

Artigo Original

## Comparação da função sexual entre mulheres brasileiras praticantes e não-praticantes de religião: Um estudo transversal

*Comparison of sexual function between brazilian women practicing and non-practicing religion: A cross-sectional study*

Thawan da Luz Matias<sup>1</sup>, Adib Eufrasio Saraiva de Medeiros<sup>1</sup>, Ruyzabour Dantas<sup>1</sup>, Laiane Santos Eufrásio<sup>1</sup>, Vanessa Patrícia Soares de Sousa<sup>1</sup>

1. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Santa Cruz, RN, Brasil.

### RESUMO

**Introdução:** A função sexual feminina é resultante da interação entre fatores físicos, emocionais e psicossociais. Assim, variáveis religiosas podem influenciar o comportamento sexual das mulheres. **Objetivo:** Comparar a função sexual de mulheres brasileiras praticantes e não praticantes de religião. **Metodologia:** Estudo transversal com 271 mulheres brasileiras, divididas em dois grupos: praticantes (n=217) e não praticantes (n=54) de religião. Foram coletados dados sociodemográficos e aplicada a versão brasileira do Female Sexual Function Index (FSFI). Os dados foram analisados por meio do teste T de Student para amostras independentes, com correção de Welch, e teste de Qui-quadrado para associações entre variáveis. Adotou-se um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** A média de idade das participantes foi de  $29,43 \pm 7,10$  anos. A maioria era cristã (81,9%), com parceria (88,9%) e ensino superior (84,9%). O escore total médio do FSFI foi  $26,50 \pm 7,12$  no grupo praticante e  $27,47 \pm 6,93$  no grupo não praticante ( $p = 0,91$ ), sem diferenças significativas em nenhum dos domínios. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a prática religiosa e as variáveis escolaridade ( $p = 0,02$ ) e afiliação religiosa ( $p < 0,01$ ). **Conclusão:** Os resultados sugerem que não há diferença na função sexual entre mulheres praticantes e não praticantes de religião. A prática religiosa não se mostrou um fator isolado determinante da função sexual feminina.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Saúde sexual. Religião. Mulher.

**Autor(a) para correspondência:** Thawan da Luz Matias – [fisiothawanmatias@outlook.com](mailto:fisiothawanmatias@outlook.com).

**Conflito de interesses:** Os(As) autores(as) declaram que não há conflito de interesses.

Submetido em 17/03/2025 | Aceito em 02/07/2025 | Publicado em 18/07/2025

**DOI:** 10.36517/rfsf.v12i1.95194

## INTRODUÇÃO

A função sexual feminina organiza-se em quatro fases não-lineares: desejo sexual, excitação, orgasmo e relaxamento <sup>1</sup>. A busca por intimidade e a expressão da função sexual, muda com o tempo e com as experiências pessoais de cada indivíduo <sup>2</sup>. A função sexual é um componente complexo, que envolve aspectos físicos, sociais, psicológicos, genéticos, culturais, comportamentais e religiosos <sup>3</sup>.

A religião parece ter grande impacto na forma como os seres humanos constroem e experienciam a função sexual, compreendem e se envolvem com vários aspectos da saúde sexual e reprodutiva <sup>4</sup>. A maneira como um indivíduo expressa sua crença religiosa pode moldar a autopercepção sobre a criação de vínculo e sobre a função sexual <sup>5</sup>. Em relação às mulheres, a prática religiosa pode gerar estigmas acerca do sexo e da manifestação da função sexual <sup>6</sup>. Tais estigmas podem culminar em impactos psicológicos que alteram a atividade, o desejo e a satisfação sexual <sup>7</sup>, caracterizando o surgimento de disfunções sexuais femininas (DSF). As DSF são consideradas problemas de saúde pública e afetam negativamente o bem-estar físico e emocional das mulheres <sup>8</sup>.

O Brasil é um país de dimensões continentais, com uma vasta diversidade cultural e religiosa. A maior parte da população ( $\cong 87\%$ ) declara ser de religiões cristãs (católica e evangélica) <sup>9</sup>. Comumente, a base dessas religiões está voltada para o conservadorismo sexual <sup>10</sup> podendo gerar um impacto negativo na função sexual feminina. Os estudos brasileiros sobre a temática centram-se em análises sociais e filosóficas <sup>11</sup>. Uma pesquisa recente sobre os fatores associados à disfunção sexual em mulheres brasileiras, analisou a relação entre a DSF e características como idade, ocupação, estado civil, realização de atividade física e outras variáveis, porém não considerou a influência da prática religiosa <sup>12</sup>. Assim, não existem pesquisas científicas que analisem a relação entre função sexual e a prática religiosa em mulheres brasileiras.

Em um estudo de revisão <sup>6</sup> recomendaram que profissionais da saúde avaliem os seus pacientes e os seus parceiros no contexto da cultura em que estão inseridos. Além disso, devem identificar sintomas sexuais importantes, independentemente de os pacientes terem uma disfunção reconhecida <sup>6</sup>. Tanto os profissionais, quanto os pesquisadores devem desenvolver competências e instrumentos de avaliação culturalmente sensíveis a investigar de maneira global a função sexual feminina. Ao considerar isso, além do conhecimento prévio de que (1) a prática religiosa afeta os mecanismos de percepção, memória e intenção sexual da mulher <sup>13</sup>, (2) a função sexual é um fator fundamental da biologia humana <sup>14</sup>, e (3) a ausência de estudos sobre a temática na população brasileira, o objetivo principal desta pesquisa foi comparar a função sexual de mulheres brasileiras praticantes e não praticantes de religião.

Partiu-se da hipótese de que mulheres praticantes de religião apresentariam pior função sexual, quando comparadas às não praticantes, devido a possíveis influências de normas religiosas mais conservadoras sobre a vivência da sexualidade.

## MÉTODOS

### Desenho do estudo

Estudo do tipo analítico transversal baseado no Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) <sup>15</sup>, realizado de forma online por meio de formulários disponibilizados no Google Forms. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2021 e março de 2023. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN) (4.847.000). Todas as participantes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a declaração de Helsinki foi respeitada.

### População e amostra

A população do estudo foi composta por mulheres brasileiras. O número amostral foi calculado usando-se os seguintes critérios: (1) número de mulheres brasileiras com 18 anos ou mais (109 milhões e 298 mil pessoas), de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) <sup>9</sup>, (2) frequência antecipada de disfunção sexual de (37,2%), (3) intervalo de confiança de 95% e (4) efeito de 0,28 <sup>3</sup>. A amostra final foi composta por 271 mulheres, sendo divididas em dois grupos: praticantes (n= 217) e não praticantes (n= 54) de religião.

### Crítérios de elegibilidade

As mulheres elegíveis para o estudo atenderam aos seguintes critérios: (a) ter idade entre 18 e 49 anos, (b) estarem sexualmente ativas (com ou sem parceria) há, pelo menos, 4 semanas, (c) se identificarem como mulheres cisgênero e de orientação heterossexual, (d) ter acesso à internet e (e) serem alfabetizadas. Os critérios (b) e (c) foram estabelecidos devido às características do instrumento utilizado para avaliação da função sexual. As mulheres que por algum motivo não conseguissem completar a avaliação seriam excluídas. Entretanto, não houve exclusões.

## Procedimentos e Instrumentos de coleta

O link do formulário com os questionários foi divulgado por meio de redes sociais e aplicativos de conversa. Os instrumentos foram auto administrados. As questões foram descritas de maneira clara e objetiva para minimizar os riscos da falta de compreensão das perguntas pelos participantes. A equipe de pesquisa disponibilizou contatos telefônicos para as participantes elucidar possíveis dúvidas.

### *Ficha de caracterização sociodemográfica e obstétrica*

Instrumento elaborado pelas pesquisadoras responsáveis para a coleta das seguintes variáveis: escolaridade (até ensino médio ou ensino superior), cor (branca ou não-branca), ocupação (área da saúde ou outras áreas ou sem trabalho), renda (até R\$ 3.989,11 ou acima de R\$ 3.989,11), afiliação religiosa (cristã ou não-cristã), prática religiosa (sim ou não) e situação conjugal (tem parceria ou não tem parceria).

### *Female Sexual Function Index (FSFI)*

As participantes responderam o *Female Sexual Function Index* (FSFI). Este questionário foi traduzido para o uso em língua portuguesa<sup>16</sup>. Trata-se de um instrumento conciso e autoaplicável, contendo seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. As propriedades psicométricas do instrumento atendem os critérios de consistência interna, confiabilidade e validade<sup>17</sup>. O FSFI é composto por 19 questões, que avaliam a função sexual, nas últimas 4 semanas. O escore final varia de 2 a 36 pontos, e quanto maior o valor, melhor a função sexual. Valores menores ou iguais a 26,55 pontos são indicativos da presença de disfunção<sup>18</sup>. A seleção deste ponto de corte foi baseada em estudos prévios envolvendo mulheres brasileiras<sup>19,20</sup>.

## Análise de dados

O processamento e armazenamento dos dados foram realizados através do SPSS (versão 20.0). A técnica de bootstrapping foi utilizada para adequar a distribuição das variáveis quantitativas ao pressuposto paramétrico<sup>21</sup>. O Teste T de Student para amostras independentes com correção de Welch<sup>22</sup> foi usado para comparar a função sexual entre mulheres praticantes e não praticantes de religião. O teste de Qui-quadrado de independência ( $\chi^2$ ) foi usado para analisar a associação entre fatores sociodemográficos e a prática religiosa. Adotou-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ), o intervalo de confiança de 95% (IC95%) e a mean difference. A medida de efeito V de Cramer foi usada para estimar a força das associações (0 – sem associação; 0,1 a 0,3 – fraca; 0,4 a 0,6 – moderada; 0,7 a 0,9 – forte; 1 – perfeita)<sup>23</sup> e os adjusted residuals foram apresentados.

## RESULTADOS

A média de idade cronológica das participantes foi de 29.43±7.10 anos (praticantes: 29.89±6.89 *versus* não-praticantes: 27.59±7.70;  $P=0.03$ ). A maior parte da amostra tinha ensino superior (84.9%), religião cristã (81.9%) e parceria (88.9%). A Tabela 1 apresenta as demais características sociodemográficas.

Além disso, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a prática religiosa e algumas variáveis sociodemográficas. Mulheres praticantes de religião apresentaram maior frequência de escolaridade até o ensino médio em comparação às não praticantes ( $p = 0,02$ ). Também foi observada associação significativa entre a prática religiosa e a afiliação religiosa cristã ( $p < 0,01$ ). Essas associações demonstram um perfil sociodemográfico específico entre os grupos analisados, conforme apresentado na Tabela 1.

A maioria das participantes não apresenta disfunção sexual (59,4%;  $n=161$ ), enquanto 40,6% ( $n=110$ ) foram identificadas com essa condição. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de praticantes e não praticantes de religião (Tabela 2).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas da amostra.

Fatores socioeconômicos	Prática religiosa	
	Sim (n=217)	Não (n=54)
	% (n)	% (n)
<b>Escolaridade</b>		
Até ensino médio	17.5 (38)	5.6 (3)
Ensino superior	82.5 (179)	94.4 (51)
<b>Cor</b>		
Branca	41.5 (90)	42.6 (23)
Não-branca	58.5 (127)	57.4 (31)
<b>Ocupação</b>		
Área da saúde	41.5 (90)	33.3 (18)
Outras áreas/sem trabalho	58.5 (127)	66.7 (36)
<b>Renda</b>		
Até R\$ 3.989,11	62.7 (136)	70.4 (38)
> R\$ 3.989,11	37.3 (81)	29.6 (16)
<b>Situação conjugal</b>		
Tem parceria	58.1 (126)	90.7 (49)
Não tem parceria	41.9 (91)	9.3 (5)

Legenda: %, frequência relativa; n, frequência absoluta.

**Tabela 2.** Comparação da função sexual entre mulheres praticantes e não praticantes de religião.

	Prática religiosa		Mean difference	P (CI95%)
	Sim (n=217)	Não (n=54)		
Função sexual (FSFI)				
Escore total	26.50±7.12	27.47±6.93	0.96	0.91 (-1.13 to 3.07)
Desejo	3.60±1.12	3.88±1.22	0.28	0.12 (-0.08 to 0.64)
Excitação	4.17±1.46	4.44±1.42	0.27	0.21 (-0.15 to 0.70)
Lubrificação	4.75±1.62	4.87±1.52	0.12	0.60 (-0.34 to 0.58)
Orgasmo	4.41±1.60	4.53±1.64	0.11	0.63 (-0.37 to 0.61)
Satisfação	4.78±1.25	4.76±1.27	-0.02	0.90 (-0.40 to 0.36)
Dor	4.77±1.71	4.97±1.63	0.19	0.42 (-.029 to 0.69)

Nota: P, nível de significância originado do teste T de Student para amostras independentes. CI, confidence interval. FSFI, Female Sexual Function Index.

## DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo foi comparar a função sexual de mulheres brasileiras praticantes e não praticantes de religião. Obteve-se como resultado principal que não há diferença na função sexual, quando comparadas às mulheres que praticam religião e aquelas que não praticam. Este resultado refuta a nossa hipótese inicial de que as mulheres praticantes de religião apresentariam pior função sexual quando comparadas às não-praticantes, conforme resultados de estudos prévios<sup>24</sup>.

Sabe-se que a prática religiosa é uma das esferas da vida do indivíduo que pode afetar significativamente os padrões morais e de comportamento sexual<sup>7</sup>. Entretanto, a partir do resultado do nosso estudo, destaca-se a importância de considerar a função sexual como um aspecto influenciado por múltiplos fatores como os biológicos, psicológicos e sociais<sup>25</sup>. Estes, por sua vez, podem atenuar o impacto direto da religiosidade sobre a função sexual, justificando os achados do nosso estudo.

Doutrinas religiosas conservadoras podem estar associadas a uma limitada expressão da sexualidade e do desejo sexual, resultando em uma pior função sexual das pessoas praticantes de religião<sup>6,10</sup>. Entretanto, o nosso resultado principal indica que a prática religiosa não é um fator, que isolado, é determinante para uma pior função sexual. Este achado pode sugerir que outros fatores como: nível educacional, educação sexual, qualidade do relacionamento conjugal, níveis de estresse, acesso à informação, atitudes menos conservadoras em relação à sexualidade e a saúde mental<sup>26, 27</sup> parecem contrabalancear a influência restritiva que a prática religiosa exerce sobre a função sexual feminina.

O Brasil é um país essencialmente cristão<sup>9</sup>. No entanto, outras religiões, com normas menos rígidas e opressoras em relação à sexualidade, são praticadas<sup>24</sup>. Assim, fatores como a diversidade de crenças, uma relativa permissividade sexual, a coexistência de diferentes visões sobre a sexualidade e um crescente movimento de valorização da liberdade sexual feminina<sup>28</sup> podem justificar o resultado principal encontrado neste estudo. Outro ponto a ser destacado é que a prática de religião pode não afetar diretamente a função sexual, mas sim a dimensão psicológica, resultando em culpa, vergonha ou insatisfação sexual. Esses aspectos subjetivos não são completamente identificados com o uso de instrumentos padronizados como o FSFI, o que também pode explicar a ausência de diferenças detectáveis entre os grupos estudados.

Os resultados desse estudo podem auxiliar profissionais da saúde a considerarem intervenções clínicas baseadas em espectros mais amplos de fatores biopsicossociais (emocionais, relacionais ou de saúde física), não considerando a prática religiosa como um fator isolado é determinante para alterações da função sexual feminina. Além disso, estes resultados contribuem para o fomento das pesquisas no campo da sexualidade e religião e, por contradizem o que é comumente encontrado, podem fornecer uma base para que outros estudos sejam conduzidos. Desta forma, sugere-se que futuras pesquisas sejam realizadas considerando fatores como: educação sexual, padrões culturais e níveis de comunicação no relacionamento. Do ponto de vista social, a ausência de diferenças significativas da função sexual entre os grupos estudados, pode contribuir para atenuar a estigmatização da sexualidade feminina em contextos religiosos, tendo em vista que apontam para a desmistificação da ideia de que práticas religiosas afetam negativamente a função sexual feminina. Além disso, esses resultados podem fomentar o debate público sobre outros fatores mais complexos que podem afetar a saúde sexual feminina, como: acesso à educação sexual, qualidade dos relacionamentos e autoconhecimento corporal.

Como limitações deste estudo, destaca-se a ausência de participantes pertencentes a diferentes estratos socioeconômicos e educacionais, o que pode ter influenciado os resultados. Além disso, o fato de o protocolo de pesquisa ter sido autoadministrado pode ter gerado dúvidas nas participantes, ainda que esse risco tenha sido minimizado por meio da redação clara dos itens. Também é importante ressaltar que a amostra foi composta exclusivamente por mulheres heterossexuais, o que limita a generalização dos resultados para outras orientações sexuais e pode ter influenciado os achados, considerando que a sexualidade é vivenciada de formas distintas em diferentes contextos identitários.

Outra limitação relevante foi a categorização restrita das afiliações religiosas em apenas dois grupos (cristã e não cristã). Essa simplificação pode ter ocultado nuances importantes entre diferentes crenças, práticas e doutrinas, não considerando as particularidades das diversas denominações religiosas. Além disso, o estudo não comparou a função sexual entre mulheres praticantes de diferentes religiões, o que poderia ter enriquecido a análise ao evidenciar variações entre os grupos religiosos. Sugere-se que estudos futuros contemplem amostras mais diversas em termos de orientação sexual, estrato socioeconômico e afiliação religiosa, bem como a inclusão de outros fatores além da religiosidade, ampliando a compreensão sobre os elementos que influenciam a função sexual feminina.

## CONCLUSÃO

Não há diferença na função sexual de mulheres brasileiras, quando comparadas as praticantes com não praticantes de religião, sugerindo que outros fatores parecem contrabalancear a influência restritiva que a prática religiosa exerce sobre a função sexual feminina.

## AGRADECIMENTOS:

Os autores agradecem aos pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisas em Fisioterapia na Saúde da Mulher (UFRN-FACISA) e do Laboratório de Fisioterapia na Saúde da Mulher (UFRN-FACISA) pelo apoio na condução desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. BASSON. The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26(1): 51-65.
2. SZYMANSKA, *et al.* "Female sexual functioning during pregnancy." *Ginekologia Polska*. 2024; 95(1): 72-76.
3. DANTAS, *et al.* Sexual function and functioning of women in reproductive age. *Fisioterapia em Movimento*. 2020; 33: 1-11.
4. DUNE, *et al.* "The role of culture and religion on sexual and reproductive health indicators and help-seeking attitudes amongst 1.5 generation migrants in Australia: a quantitative pilot study." *International journal of environmental research and public health*. 2021; 18(3): 1-12
5. WOLF; PLATT. Religion and sexual identities. *Current Opinion in Psychology*. 2022; 48: 101-495.
6. ATALLAH, *et al.* Ethical and Sociocultural Aspects of Sexual Function and Dysfunction in Both Sexes. *J Sex Med*. 2016; 13(4): 591-606.
7. DOSCH, *et al.* Psychological Factors Involved in Sexual Desire, Sexual Activity, and Sexual Satisfaction: A Multi-factorial Perspective. *Archives of Sexual Behavior*. 2015; 45(8): 2029-2045.
8. WEINBERGER, *et al.* Female Sexual Dysfunction: A Systematic Review of Outcomes Across Various Treatment Modalities. *Sexual Medicine Reviews*. 7(2): 1-28, 2018.
9. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: Panorama.
10. HIDALGO; DEWITTE. Individual, Relational, and Sociocultural Determinants of Sexual Function and Sexual Satisfaction in Ecuador. *Sexual Medicine*. 2021; 9(2): 1-11.
11. COUTINHO; RIBEIRO. Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude: lições de uma revisão bibliográfica sistemática de mais de meio século de pesquisas. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2014; 31(2): 333-365.
12. FABRICIO, *et al.* Prevalence and factors associated with sexual dysfunction in brazilian women: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J*. 2023; 34(10): 2507- 2511.
13. SWIHART, *et al.* "Cultural religious competence in clinical practice." (2024).
14. VELTEN, *et al.* Visual attention and sexual arousal in women with and without sexual dysfunction. *Behaviour Research and Therapy*. 2021; 144: 1-11.
15. CUSCHIERI. The STROBE guidelines. *Saudi Journal of Anaesthesia*. 2019; 13(5): 31.
16. HENTSCHEL, *et al.* Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. Validation of the female sexual function (FSFI) for portuguese language. *Revista HCPA*. 2007; 27(1): 10-14.
17. NEIJENHUIJS, *et al.* The Female Sexual Function Index (FSFI) - A Systematic Review of Measurement Properties. *Journal of Sexual Medicine*. 2019; 36(16): 640-660.
18. WIEGEL, *et al.* The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2005; 31(1): 1-20.
19. LUZ, *et al.* Evaluation of sexual function in Brazilian women with and without chronic pelvic pain. *Journal of Pain Research*. 2018; 11: 2761-2767.
20. SATAKE; PEREIRA; AVEIRO. Self-reported assessment of female sexual function among Brazilian undergraduate healthcare students: a cross-sectional study (survey). *São Paulo Medical Journal*. 2018; 136(4): 333-338.
21. HAUKOOS. Advanced Statistics: Bootstrapping Confidence Intervals for Statistics with "Difficult" Distributions. *Academic Emergency Medicine*. 2005; 12(4): 360-365.
22. WEST. Best practice in statistics: Use the Welch t-test when testing the difference between two groups. *Annals of Clinical Biochemistry: International Journal of Laboratory Medicine*. 2021; 58(4): 267-269.
23. COHEN. Statistical power analysis for the behavioral sciences. *Journal of the American Statistical Association*. 1998; 73(363): 680.
24. TANAKA, *et al.* (PM-20) INFLUENCE OF RELIGION ON FEMALE SEXUALITY: REVIEW OF NARRATIVE LITERATURE. *The Journal of Sexual Medicine*. 2024; 21(3).
25. THOMAS; THURSTON. A biopsychosocial approach to women's sexual function and dysfunction at midlife: A narrative review. *Maturitas*. 2016; 87, p. 49-60.
26. ABDOLY; POURMOUSA. The Relationship Between Sexual Satisfaction and Education Levels in Women. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2013; 1(2): 39-44.
27. ROCHA; MENDES; RIBEIRO. Beliefs and Sexual Education Influence the Development of Female Sexual Dysfunctions? - A Literature Review. *Current Research Journal of Social Sciences and Humanities*. 2020; 2(2): 72-78.
28. SHRESTHA, *et al.* Factors That Determine Women's Autonomy to Make Decisions about Sexual and Reproductive Health and Rights in Nepal: a cross-sectional Study. *Factors That Determine Women's Autonomy to Make Decisions about Sexual and Reproductive Health and Rights in Nepal: a cross-sectional Study*. 2023; 3(1): 1-15.