entrelaçam na produção das vulnerabilidades em saúde sexual.

Nesse contexto, torna-se imprescindível que políticas públicas específicas sejam direcionadas às populações tradicionais, considerando suas particularidades culturais e territoriais. A saúde mental, frequentemente invisibilizada, deve ser integrada às estratégias de atenção, uma vez que os domínios mais comprometidos da função sexual foram desejo, excitação e dor, diretamente relacionados a fatores emocionais e psicossociais.

Além disso, o difícil acesso à atenção primária em territórios remotos reforça a necessidade de ampliar a cobertura e a qualificação dos serviços de saúde, garantindo que mulheres ribeirinhas e quilombolas recebam acompanhamento integral e contínuo. Estudos futuros, com amostras mais amplas e metodologias longitudinais, poderão subsidiar intervenções capazes de avaliar impactos sustentados, promovendo não apenas melhorias imediatas, mas transformações duradouras na qualidade de vida dessas mulheres.

Embora o tamanho reduzido da amostra limite a generalização dos resultados, este estudo cumpre um papel relevante ao dar visibilidade a uma população historicamente negligenciada, apontando caminhos para a formulação de políticas públicas que promovam equidade, justiça social e reconhecimento das especificidades culturais e territoriais na saúde sexual feminina.

REFERÊNCIAS

1. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]; 2018, v. 34, p. e00002817. doi: https://doi.org/10.1590/0102-311X00002817

2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta 1 edição. Brasília [Internet] 2013; Disponível em: https://bibliotecadigital.gestao.gov.br/handle/123456789/393

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

3. Mota ABB, Ferreira BO. Enquadramentos das políticas públicas de saúde para as mulheres ribeirinhas no Brasil. Revista Macambira [Internet]; 2025, v. 9 n. 1; p. 1-29. doi: https://doi.org/10.35642/rm.v9i1.1534

4. Munhoz LGS, Pontes Filho RP. Hipervulnerabilidade da mulher amazônica: violência de gênero no âmbito familiar. Revista Saberes da Amazônia [Internet]; 2025, v. 10, n. 16, p. 1–16. doi: https://doi.org/10.31517/rsa.v10i16.125

5. Trench B, Santos CG. Menopausa ou menopausas? Saúde e sociedade [Internet]; 2005, v. 14, p. 91-100. Recuperado de: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WJgGfLxdL9rWM5jsQpWSYbv/?format=pdf&lang= pt

6. Azevedo DA. Modelos de democracia e espaços políticos: o caso da democracia participativa. Geo [Internet]; 2018, n. 26, p. 126-146. doi: https://doi.org/10.7147/GEO26.21002

7. Veras RS. Aprendizagens e desaprendizagens sobre direitos sexuais e reprodutivos perante as experiências de saúde das mulheres negras rurais maranhenses. RELACult-Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade [Internet]; 2019, v. 5. doi: https://doi.org/10.23899/relacult.v5i5.1594

8. Campos HM, Nogueira MJ, Fonseca MC, Schall VT. Saúde sexual, gênero e percepções de adolescentes sobre o preservativo feminino. Adolescência e Saúde [Internet]; 2016, v. 13, n. 2, p. 26-32. Recuperado de: http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=581

9. Kingsberg SA, Schaffir J, Faught BM, Pinkerton JV, Parish SJ, Iglesia CB, et al. Saúde sexual feminina: barreiras para resultados ideais e um roteiro para melhorar a comunicação paciente e clínico [Internet]. Journal of Women's Health; 2019, v. 28, n. 4, p. 432-443. doi: https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7352

10. Sarmento ACA, Costa APF, Lírio J, Eleutério JrJ, Baptista PV, Gonçalves AK. Eficácia de abordagens hormonais e não hormonais para atrofia vaginal e disfunções sexuais em mulheres pós-menopáusicas: uma revisão sistemática. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]; 2022; v. 44, n. 10, p. 1-9. doi: https://doi.org/10.1055/s-0042-1756148

11. Carrilho PJF, Vivacqua CA, Godoy EP, Bruno SS, Brígido ARD, Barros FCD et al. Disfunção sexual em mulheres obesas é mais afetada por domínios psicológicos do que não obesas. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [SCIELO]; 2015, v. 37, n. 12, p. 1-7. doi: http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320155443

12. Kaplan S, Talbot JF. Benefícios Psicológicos de uma Experiência na Natureza Selvagem. In: Altman, I. e Wohlwil, J.F., Eds. Comportamento e o Ambiente Natural, Plenum, Nova York [Internet]; 1983, p. 163-203. doi: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-3539-9_6

13. Antonioli RS, Simões D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. Rev. Neurociências [Internet]; 2010, v. 18, n. 2, p. 267-274. doi: https://doi.org/10.34024/rnc.2010.v18.8489 10

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

14. Araújo ÁC, Neto FL. A nova classificação americana para os transtornos mentais–o DSM-5. Rev. brasileira de terapia comportamental e cognitiva [Internet]; 2014, v. 16, n. 1, p. 67-82. doi: https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i1.659

15. Calado ABM, Oliveira YF, Câmara PAD, Mariz CA, Gama AH, Medeiros MED, et al. Avaliação da função sexual feminina e a ocorrência da sua disfunção. An. Fac. Med. Olinda [Internet]; 2025, v. 1, n. 13, p. 1-12. doi: https://doi.org/10.56102/afmo.2025.395

16. CIDdez. F52 – Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica [Internet]. CIDdez. Disponível em: https://www.ciddez.com.br/categoria/F52-disfuncao-sexual-nao-causada-por-transtorno-ou-doenca-organica

17. Berman JR, Bassuk J. Fisiologia e fisiopatologia da função e disfunção sexual feminina. World J Urol [PubMed]; 2002, v. 20, n. 2, p.111-118. doi: https://doi.org/10.1007/s00345-002-0281-4

18. Ferreira ALCG, Souza AI, Ardisson LC, Katz L. Disfunções sexuais femininas. Femina [Internet]; 2007, v. 35, n. 11, p. 689-695. Disponível em: https://www.academia.edu/download/55316911/disfuncoes

19. Masters WH, Johnson VE. Resposta Sexual Humana. Boston: Little, Brown e Companhia [Internet]; 1966. Disponível em: https://archive.org/details/humansexualrespo00will/page/n3/mode/2up

20. Kaplan SH. A nova terapia do sexo. Rio de Janeiro: Tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Nova Fronteira [Internet]; 1977. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/456911029/A-Nova-Terapia-do-Sexo-pdf

21. Basson R. A resposta sexual feminina: um modelo diferente. J sexo conjugal ther [PubMed]; 2000, v. 26, n. 1, p. 51-65. doi: https://doi.org/10.1080/009262300278641

22. Silva NT, Damasceno SO. Avaliação da satisfação sexual em universitárias. Journal Unoeste [Internet]; 2019, v. 11, n. 1, p. 1–6. doi: https://doi.org/10.5747/cv.2019.v11.n1.v246

23. Cordioli AV, organizador. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5. 5 ed. Porto Alegre. APA [Internet]; 2014. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/DSM_5.html?id=QL4rDAAAQBAJ&redir_esc=y

24. Cabral JC, Frigo LF. Disfunção sexual em mulheres no período pós-parto: revisão da literatura. Research, Society and Development [Internet]; 2020, v. 9, n. 9, p. 1-18. doi: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6785

25. Arruda GT, Campos GS, Braz MM. Incontinência urinária e disfunções sexuais em mulheres climatéricas de um grupo de promoção à saúde. Fisioter. Bras. [Internet]; 2018. v. 19, n. 3, p. 324-328. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Guilherme-Arruda/publication/326211728_Urinary_incontinence_and_sexual_dysfunctions_in_climateric_women_of_a_health_promotion_group/links/5b3e7ec04585150d23030836/Urinary-incontinence-and-sexual-dysfunctions-in-climateric-women-of-a-health-promotion-group.pdf

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

26. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [SCIELO]; 2010, V. 32, n. 3, p. 1-5. doi: https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000300007

27. Costa MCR, Costa MF, Silva IBN, Vieira DS, Cardoso LA, Macena RS, et al. Saúde da mulher ribeirinha: implicações no cuidado. Rev. Contemp. [Internet]; 2024 v. 4, n. 3, p. 1-17. doi: https://doi.org/10.56083/RCV4N3-006

28. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do índice de função sexual feminina (FSFI) para a língua portuguesa. Clinical & Biomedical Research [Internet]; 2007, v. 27, n. 1. Recuperado de: https://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/471 12

29. Pacagnella RDC, Vieira EM, Júnior OMR, Souza CD. Adaptação transcultural do female sexual function index. Cadernos de Saúde Pública [Internet]; 2008, v. 24, p. 416-426. doi: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200021

30. Wiegel M, Meston C, Rosen R. O índice de função sexual feminina (FSFI): validação cruzada e desenvolvimento de escores de corte clínico. Journal of sex & marital therapy [Internet]; 2005, v. 31, n. 1, p. 1-20. doi: https://doi.org/10.1080/00926230590475206

31. Ribeiro B, Magalhães AT, Mota I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. Rev. Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [Internet]; 2013, v. 29, p.16-24. Recuperado de: https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/4407

32. Schiave QCFA, Pereira HFB do ESA, Rodrigues KPL, Melo DA, Torres SSN, Vale FBC, et al. Explorando a função sexual em mulheres indígenas: um estudo na Amazônia. Rev. Foco [Internet]; 2025, v. 18, n. 7, p. 1-13. doi: https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n7-090

33. Araujo MRA, Tavares MS, Souza VRFP, Bezerra DO. Saúde sexual e reprodutiva na etnia Xukuru do Ororubá: diga às mulheres que avancem. Saúde debate [SCIELO]; 2020, v. 44, n. 124, p. 1-12. doi: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012414

34. Antônio JZ, Silva A, Costa PPB, Jung D, Pereira CFF, Nunes EFC, et al. Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. Fisioterapia Brasil [Internet]; 2016, v. 17, n. 6, p. 544-550. doi: https://doi.org/10.33233/fb.v17i6.695

35. Oliveira AA, Villaça LA, Evangelista MG, Moreti PG, Brito RS, Ferreira MDFL. A relação entre saúde mental e sexual da mulher. Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas [Internet]; 2018, v. 8, n. 22. doi: https://doi.org/10.25242/887682220181540

36. Duarte NDS, Pereira MRL, Costa HSCD, Rodrigues CNC, Dias GADS, Nunes EFC. A função muscular do assoalho pélvico e a função sexual de mulheres pós-tratamento de câncer de colo do útero. Revista Fisioterapia & Saúde Funcional, Fortaleza [Internet]; 2020, v. 7, n.1, p. 43-51. Recuperado de: http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/54097

37. Amado DF, Rodrigues CDNC, Teixeira RC, Júnior MDS, Oliveira EM, Nunes EFC. Função Sexual de Universitárias em uma Universidade em Belém do Pará. Rev Bras Cien Med Saúde [Internet]; 2019, p. 7. doi: https://doi.org/10.5935/2674-7960.v8-0001

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

38. Scott SB, Ritchie L, Knopp K, Rhoades K, Markman HJ. Sexualidade dentro de casais femininos do mesmo sexo: definições de sexo, normas de frequência sexual e fatores associados à satisfação sexual. Comportamento Sexual Arquiteado [Internet]; 2018, v. 47, n. 3, p. 681-692. doi: https://doi.org/10.1007/s10508-017-1077-3

39. Equatorial transmissão, 7 SPE, Relatório socioambiental resumido componente quilombola das comunidades do baixo Acará, comunidade quilombola santa Quitéria - Itacoãzinho, abril, 2018

40. Silva ML, Araújo SGC, Reis SD. Dossiê: Tradução e Feminismos negros. Revista Ártemis [Internet]; 2019, v. 27, n. 1. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/issue/view/2337

41. Gonçalves JTT, Gonçalves CT, Vieira KH, Santana RF, Reis VMCP, Silveira MF. Disfunção sexual no climatério e fatores associados. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil [Internet]; 2023, v. 23, n. 9, p. 1-8. doi: https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000079

42. Maccali N, Kuabara PSS, Takahashi ASW, Roglio KD, Boehs STM. As práticas de recursos humanos para a gestão da diversidade: a inclusão de deficientes intelectuais em uma federação pública do brasil. RAM, REV. ADM. MACKENZIE [Internet]; 2015, v. 16, n. 2. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1678-69712015/administracao.v16n2p157-187

43. IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA [Internet]; 2012. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/index.php?option=com_content&view=article&id=14300

44. Chacham AS, Jayme JG. Violência de gênero, desigualdade social e sexualidade. Civitas [Internet]; 2016, v. 16, n. 1. Doi: https://doi.org/10.15448/1984-7289.2016.1.21760

45. Bôas LMDSV, Silva JC, Oliveira DC, Cedaro JJ. A Vida das Mulheres Parteiras Ribeirinhas: Experiências a partir do Trabalho de Campo. Revista Latino-Americana de Geografia e Gênero [Internet]; 2017, v. 8, n. 2, p. 224-241. doi: https://doi.org/10.5212/Rlagg.v.8.i2.0011

46. OPAS; OMS - Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades [Internet]; 2021. Recuperado de: http://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-

47. Cabral I, Cella W, Freitas SR. Comportamento reprodutivo em mulheres ribeirinhas: inquérito de saúde em uma comunidade isolada do Médio Solimões, Amazonas, Brasil. Saúde em Debate [Internet]; 2021, v. 44, p. 1066-1078. doi: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012709

48. Dutra SCR, Vilela ACC, Pinto AEC, Silva AC, Melo BGA, Lopes GH, et al. Gravidade de incontinência urinária e função sexual em mulheres com disfunção. In: Saúde da Mulher – Edição XI. São Paulo: Editora Pasteur [Internet]; 2023, p. 274-278. doi: https://doi.org/10.59290/978-65-6029-013-6.29

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

49. Francelino BLBS, Cavalcante ASP, Gomes JM, Costa AS, Saboia DM. Incontinência urinária e qualidade de vida em uma unidade de atenção primária: Estudo piloto. Rev. Estima [Internet]; 2023, v. 20, p. 1-9. doi: https://doi.org/10.30886/estima.v20.1304_P

Digitally signed by RECIMA21 REVISTA CIENTIFICA MULTIDISCIPLINAR LTDA:40166538000195.
Timestamp: 2026-04-16 15:34:01 -03.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.