

## Análise das disfunções sexuais em gestantes em um município do Pará

Analysis of sexual dysfunctions in pregnant women in a municipality in Pará

Análisis de disfunciones sexuales en embarazadas de un municipio de Pará

Marina Silva Nicolau Taketomi<sup>1\*</sup>, Alice Sousa Conte<sup>1</sup>, Edileusa Tavares da Silva Pontes<sup>1</sup>, Karla Tissiane da Silva Broseghini<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar a prevalência de disfunção sexual em gestantes em um município do Pará. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal e natureza quantitativa, realizado com vinte gestantes em um município do Pará por meio de um formulário em uma plataforma online. **Resultados:** Foram avaliados vinte questionários, onde entre as vinte voluntárias 25% delas tinham de 18 a 22 anos, 20% tinham de 23 a 27 anos, 25% de 28 a 32 anos e 30% acima de 32 anos. Os resultados da pesquisa demonstraram considerável prevalência de disfunção sexual nas gestantes, sendo que houve uma tendência ao aumento dos sintomas com a evolução da gestação. Os domínios mais afetados do questionário foram dor, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo, seguido de desejo. **Conclusão:** Os domínios mais afetados do questionário foram dor, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo, seguido de desejo. Com isso a atuação da fisioterapia é essencial para mulheres com disfunção sexual, uma vez que há estudos que comprovam que as intervenções fisioterapêuticas aplicadas as mulheres com disfunção sexual, foram eficazes para o tratamento.

**Palavras-chave:** Disfunções sexuais fisiológicas, Gravidez, Fisioterapia, Educação em saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** Identificar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres embarazadas en una ciudad de Pará. **Methods:** This is a cross-sectional and quantitative research, carried out with twenty pregnant women in a municipality in Pará, using a form on an online platform. **Results:** Twenty questionnaires were evaluated, where among the twenty volunteers 25% of them were between 18 and 22 years old, 20% were 23 to 27 years old, 25% from 28 to 32 years and 30% over 32 years. The results of the research showed a considerable prevalence of sexual dysfunction in pregnant women, and there was a tendency to increase symptoms with the evolution of pregnancy. The most affected domains of the questionnaire were pain, arousal, lubrication, and satisfaction, orgasm, followed by desire. **Conclusion:** The most affected domains of the questionnaire were pain, arousal, lubrication, satisfaction, orgasm, followed by desire. Thus, the performance of physical therapy is essential for women with sexual dysfunction, since there are studies that prove that physical therapy interventions applied to women with sexual dysfunction were effective for the treatment.

**Key words:** Physiological sexual dysfunctions, Pregnancy, Physiotherapy, Health education.

### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres embarazadas en una ciudad de Pará. **Métodos:** Se trata de una investigación transversal y cuantitativa, realizada con veinte mujeres embarazadas en un municipio de Pará, utilizando un formulario en una plataforma en línea. **Resultados:** Se evaluaron veinte cuestionarios, donde entre los veinte voluntarios el 25% de ellos tenían entre 18 y 22 años, el 20% tenían entre 23 y 27 años, el 25% de 28 a 32 años y el 30% mayor de 32 años. Los resultados de la investigación mostraron una prevalencia considerable de disfunción sexual en mujeres embarazadas, y hubo una tendencia a aumentar los síntomas con la evolución del embarazo. Los dominios más afectados del cuestionario fueron el dolor, la excitación, la lubricación, la satisfacción, el orgasmo, seguido del deseo. **Conclusión:** Los dominios más afectados del cuestionario fueron dolor, excitación, lubricación, satisfacción, orgasmo, seguidos

<sup>1</sup> Instituto Esperança de Ensino Superior (IESPES), Santarém – PA.

\*E-mail: [taketomi@professor.iespes.edu.br](mailto:taketomi@professor.iespes.edu.br)

del deseo. Así, la realización de fisioterapia es fundamental para mujeres con disfunción sexual, ya que existen estudios que demuestran que las intervenciones de fisioterapia aplicadas a mujeres con disfunción sexual fueron efectivas para el tratamiento.

**Palabras clave:** Disfunciones sexuales fisiológicas, Embarazo, Fisioterapia, Educación para la salud.

## INTRODUÇÃO

A Disfunção Sexual (DS) é descrita como uma irregularidade, onde o indivíduo não consegue obter uma relação sexual satisfatória para si ou para seu parceiro. Tratando-se de um grande problema de saúde pública que interfere de forma significativa na vida das mulheres e seus companheiros (MARQUI ABTD, et al., 2015). A Disfunção Sexual Feminina (DSF) é caracterizada como uma desordem que implica no funcionamento normal sexual da mulher, complicações essas que inclui: disfunção no desejo/excitação sexual, disfunção do orgasmo, dor gênito-pélvica e entre outras (BEZERRA IFD, et al., 2015).

Costa CKLD, et al. (2018) argumenta que o estímulo sexual é reconhecido pelas informações processadas pelo cérebro, por conhecimentos emocionais positivas e negativas. Como dito anteriormente a resposta ao estímulo acontece em nível inconsciente e depois a nível consciente. Por tanto se na intimidade há uma interferência emocional e bem-estar físico, como efeito haverá um bom funcionamento do ciclo sexual.

A sexualidade feminina é de suma importância, por está diretamente ligado a qualidade de vida da mulher e ao bem-estar conjugal. Os índices de disfunções sexuais são extremamente elevados, com uma porcentagem com mais de 85%. Esses fatores afetam a saúde emocional das mulheres, a maioria se sente envergonhada e frustrada, sem falar das cobranças por parte dos seus parceiros (GOMES GLP, 2019).

De acordo com Fitz FF (2016) foi encontrado 49% das mulheres com pelos menos uma disfunção, dentre elas o desejo sexual hipoativo (26,7%) com maior porcentagem, em sequência dispareunia (23,1%) e disfunção orgástica (21%). O estudo de Araújo TG, et al. (2019), afirma que as disfunções tendem a ter um aumento de 40% a 70% durante o período gravídico. O período gestacional leva a alterações como aumento na produção hormonal, de estrogênios e progesterona, alterações na pele, nos cabelos, aumento do volume abdominal, dos seios e uma diminuição da atividade intestinal. Mudanças essas que afetam a forma da mulher visualizar sua imagem corporal, interferindo diretamente na sua autoestima (MATIAS AERA, et al., 2015).

O aparecimento das disfunções sexuais pode ser consequência de doenças que afetam o sistema genital feminino como, por exemplo, o prolapso de órgãos pélvicos, o mais frequente em mulheres com idade entre 45 a 85 anos, descrito como a descida da parede vaginal ou ápice de sua posição anatômica, sendo as sintomatologias mais relatadas o abaulamento vaginal, dor pélvica, incontinência ou obstrução urinária ou fecal, sensação de pressão ou peso pélvico, interferindo na função sexual, atividades diárias e a qualidade de vida (PANMAN CMCR, et al., 2016).

Uma das estruturas mais importantes na gestação é o assoalho pélvico, pois ele que sustenta todo o peso uterino. Além disso durante todo o período sofre ação do hormônio relaxina que mantém os músculos, fâscias e ligamentos relaxados, podendo influenciar na fraqueza muscular da região. Dessa forma, a fisioterapia é essencial para conscientização da contração correta dos músculos colaborando com seu fortalecimento e intervindo na função sexual da gestante e prevenção de lesões (MOURA JFAL e MARSAL AS, 2015).

A disfunção sexual tem diversas características multifatoriais que vão envolver questões biológicas, psicológicas e interpessoais. As principais disfunções que acometem as mulheres são: transtorno do orgasmo feminino, transtorno de interesse/excitação sexual feminino e transtorno da dor gênito-pélvica/penetração. Cerca de 40% das mulheres têm algum grau de disfunção sexual, números esses que servem de alerta para os profissionais da saúde para detectar e tratar essas disfunções (ANTÔNIO JZ, et al., 2016).

O alvo da terapia nas disfunções sexuais, inclui terapia medicamentosa, física e psicológica. Os exercícios terapêuticos são de suma importância pois aumentam a circulação sanguínea para a pelve e também a sensibilidade clitoriana, contribuindo consequentemente com a excitação sexual, lubrificação e orgasmo (FERREIRA CH, et al., 2015; TRINDADE SB e LUZES R, 2017).

A fisioterapia na área da saúde da mulher, atua de maneira integral em todos os aspectos relacionados a mulher, desde a infância até a terceira idade, e em diversos níveis de atenção à saúde. Nessa perspectiva, a fisioterapia trabalha na prevenção e tratamento de problemas referentes ao funcionamento da musculatura pélvica, através das orientações e técnicas fisioterapêuticas, como liberação miofascial, exercícios de kegel, além de outros recursos, garantindo principalmente melhora na qualidade de vida (GHADERI F, et al., 2019).

Portanto, durante o período gestacional as mulheres acabam acumulando fatores de riscos para possíveis disfunções sexuais. Tendo em vista isso, essa pesquisa teve como finalidade identificar a prevalência de disfunção sexual em gestantes em um município do Pará.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal e natureza quantitativa, realizado com gestantes em um município do Pará por meio de um formulário em uma plataforma online. O estudo levou em consideração os aspectos éticos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulariza as pesquisas que envolvam seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará, CAAE 4237321.1.0000.5168.

Ressalta-se que os dados coletados apenas foram catalogados a partir da autorização legal das participantes em que análise foi realizada, mantendo o anonimato das mesmas e a confidencialidade das informações obtidas. Com este intuito, foram utilizados códigos numéricos a fim de evitar possíveis exposições dos envolvidos na pesquisa e as pesquisadoras são responsáveis por assegurar que todas as informações foram armazenadas em banco de dados particular e após 5 anos serão deletados e incinerados.

A coleta de dados ocorreu em quatro etapas principais: primeiramente, houve a divulgação da pesquisa em redes sociais pessoais, afim de informar as mulheres sobre a pesquisa que seria realizada e convidá-las a participar; logo após, as interessadas em participar da pesquisa receberam por e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as voluntárias que concordavam com o TCLE receberam então a terceira etapa, onde foi encaminhado através de um aplicativo de mensagens, o link do formulário online, onde realizaram o preenchimento do questionário e para finalizar, na quarta etapa foi enviado uma cartilha elaborada pelas autoras, contendo orientações sobre as disfunções sexuais na gestação.

O período da coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e julho de 2021. Os critérios de inclusão foram: mulheres, com a faixa etária acima de 18 anos de idade, que possuam parceiros fixos, que estejam em gestação primigesta e/ou multigesta. Os critérios de exclusão foram: mulheres que tenham histórico depressivo ou que faça uso de medicamentos, em gestação considerada de alto risco, como por exemplo diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial gestacional, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, ruptura prematura de membranas e gestação múltipla, as que tenham dificuldade de entendimento do questionário, as que tiveram a atividade sexual suspensa por ordem médica e mulheres que tenham sofrido violência sexual, e que não tenham acesso à internet e ao aplicativos utilizados na pesquisa. No total foram respondidos 21 questionários, sendo excluído 1 voluntária por não se adequar aos critérios de inclusão e exclusão, sendo a análise de dados realizada com 20 voluntárias.

Após a coleta de dados, as informações foram organizadas em uma planilha do Microsoft Excel, e verificados dados de média, mediana e desvio padrão, para posterior análise e comparações dos resultados.

## RESULTADOS

Foram avaliados vinte questionários, onde entre as vinte voluntárias 25% delas tinham de 18 a 22 anos, 20% tinham de 23 a 27 anos, 25% de 28 a 32 anos e 30% acima de 32 anos. Corroborando com o autor Barbosa EM, et al., (2017) que afirma em seu estudo, onde a partir de 323 registros analisados, identificou-se que 69,3% encontram-se na faixa etária entre 20 e 35 anos e 27,9% eram adolescentes com idade inferior a 20 anos, conforme os dados analisados na (Tabela 1).

**Tabela 1** - Perfil sociodemográfico das gestantes.

Descrição	N	%
<b>Idade</b>		
18 – 22 anos	5	25%
23 – 27 anos	4	20%
28 – 32 anos	5	25%
> 32 anos	6	30%
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	1	5%
Ensino Médio Completo	3	15%
Ensino Médio Incompleto	3	15%
Ensino Superior Completo	11	55%
Ensino Superior Incompleto	2	10%
<b>Estado Civil</b>		
Casada	13	65%
Solteira	3	15%
União Estável	4	20%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Taketomi MSN, et al., 2021.

O nível de escolaridade em Ensino Fundamental Incompleto foi de 5%, Ensino Médio incompleto 15%, Ensino Médio Completo 15%, Ensino Superior Incompleto em 10% e Ensino Superior Completo em 55%. Quanto a situação conjugal, 65% eram casadas, 15% solteiras e 20% em união estável (**Tabela 1**).

Quanto aos aspectos obstétricos e função sexual das gestantes, observa-se que a maioria são multíparas 55% e 45% são primíparas. E a maioria 55% tinham o desejo de engravidar, mas não no momento, 30% não queriam engravidar e 15% estavam prontas para engravidar. Do total analisado, 10% estavam no 1º trimestre, 25% no 2º trimestre e 65% no 3º trimestre. No que de respeito a parceiros 100% apontaram ter parceiros fixos. Em relação ao total de parceiros sexuais 55% das participarem já tiveram de 1 a 3 parceiros, 25% já tiveram de 4 a 6 parceiros, e 10% já tiveram de 7 a 10 parceiros, e 10% referiram que já tiveram mais de 10 parceiros sexuais. Com relação ao início das atividades sexuais 65 % iniciaram a vida sexual entre 15 e 18 anos, 19 a 21 anos 15%, acima de 21 anos 20% (**Tabela 2**).

Quando questionado sobre o que elas achavam sobre a relação sexual durante a gravidez, 25% acham desconfortável, 55% gostam e 20% não gostam, mas praticam. E ainda 25% têm medo de manter relação durante a gestação e 75% não tem medo. Com relação ao conhecimento das participantes sobre as DSF, 60% sabem o que é disfunção sexual e 40% não sabem o que é a disfunção sexual (**Tabela 2**).

**Tabela 2** - Perfil obstétrico e da função sexual das gestantes.

Descrição	N	%
<b>Número de Gestações</b>		
Primípara	9	45%
Múltipara	11	55%
<b>A gravidez foi planejada</b>		
Não queria engravidar	6	30%
Queria, mas não agora	11	55%
Estava pronta para engravidar	3	15%
<b>Idade gestacional</b>		
1º trimestre	2	10%
2º trimestre	5	25%
3º trimestre	13	65%
<b>Possui Parceiro Fixo</b>		
Sim	20	100%
Não	0	0%
<b>Quantos parceiros sexuais já teve anteriormente, incluindo o atual</b>		
1 a 3	11	55%
4 a 6	5	25%
7 a 9	2	10%
> 10	2	10%
<b>Com que idade iniciou sua atividade sexual</b>		
15 a 18 anos	13	65%
19 a 21 anos	3	15%
> 21 anos	4	20%
<b>O que você acha sobre sexo durante a gravidez</b>		
Acho desconfortável	5	25%
Eu gosto	11	55%
Não gosto, mas eu faço	4	20%
<b>Você tem medo de manter relações sexuais durante a gestação</b>		
Sim	5	25%
Não	15	75%
<b>Você sabe o que é Disfunção Sexual</b>		
Sim	12	60%
Não	8	40%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fonte: Taketomi MSN, et al., 2021.

Os resultados revelam que antes da gestação 40% tinham desejo sexual diariamente, 50% poucas vezes na semana, 10% raramente, já durante a gestação 20% sentiam desejo sexual diariamente, 50% poucas vezes na semana e com aumento para 30% raramente sentiam desejo. Sobre a avaliação da excitação antes 60% se excitavam facilmente, 30% dificilmente se excitavam, 10% raramente, durante a gestação o percentual foi para 15% que facilmente se excitavam, 55% dificilmente se excitavam e 30% raramente se excitavam. Avaliação da lubrificação antes da gestação, 70% se lubrificavam facilmente, 20% ficavam lubrificadas com dificuldade, 10% faziam uso do gel lubrificante, durante a gestação 40% ficavam lubrificadas facilmente, 35% com dificuldades, 15% não ficavam lubrificadas e 10% usavam gel lubrificante (**Tabela 3**).

**Tabela 3** - Análise comparativa de sintomas de DS antes e durante a gestação.

Descrição	Antes da Gestação		Durante a gestação	
	N	%	N	%
<b>Avaliação do desejo Sexual</b>				
Desejo diariamente	8	40%	4	20%
Desejo poucas vezes por semana	10	50%	10	50%
Desejo raramente	2	10%	6	30%
<b>Avaliação da Excitação</b>				
Se excita facilmente	12	60%	3	15%
Dificuldade de ficar excitada	6	30%	11	55%
Raramente fica excitada	2	10%	6	30%
<b>Avaliação da lubrificação</b>				
Fica Lubrificada facilmente	14	70%	8	40%
Fica lubrificada com dificuldade	4	20%	7	35%
Não Fica Lubrificada	0	0%	3	15%
Faz uso de gel lubrificante	2	10%	2	10%
Não faz uso de gel lubrificante	0	0%	0	0%
<b>Avaliação da satisfação sexual</b>				
Sempre fica satisfeita	14	70%	5	25%
Fica satisfeita de vez em quando	6	30%	13	65%
Nunca fica satisfeita	0	0%	2	10%
<b>Avaliação do orgasmo</b>				
Sempre atinge o orgasmo	7	35%	5	25%
Quase sempre tenha orgasmo	12	60%	13	65%
Nunca tem orgasmo	1	5%	2	10%
<b>Qual a Frequência da sua atividade sexual</b>				
Diariamente	3	15%	0	0%
Algumas vezes por semana	14	70%	8	40%
Algumas vezes por mês	3	15%	9	45%
Raramente	0	0%	3	15%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fonte: Taketomi MSN, et al., 2021.

Na satisfação sexual antes 70% ficavam satisfeitas e 30% de vez em quando, durante a gestação só 25% relatam ficar satisfeitas, 65% de vez em quando e 10% nunca ficavam satisfeitas. 35% atingiam o orgasmo antes da gestação, 60% quase sempre tinham orgasmo, 5% nunca tiveram orgasmo, durante a gestação 25% atingiam o orgasmo, 65% quase sempre tinham e 10% nunca tiveram orgasmos durante a gestação. Antes a frequência da relação era 15% diariamente, 70% algumas vezes por semana, 15% algumas vezes por mês, durante a gestação a frequência foi para, 40% algumas vezes por semana, 45% algumas vezes por mês e 15% raramente (**Tabela 3**).

Observa-se um percentual de 40% para as que costumam sentir dor e desconforto durante a relação sexual, 60% para que não costumam sentir nenhum tipo de desconforto na relação sexual. No quesito de qual a frequência sente dor e desconforto durante a penetração vaginal 50% sempre sente dor e desconforto, 40% as vezes sentem e 10% raramente sentem dor e desconforto durante a penetração vaginal (**Tabela 4**).

**Tabela 4 - Análise da presença de sintomas dolorosos durante a gestação.**

Descrição	N	%
<b>Você costuma sentir dor ou desconforto durante a relação sexual</b>		
Sim	8	40%
Não	12	60%
<b>Com que frequência você sente dor ou desconforto durante a penetração vaginal</b>		
Sempre	10	50%
Às vezes	8	40%
Raramente	2	10%
Nunca	0	0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fonte: Taketomi MSN, et al., 2021.

## DISCUSSÃO

Já sabemos que a disfunção sexual pode afetar negativamente a saúde e a qualidade de vida da gestante, o que gera impactos como sofrimento pessoal, tanto para gestante, quanto para seu parceiro. Então cabe aos profissionais de saúde abordar sobre a sexualidade durante a gestação por meio da educação em saúde (CAMILLO BS, et al., 2016).

O presente estudo possibilitou evidenciar que a maioria das gestantes se encontram na faixa etária de 18 e 32 anos, tais resultados foram semelhantes aos achados de outro estudo, em que 69,3% pertenciam a faixa etária de 20 e 35 anos (BARBOSA EM, et al., 2017).

No estudo de Fernandes FCGM, et al. (2019) constatou que a idade de primíparas no Brasil concentra-se na faixa etária dos 15 e 29 anos de idade nas regiões mais pobres do país, nas regiões mais desenvolvidas, a idade ficou na faixa etária dos 20 e 29 anos, com percentuais elevados entre 30 e 39 anos.

As associações das variáveis sociodemográficas demonstraram relação significativa com idade e renda. No que diz respeito à idade, mulheres na faixa etária entre 21 e 30 anos tem 4,6 vezes mais chance de ter disfunção sexual do que aquelas acima de 30 anos. Já quanto à renda familiar, grávidas que recebem entre 1 e 2 salários-mínimos possuem 4 vezes mais chance de ter disfunção sexual do que aquelas que possuem renda maior do que 4 salários-mínimos. Estudo que objetivou avaliar a associação entre função sexual e satisfação sexual, com 51 gestantes no segundo trimestre, encontrou dados similares, com uma maior prevalência de disfunção sexual em mulheres de baixa renda (NINIVAGGIO C, et al., 2017).

Ainda de acordo com Ninivaggio C, et al. (2017) explicam que, independentemente do contexto socioeconômico e cultural que a mulher vivencia, elas podem expor problemas com desejo, excitação, orgasmo, lubrificação na gravidez, além de insatisfação sexual e dispareunia. Assim sendo, com o avanço da gestação, há uma redução no desejo, na constância e na satisfação sexual.

As disfunções sexuais levam a diversos problemas sociais, econômico, psíquicos e físicos para as mulheres, diminuindo ainda mais a produtividade e qualidade de vida, já que acomete 35,5% da população feminina. Como se sabe, essas disfunções são responsáveis por morbidade, sendo necessário cuidados dentro da área da saúde, por profissionais habilitados (PILOTO AM, et al., 2019).

Ninivaggio C, et al. (2017) destacaram que a disfunção sexual pode acontecer em qualquer fase da vida da mulher, entretanto, após o descobrimento da gestação, a função sexual parece ser bastante comprometida negativamente, provocando redução das relações sexuais e do desejo, o que pode induzir a um quadro patológico de disfunção sexual.

Dados de Köhler BSM, et al. (2017) observou-se que a prevalência de disfunção sexual feminina foi de 33,04% resultados que foram controversos a pesquisa de Ninivaggio C, et al. (2017), onde 627 gestantes com média de idade de 24.2± 5.1 anos. Destas, 36,3% das que estavam no terceiro trimestre apresentavam disfunção sexual. Percebeu-se que de acordo com o trimestre a frequência de relação sexuais diminuiu, que por outro lado no primeiro para o segundo trimestre as disfunções sexuais aumentaram e já do segundo para

o terceiro trimestre as disfunções sexuais que mais prevaleceu foram de desejo, excitação e orgasmo. (KÖHLER BSM, et al., 2017).

O elevado índice de disfunção sexual no terceiro trimestre gestacional pode ser esclarecido pelas alterações físicas e emocionais do período, que dificulta a estimulação adequada das zonas erógenas, também está associada a conflitos conjugais, falta de atração pelo parceiro, ansiedade pelo bem-estar do feto. Fatores que são preditores de problemas sexuais nessa fase (MATHIAS AERA, et al., 2015).

Na análise de Köhler BSM, et al. (2017) onde utilizaram o questionário Female Sexual Function Index (FSFI), verificou-se que nos domínios excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação foram menores no segundo trimestre comparado ao primeiro e terceiro trimestre. Diferente do estudo de Gałazka I, et al. (2015) que houve diminuição ao longo dos trimestres gestacionais em todos os domínios (excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, desejo e dor). Em primigestas que estão em no terceiro trimestre a disfunção sexual foi mais comum e estavam relacionadas a insatisfações com o seu relacionamento.

Durante essa pesquisa 25% das mulheres afirmaram sentir medo de manter relações sexuais durante a gestação, esse pensamento pode surgir por achar que a penetração possa machucar o feto. Ribeiro MC, et al. (2017) diz que as crenças de que o sexo durante a gravidez pode prejudicar o feto e comprometer a gestação. Isso por falta de conhecimento da anatomia básica sobre o sistema reprodutor feminino.

A falta de informações e conhecimento sobre a anatomia e fisiologia do sistema sexual feminino, resposta sexual, medicamentos, condições patológicas, problema pessoal e conflitos conjugais, podem levar a diversos problemas emocionais sérios o que resulta a algum tipo de disfunção sexual (SILVA LCD, et al., 2018).

Em relação ao domínio da excitação, neste estudo as participantes relataram excitar-se facilmente antes da gravidez com 60% das respostas e durante a gravidez somente 15% se excitavam facilmente. Descobertas semelhantes foram observadas em um estudo transversal Kahramanoglu I, et al. (2017) com 181 mulheres não grávidas e 177 mulheres grávidas, em que a disfunção sexual geral a taxa foi de 31,7%, sendo mais prevalente em gestantes (40,4%) do que em mulheres não grávidas (23,3%), com uma diferença significativa entre ambas. Para Carneiro MRB, et al. (2017) os pensamentos distrativos ou negativos influenciam na função sexual feminina, levando a uma dificuldade de excitação e orgasmo.

O presente estudo ainda aponta que a satisfação sexual diminuiu de 70% para 25% durante a gravidez. Corroborando Leister N (2015) afirma que a satisfação sexual se encontra mais limitada no terceiro trimestre da gestação, nessa fase o desconforto está mais evidente, pois há uma maior preocupação com as posições sexuais, onde possa gerar mais conforto na prática sexual, com isso percebe-se que a prática diminui gradativamente no decorrer da gestação.

Nota-se que na avaliação do orgasmo antes e durante a gestação as mulheres também sofreu impacto negativo, divergindo do estudo de Kontula O e Miettinen A (2016), que fala sobre um alto percentual de mulheres que nunca tiveram orgasmo, sendo mais provável de homens terem orgasmos durante a relação sexual do que as mulheres.

Quanto a análise dos sintomas dolorosos durante a gestação, cerca de 60% afirmaram não sentir dor e desconforto durante a relação sexual. Já a frequência de dor e desconforto durante a penetração vaginal 50% relatou sempre sentir. Comparando com os resultados do estudo de Sperandio FF, et al. (2015) que relatou que a prevalência de dispareunia no terceiro trimestre gestacional chega a 48,5%, sendo que essa frequência é de sempre ou quase sempre 35,7%, a maioria das vezes 18,4%, as vezes 28,6% e algumas vezes 17,3%. Quando se tratou da intensidade a maioria 58,2% relatou dor moderada.

## CONCLUSÃO

A presente pesquisa demonstrou uma considerável prevalência de disfunção sexual nas gestantes, sendo que houve uma tendência ao aumento dos sintomas com a evolução da gestação. Os domínios mais afetados do questionário foram dor, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo, seguido de desejo. Com isso a atuação da fisioterapia é essencial para mulheres com disfunção sexual, uma vez que há estudos que

comprovam que as intervenções fisioterapêuticas aplicadas as mulheres com disfunção sexual, foram eficazes para o tratamento das disfunções além de proporcionar uma melhora significativa na qualidade de vida dessas mulheres.

## REFERÊNCIAS

1. ANTONIO JZ, et al. Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. *Fisioter Bras.*, 2016; 17(6):544-550.
2. BARBOSA EM, et al. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. *Rev Rene*, 2017; 18(2): 227-33.
3. CAMILLO BS, et al. Ações de educação em saúde na atenção primária. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10(Supl. 6): 4894-901.
4. CARNEIRO MRB. Satisfação sexual e relacional em mulheres que experienciam orgasmos múltiplos. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Porto, Portugal, 2017; 67 f.
5. COSTA CKLD, et al. Physical therapy care in female sexual function: educational intervention of the pelvic floor muscles. *Fisioterapia Brasil*, 2018; 19(1): 65-71.
6. FERREIRA CH, et al. Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. *Int Urogynecol J*, 2015; 26(12): 1735-50.
7. FIAMONCINI AA, REIS MMF. Sexualidade e gestação: fatores que influenciam na expressão da sexualidade. *Rev Brasileira de sexualidade humana*, 2018, 29(1); 91-102.
8. FITZ, Fátima Faní. Fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas. *Fisioterapia Brasil*, 2016; 16 (2).
9. GALAZKA I. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med*, 2015; 12(2): 445-54.
10. GHADERI F, et al. Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. *Rev. International de Urogynecol*, 2019; 30(11): 1849-1855.
11. GOMES GLP. Disfunção sexual feminina na relação conjugal: uma revisão de literatura. Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO), 2019.
12. KÖHLER BSM. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. *ConScientiae Saúde*, 2017; 16(3): 360-366.
13. KONTULA O, MIETTINEN A. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 2016; 6(4): 1-22.
14. LEISTER N. Função sexual na gestação e após o parto: estudo de coorte. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2015.
15. MARQUI ABTD, et al. Sexual dysfunction in endometriosis: a systematic review. *Revista USP*, 2015;48(5).
16. MATHIAS AERA. Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional. *ABCS Health Sci.*, 2015; 40(2):75-79.
17. MOURA JFAL, et al. Cinesioterapia para o fortalecimento do assoalho pélvico no período gestacional. *Visão Universitária*, 2015; 3: 186-201.
18. NINIVAGGIO C, et al. Sexual function changes during pregnancy. *Int Urogyn J.*, 2017; 28(6): 923–929.
19. PANMAN CMCR, et al. Two-year effects and cost-effectiveness of pelvic floor muscle training in mild pelvic organ prolapse: a randomised controlled trial in primary care. *Rev. Obstetricians and Gynaecologist*, 2016; 124(3): 511-520.
20. PILOTO AM, et al. Análise das características clínicas em mulheres com disfunções do assoalho pélvico atendidas em um ambulatório no interior da Bahia. *Rev. Mult. Psic.*, 2019; 13 (48) supl.1: 109-119.
21. PONTES IEA, et al. Disfunções sexuais femininas: Um olhar sobre a importância do cuidado fisioterapêutico. IV Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde, 2020.
22. RIBEIRO MC, et al. Beliefs about Sexual activity during pregnancy: A systematic review of the literature. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2017; 43(8): 822-832.
23. SILVA LCD, et al. Incidence of sexual dysfuncons in university students of a University Center in the state of Rio de Janeiro. *Saúde em Redes*, 2018; 4(4): 95-103.
24. SPERANDIO FF. Prevalência de dispareunia na gravidez e fatores associados. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, 2016; 16 (1): 49-55.
25. TRINDADE SB, LUZES R. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. *Revista discente da UNIABEU*, 2017; 5(9).