

**Artigo original**

# Função sexual feminina na gestação

## *Female sexual function in pregnancy*

Cinara Sacomori, Ft.\* , Fernando Luiz Cardoso, D.Sc.\*\* , Priscilla Geraldine Wittkopf, Ft.\*\*\*, Gustavo Fernando Sutter Latorre, Ft.\*\*\*\*

.....  
*\*Doutoranda em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, \*\*Coordenador do Laboratório de Gênero Sexualidade e Corporeidade – UDESC, \*\*\*Mestranda em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, \*\*\*\*Mestrando em Fisioterapia pela Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC*

### Resumo

*Introdução:* A disfunção sexual é queixa comum entre boa parte das mulheres, e influencia negativamente na qualidade de vida da mulher e na do casal. O fisioterapeuta desempenha papel fundamental no tratamento deste tipo de disfunção, para o qual se faz necessário o perfeito entendimento das condições em questão. *Métodos:* Objetivando analisar as mudanças sexuais durante os trimestres gestacionais, 156 gestantes acompanhadas pelo serviço público de saúde responderam um questionário específico durante seis meses de coleta. *Resultados:* O período gestacional esteve associado a variações no desejo sexual (32%), excitação (30%) e satisfação (25%). Houve diferença significativa na variação ( $p < 0,001$ ) entre os trimestres. 5,4% das participantes jamais tivera orgasmo, e a idade do primeiro orgasmo foi de 18,52 anos ( $DP \pm 3,37$ ). Dispareunia esteve presente antes da gestação e durante os três trimestres, de maneira crescente. *Conclusão:* A função sexual da gestante diminui progressivamente conforme o avanço da gestação. Por se tratarem de domínios relacionados diretamente à função do assoalho pélvico, o fisioterapeuta pode ter papel determinante na minimização dos sintomas.

**Palavras-chave:** gestação, disfunção sexual, progressão, fisioterapia.

### Abstract

*Introduction:* Sexual dysfunction is a common complaint among most women, and negatively influences her quality of life and the couple's. The physical therapist plays a key role in treating this type of dysfunction, for which perfect understanding of that condition is needed. *Methods:* Aiming to analyze the sexual changes during the gestational period, 156 pregnant women assisted by public health system answered a questionnaire during six months of data collection. *Results:* Gestational was associated with changes in sexual desire (32%), arousal (30%) and satisfaction (25%). There was significant difference in the variation ( $p < 0.001$ ) between the periods. 5.4% had never had an orgasm; first orgasm age was 18.52 years ( $SD \pm 3.37$ ). Dyspareunia was present before pregnancy and increasing during the three periods. *Conclusion:* During gestation, the sexual function of pregnant women decreases progressively with time. Since they are directly related to the pelvic floor function, the physical therapist plays an important role in reducing symptoms.

**Key-words:** pregnancy, sexual dysfunction, progression, physical therapy.

Recebido em 7 de maio de 2012; aceito em 10 de setembro de 2012.

**Endereço para correspondência:** Fernando Luiz Cardoso, Rua Benevenuto Bartlet James, 69, 88015-630 Florianópolis SC, E-mail: fernando.cardoso@udesc.br, gustavo@perineo.net

## Introdução

A sexualidade humana é considerada um processo contínuo influenciado por fatores biológicos, fisiológicos, emocionais, sociais e culturais, o que repercute na vida e na saúde dos indivíduos [1]. Em especial nas mulheres esse processo recebe influência de três marcos: a puberdade, a menopausa e, comumente, a gestação.

Especificamente quanto à gestação, no terceiro trimestre são verificados os maiores declínios dos domínios relativos à função sexual feminina, o que vem a influenciar negativamente a relação do casal [2]. Comumente a sexualidade, neste período, é afetada por alterações da imagem corporal, diminuição da energia física, desconfortos ortopédicos, ajustamento a novos papéis sociais, alterações humorais, etc. [3-6].

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [7] as disfunções sexuais podem ser classificadas, principalmente, em transtornos do desejo sexual, da excitação sexual, do orgasmo e de dor sexual. Dentre tais disfunções aquelas em que o fisioterapeuta apresenta maior eficiência são as relacionadas ao desequilíbrio do assoalho pélvico, tendo em vista que a função do assoalho pélvico está diretamente relacionada à função sexual feminina [8-11]. A carência de conhecimento a respeito de sexualidade por parte dos profissionais de Fisioterapia, desde a formação, torna o sistema de atenção à saúde fragilizado neste aspecto [12].

A fisioterapia pélvica vem trazendo soluções sólidas para o tratamento das disfunções sexuais femininas [13], mas para que a terapêutica seja precisa é necessário o entendimento das particularidades da sexualidade feminina durante o período gestacional. Munido deste conhecimento, o fisioterapeuta terá mais clareza em seu diagnóstico cinético-funcional e, conseqüentemente, maior acurácia na decisão terapêutica, auxiliando por fim para que a mulher atravesse o período gestacional com a satisfação em sua maior plenitude.

Por efeito dos fatos e entendimentos supracitados, o presente estudo objetivou descrever as alterações na função sexual de gestantes ao longo dos trimestres gestacionais.

## Material e métodos

Estudo descritivo retrospectivo com participantes que compuseram amostragem intencional do tipo *focus groups* (focalizada em grupos particulares).

### Participantes

156 gestantes, maiores de 18 anos, que se encontravam no terceiro trimestre gestacional ou puerpério imediato (de 1 a 3 dias pós-parto) respondiam as questões em relação ao período pré-gestacional e os 3 trimestres de gestação. Os locais de coleta de dados consistiram em postos de saúde e na Maternidade de referência de Florianópolis (SC) no período de 6 meses.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (CEP-UNESC) sob o número de referência 27/05, e pelo Comitê de ética em pesquisa da Maternidade Carmela Dutra sob número CAAE-0009.0.233.233-07 sendo desenvolvido com gestantes que, cientes e concordantes com o objetivo e a metodologia do estudo, aceitaram voluntária e anonimamente participar deste estudo.

### Instrumento

Para avaliar a função sexual das gestantes deste estudo foi utilizado o Questionário de Sexualidade na Gestação, em validação e utilizado em estudos prévios [14-16]. O questionário abrange os momentos pré-gestacional e gestacional. O instrumento semiestruturado, contendo questões abertas e fechadas, é composto por duas partes de entrevista: a primeira constituiu-se de anamnese com questões sociodemográficas, breve histórico de saúde, hábitos de vida e histórico obstétrico; a segunda abrange os domínios: Comportamento Sexual (frequência de relações sexuais e práticas sexuais realizadas), Resposta Sexual/Função Sexual (desejo sexual, excitação sexual, satisfação sexual e dor) e Aspectos Simbólicos (disposição sexual, prazer proporcionado da participante e percepção da disposição sexual de seu parceiro). Para o presente estudo será utilizado para análise apenas o domínio Resposta sexual/Função sexual. As respostas relacionadas ao desejo sexual, à excitação sexual à satisfação sexual e ao orgasmo são dadas por meio de escala tipo *Likert* em que 0 corresponde a nada e 10 a muito. Com relação ao orgasmo e a dor as respostas eram atribuídas a 4 categorias sendo 0 nunca e 4 sempre.

### Análise estatística

Os dados foram analisados e tabulados no SPSS versão 17.0. Foi utilizada a estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência) e a estatística inferencial (ANOVA de médias repetidas e qui quadrado).

## Resultados

A Tabela I mostra as características das 156 participantes do estudo, em que diferentes idades, escolaridades, estados civis, etnias e religiões estão representadas.

Todas as participantes do estudo tiveram relações sexuais durante a gestação, a Tabela II apresenta a variação dos aspectos da função sexual na gestação.

O efeito global mostrou que aproximadamente 32% da variação do desejo sexual, 30% da variação da excitação sexual e 25% da variação da satisfação sexual podem ser creditados ao período gestacional.

As comparações emparelhadas demonstraram que houve diferença significativa nas médias de desejo sexual, excitação sexual, satisfação sexual e intensidade de orgasmo com  $p <$

0,001, entre a maioria dos períodos estudados, sendo que entre o segundo e terceiro trimestres o  $p = 0,004$ .

**Tabela I** - Características das participantes do estudo.

Variável	Descrição		
	M	DP	Md
<b>Idade (anos)</b>	<b>25, 8</b>	<b>6,2</b>	<b>25,0</b>
	N	%	
<b>Estado civil</b>			
Solteiras		9	
Casadas		42,3	
União Estável		44,9	
Separadas/divorciadas		3,8	
<b>Escolaridade</b>			
Ensino Fundamental Incompleto		20,4	
Ensino Fundamental Completo		7,7	
Ensino Médio Incompleto		11	
Ensino Médio Completo		32,5	
Ensino Superior Incompleto		11,7	
Ensino Superior Completo		8,4	
Pós-graduação		8,3	
<b>Etnia</b>			
Branca		63,5	
Amarela/oriental		3,2	
Pardas		23,7	
Negra		9	
Indígena		0,9	
<b>Religião</b>			
Católicas		68,4	
Evangélicas/protestantes		16,8	
Espíritas		10,3	
Outras		4,5	
<b>Queria engravidar</b>			
Não queria engravidar		14,6	
Queria engravidar, mas não agora		44,9	
Estava pronta para engravidar		39,5	
<b>Como a gravidez ocorreu</b>			
Engravidou assim que quis		31,8	
Tomou a pílula de forma irregular		22,7	
Falha no coito interrompido		11	
Vinha tentando engravidar há tempo		8,4	
Tabelinha falhou		7,1	
O preservativo rompeu		5,2	
Não teve acesso aos métodos anticoncepcionais		4,5	
Outros		7,8	

M = média, DP = desvio padrão, Md = mediana.

Foi verificado que oito participantes (5,4%) reportaram nunca ter experimentado orgasmo. A média da idade em que as participantes tiveram o primeiro orgasmo foi de 18,52 anos

(DP  $\pm$  3,37). A Tabela III mostra a frequência de orgasmo das participantes.

A dor, durante a atividade sexual, esteve presente antes da gestação (10,8%), no primeiro (22,5%), segundo (33,8%) e terceiro (44,3%) trimestres. Quando realizado o teste de associação  $\chi^2$  em cada um dos períodos para avaliar a associação entre as respostas para a variável ocorrência de dor (nunca, as vezes e sempre), obteve-se que houve diferença significativa nessas respostas,  $p < 001$ , em todos os períodos (tabela IV).

## Discussão

No presente estudo foi possível observar que as 156 participantes mantiveram relações sexuais durante o período gestacional. Já Kouakou *et al.* [17] constataram, em 200 gestantes, que 22% não praticaram atividade sexual sendo o medo de machucar o feto a principal causa da abstinência. Além disso, 60,9% de todas as participantes achavam que a atividade sexual poderia ser responsável por possível aborto, e apenas 21,1% questionavam ao médico sobre sexualidade.

Quando analisado o desejo sexual, observou-se que este diminuiu conforme a evolução da gestação. O mesmo comportamento foi evidenciado por De Judicibus e McCabe [3], que avaliaram os fatores psicológicos e a sexualidade de 138 gestantes e puérperas que indicaram declínio do desejo sexual não apenas durante o período gestacional como, também, 12 semanas após o parto. A diminuição do desejo sexual pode ser atribuída ao cansaço como constante fator que influencia a sexualidade de gestantes [3]. Pauleta *et al.* [18] observaram que das 188 participantes do estudo 38,8% relataram não haver mudança no desejo sexual e 32,5% afirmaram diminuição do mesmo.

Apesar de estudos mostrarem o declínio do desejo sexual durante a evolução da gestação, Masters & Johnson [19,20] e Reamy [21] encontraram aumento do desejo sexual no segundo trimestre comparado ao primeiro e ao terceiro trimestre gestacional. O decréscimo de desejo sexual durante o primeiro trimestre pode ser atribuído às mudanças psicológicas, à náusea, ao vômito e ao medo de aborto ou injúria ao feto [21-24].

Em termos de excitação sexual a congestão dos vasos sanguíneos durante esta fase é intensificada no primeiro e segundo trimestres gestacionais. Entretanto, apesar de no último trimestre existir vaso congestão generalizada, isso pouco influencia a excitação sexual [25]. Com isso, Franceschet *et al.* [26], ao avaliarem a função sexual e a força do assoalho pélvico de 37 gestantes observaram significativa redução da excitação sexual do segundo para o terceiro trimestre gestacional. Contudo, em nosso estudo, assim como no de Uwapusitanon e Choobun [27] foi evidenciado significativa redução ao longo de toda a gestação.

Ao avaliar a satisfação sexual constatou-se que a mesma reduziu significativamente do período pré-gestacional para o gestacional, como ao longo deste. O mesmo foi observado

**Tabela II** - Variação dos aspectos da função sexual na gestação.

Variável	Antes gestação	Trimestre1	Trimestre2	trimestre3	F	GL	P	%
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP				
Desejo sexual	7,99 ± 2,11	6,96 ± 2,50	6,15 ± 2,77	6,15 ± 2,77	60,34	2,11	0,001	32
Excitação sexual	8,02 ± 2,15	6,85 ± 2,66	6,25 ± 2,86	5,75 ± 3,15	48,35	1,89	0,001	30
Satisfação sexual	8,46 ± 2,16	7,45 ± 2,64	6,85 ± 2,94	6,40 ± 3,11	42,72	1,94	0,001	20
Orgasmo	8,04 ± 2,54	7,02 ± 2,89	6,21 ± 3,03	5,65 ± 3,54	44,38	1,87	0,001	25

M = média, DP = desvio padrão, GL = Grau de liberdade, % = variância explicada, P < 0,05

**Tabela III** - Frequência de orgasmo nos diferentes períodos estudados.

Variável	Antes gestação		Trimestre 1		Trimestre 2		Trimestre 3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não experimentou	9	6	14	9,3	23	15,9	31	21,8
Ocasionalmente	25	16,7	36	24	35	24,1	37	26,1
Frequentemente	72	48	64	4,2	61	42,1	49	34,5
Sempre	44	29,3	36	24	26	17,9	25	17,6

**Tabela IV** - Frequência de dor.

Variável	Antes gestação	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	GL	p
	N (%)	N (%)	F (%válida)	F (% válida)		
Nunca	135 (88,2%)	117 (77,5%)	100 (66,2%)	84 (55,6%)	2	.001
Às vezes	14 (9,2%)	26 (17,2%)	40 (26,5%)	47 (31,1%)	2	.001
Sempre	4 (2,6%)	8 (5,3%)	11 (7,3%)	20 (13,2%)	2	.001

F = frequência válida, GL = grau de liberdade, p < 0,05.

por outros autores que atribuíram este comportamento a fatores como mudanças no corpo que afetam a autoestima, desconforto, medo de prejudicar o bebê além de sintomas físicos como náuseas, sonolência e fadiga [3,17-20,27-30].

Gokyildiz e Beji [31] observaram que 79,3% das mulheres sentiam-se sexualmente satisfeitas antes da gestação, decaindo para 56% no primeiro trimestre, 42,7% no segundo e 20% no terceiro. Por outro lado, Franceschet *et al.* [26] evidenciaram redução significativa da satisfação sexual apenas do segundo trimestre gestacional para o terceiro.

### Orgasmo (frequência e intensidade)

No tocante ao orgasmo, verificou-se que a frequência diminuiu com o avançar da gestação, corroborando os dados obtidos por Haines *et al.* [32], Uwapusitanon e Choobun [27] e Bello *et al.* [33]

De acordo com Von Sydow [25], de 10 a 26% de todas as mulheres não experimentarão orgasmo durante toda a vida. Além disso, segundo o autor as questões que envolvem o termo orgasmo são as menos respondidas em pesquisas, pois os participantes têm dificuldade de entender o sentido da palavra ou preconceito em assumir que sentem prazer durante a atividade sexual. Esse é um fator limitante para compreensão do fenômeno orgásmico. Daí a necessidade do profissional da saúde atuar no esclarecimento das manifestações fisiológicas relacionadas. Não encontramos estudos que tivessem investigado a percepção da mulher quanto à intensidade do

seu orgasmo, utilizando-se de uma escala numérica para sua graduação.

O coito durante a gestação foi reportado como sempre dolorido por 22,7% das gestantes africanas [34]. Já Von Sydow [25] reportou que a dispareunia esteve presente na gestação variando de 22-50%. Ainda, Gokyildiz e Beji [31] encontraram que 10,6% das mulheres experimentaram dor durante o coito no primeiro trimestre, 13,3% no segundo trimestre e 17,4% no terceiro trimestre. Nossos resultados foram superiores aos de Gokyildiz e Beji [31], porém, mantiveram-se dentro da faixa percentual citada por Von Sydow [25]. Cabe salientar, que com o avançar da gestação, a frequência de dispareunia aumentou. Isso pode ser explicado pelas mudanças adaptativas que irão propiciar o parto e que ocorrem na região pélvica.

### Conclusão

O avançar da gestação esteve relacionado à diminuição gradual da função sexual (desejo, excitação, satisfação, orgasmo e dor). Tendo em vista que estes domínios são influenciados por estímulos mecânicos e psicogênicos, o fisioterapeuta munido por estas informações pode contribuir para a orientação da prática sexual e consciência corporal durante este período. Pelo fato de a sexualidade feminina ser intimamente relacionada à boa função do assoalho pélvico, e de a fisioterapia específica para esta região incrementar a função local, este tipo de abordagem deve contribuir para o implemento da qualidade de vida da mulher durante o

período gestacional, momento caracterizado por adaptações morfológicas e funcionais que podem e devem ser vivenciadas com naturalidade.

## Referências

- Gir E, Nogueira MS, Pelá NTR. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. *Rev Latinoam Enferm* 2000;8(2):33-40.
- Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Import Res* 2005;17(2):154-7.
- Cabral ACV. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
- De Judicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002;39(2):94-103.
- Lamarre AK, Paterson LQ, Gorzalka BB. Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: a review. *Can J Hum Sex* 2003;12:151-68.
- Savall ACR, Mendes AK, Cardoso FL. Perfil do comportamento sexual na gestação. *Rev Fisioter Mov* 2008;21(2):61-70.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington DC: *American Psychiatric Association*; 1994.
- Moreno A. *Fisioterapia em Uroginecologia*. 2ª ed. Barueri: Manole; 2009. p. 201.
- Baracho E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos de ginecologia e neonatologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan/Medsj; 2007.
- Hay-Smith J, Herbison P, Mørkved S. Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 17;(4):CD003191.
- Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction (CME). *J Sex Med* 2008;5(3):513-23.
- Piassarolli VP, Hardy E, Andrade NF, Ferreira ND. Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2010;32(5):234-40.
- Rosenbaum TY. Pelvic floor physiotherapy for women with urogenital dysfunction: indications and methods. *Minerva Urol Nefrol* 2011;63(1):101-7.
- Erenel AS, Eroglu K, Vural G, Dilbaz B. A pilot study: In what ways do women in Turkey experience a change in their sexuality during pregnancy? *Sex Disabil* 2011;29(3):207-16.
- Bianco G, Braz MM. Efeitos dos exercícios do assoalho pélvico na sexualidade feminina. [Periódico on line] 2004. [citado 2008 Mai 20], Disponível em URL: <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/conquer/article/viewFile/31/20>.
- Savall ACR, Cardoso FL. The pregnancy sexuality questionnaire elaboration – QSG. *Fiep Bulletin* 2008;78(Special Edition):422-26.
- Sacomori C, Cardoso FL. Práticas sexuais de gestantes brasileiras. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008;73(5):313-17.
- Sacomori C, Cardoso FL. Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among Brazilian women: a retrospective study. *J Sex Marital Ther* 2010;36:124-36.
- Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Ménin MM, Kouaho JC, Djanhan Y. Reality of the impact of pregnancy on sexuality. Results about review of 200 Ivoirians pregnant women. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011;40(1):36-41.
- Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010;7(1 Pt 1):136-42.
- Masters WH, Johnson VE. *A resposta sexual humana*. São Paulo: Roca; 1984.
- Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *Human Sexuality*. 2nd ed. Toronto: Little, Brown and Company; 1985.
- Reamy K, White SE, Daniell WC, Le Vine ES. Sexuality and pregnancy: a prospective study. *J Reprod Med* 1982;27:321-7.
- Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107:964-8.
- Robson KM, Brant HA, Kumar R. Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1981;88:882-9.
- O-Prasertsawat P, Pongthai S, Tangutai K. Factors associated with sexual dysfunctions during pregnancy. *Thai J Obstet Gynaecol* 1997;9:103-8.
- Sydow KV. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999;47(1):27-9.
- Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. *Rev Bras Fisioter* 2009;13(5):383-9.
- Uwapusitanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *J Med Assoc Thai* 2004; 87(Suppl 3):S45-9.
- Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84(10):934-8.
- Sproul K, Deugarte CM, Yamini E, De Cherney A, Berman J. Female sexual function during pregnancy. *Fertil Steril* 2004;82 Suppl 2:S339.
- Sipinski A, Kazimierczak M, Buchacz P, Sipinska K. Sexual behavior of pregnant women. *Wiad Lek* 2004;57 Suppl 1:281-4.
- Haines CJ, Shan YOS, Kuen CL, et al. Sexual behavior in pregnancy among Hong Kong Chinese women. *J Psychosom Res* 1996;40(3):299-304.
- Gokyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther* 2005;31:201-15.
- Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *International Scholarly Research Network. ISRN Obstet Gynecol*; 2011;856586.
- Adinma JIB. Sexuality in Nigerian Pregnant Women: Perceptions and Practice. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* 1995;25(3):290-93.