

ARTIGO ORIGINAL

Disfunções sexuais em gestantes da comunidade

Sexual dysfunction in pregnant women in a community

Vanessa da Nóbrega Dias¹, Jaizza Farah Coelho Vasconcelos¹, Taíses Karen Lopes de Souza¹,
Nicoly Tifanny da Silva Souza¹, Deise Olanda Paulino Nunes¹, Leydianne dos Santos Sousa²

¹Faculdade Nova Esperança (FACENE), João Pessoa, PB, Brasil

²Faculdade Edufor (EDUFOR), São Luís, MA, Brasil

Recebido em: 20 de Setembro de 2025; Aceito em: 9 de Outubro de 2025.

Correspondência: Vanessa da Nóbrega Dias, vanessanobrega.d@hotmail.com

Como citar

Dias VN, Vasconcelos JFC, Souza TKL, Souza NTS, Nunes DOP, Sousa LS. Disfunções sexuais em gestantes da comunidade. Fisioter Bras. 2026;27(1):2967-2975 doi: [10.62827/fb.v27i1.1130](https://doi.org/10.62827/fb.v27i1.1130)

Resumo

Introdução: Durante a gestação, a mulher fica mais propícia ao surgimento de disfunções sexuais, devido ao enfraquecimento do assoalho pélvico (MAP) e aos fatores hormonais que, quando combinados, podem resultar em alterações na função sexual. **Objetivo:** Investigou-se a presença de disfunção sexual em gestantes da comunidade. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, quantitativo e de caráter transversal. Foram incluídas mulheres entre 18 e 40 anos, gestantes; foram excluídas aquelas que se negaram a responder o questionário completamente. A avaliação foi realizada na Unidade Básica de Saúde Rosa de Fátima, por meio de um questionário semi-estruturado, contendo dados sociodemográficos, clínicos e funcionais e o Questionnaire Female Sexual Function Index (FSFI). Para a realização da análise estatística, foi utilizado o Teste de Kolmogorov Smirnov para a verificação da normalidade dos dados. Para os desfechos quantitativos, foram utilizados o Teste T ou o Mann-Whitney. Os dados foram apresentados em frequências (relativa e absoluta), média e desvio padrão. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) para todos os testes estatísticos. **Resultados:** A amostra desse estudo foi constituída por 70 ($N=70$) gestantes da comunidade da UBS Rosa De Fátima, que apresentaram uma média de idade de $26,3 \pm 6,1$ anos

e $2,0 \pm 1,2$ gestações. O FSFI apresentou uma média de $20,2 \pm 7,0$ pontos, indicando disfunção sexual entre as gestantes investigadas. Houve relação significativa entre a variável qualitativa FSFI e as outras variáveis qualitativas do estudo: Idade ($p=0,022$), laceração ($p=0,050$) e com o número de gestações ($p=0,03$). **Conclusão:** Há presença de disfunção sexual em mulheres gestantes da comunidade quando possuem uma idade mais avançada, quando possuem um maior número de gestações e quando há lacerações de gestações anteriores.

Palavras-chave: Gestantes; Disfunções Sexuais Fisiológicas; Sexualidade.

Abstract

Introduction: During pregnancy, women are more prone to the emergence of sexual dysfunctions, due to the weakening of the pelvic floor (PF) and hormonal factors that, combined, can result in changes in sexual function. *Objective:* To investigate the presence of sexual dysfunction in pregnant women in the community. *Methods:* This is an observational, quantitative, cross-sectional study. Pregnant women aged between 18 and 40 years were included, and those who refused to answer the questionnaire completely were excluded. The evaluation was carried out at the Rosa de Fátima Basic Health Unit, through a semi-structured questionnaire, containing: sociodemographic, clinical and functional data and the Female Sexual Function Index (FSFI) Questionnaire. The following tests were used to perform the statistical analysis: Kolmogorov-Smirnov test to verify the normality of the data. For the quantitative outcomes, the following tests were used: T-test or Mann Whitney test. Data were presented as frequencies (relative and absolute), mean and standard deviation. The significance level adopted was 5% ($p<0,05$) for all statistical tests. *Results:* The sample of this study consisted of 70 ($N=70$) pregnant women from the Rosa De Fátima UBS community, who had a mean age of 26.3 ± 6.1 years and 2.0 ± 1.2 pregnancies. The FSFI showed a mean of 20.2 ± 7.0 points, indicating sexual dysfunction among the pregnant women investigated. There was a significant relationship between the qualitative variable FSFI and the other qualitative variables of the study: Age ($p=0.022$), laceration ($p=0.050$) and the number of pregnancies ($p=0.03$). *Conclusion:* There is the presence of sexual dysfunction in pregnant women in the community when they are of a more advanced age, when they have a greater number of pregnancies and lacerations from previous pregnancies.

Keywords: Pregnant People; Sexual Dysfunction; Sexuality.

Introdução

Toda mulher passa por muitas fases na vida, desde o seu nascimento até a sua velhice, incluindo diversas mudanças fisiológicas e psicológicas. Dentre elas, a gestação é uma fase do desenvolvimento natural, que implica mudanças na identidade e no corpo e uma redefinição de papéis [1].

As mudanças fisiológicas que ocorrem durante esse período, tanto as mais sutis quanto as mais evidentes, trazem muitos questionamentos e inseguranças. A mulher sofre alterações anatômicas, fisiológicas, hormonais e emocionais que refletem para o resto da sua vida. Dentre todas essas modificações na vida e no corpo da mulher durante

a gestação, duas áreas que sofrem um grande impacto são a autoestima e a vida sexual [2].

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “Sexualidade faz parte da personalidade de cada um, sendo uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida”. Além disso, a sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, portanto, a saúde física e mental. Contudo, muitas mulheres sentem uma diminuição de sua vida sexual durante a gestação [3].

Durante a gestação, a mulher fica mais propícia ao surgimento de disfunções sexuais, devido ao enfraquecimento do assoalho pélvico (MAP) e aos fatores hormonais que, quando combinados, podem resultar em alterações na função sexual [4].

Então, quando há algum problema em uma das etapas do ciclo de resposta sexual, sendo no desejo, excitação, platô, orgasmo ou resolução, caracteriza-se como uma disfunção sexual.

As disfunções sexuais podem surgir ao longo de toda a vida da mulher e podem ser influenciadas por diversos fatores, como o relacionamento com o parceiro, o bem-estar psicológico, o estilo de vida, o uso de medicações, histórias pregressas, histórico de abuso, idade e doenças preexistentes.

Métodos

Pesquisa do tipo observacional, quantitativa e de caráter transversal. A população desse estudo foi constituída por gestantes da comunidade, em qualquer período gestacional, com idade entre 18 e 40 anos, com ausência de doenças subjacentes e de complicações na gravidez, ausência de histórico de uso de medicamentos e suplementos que afetam o desejo sexual. Foram excluídas aquelas que se negaram a responder o questionário completamente.

Estudos apontam que, durante a gravidez, 64,9% das mulheres notaram uma redução na atividade sexual. Cerca de metade delas (50,8%) estava contente com a situação e 30,5% afirmaram que a excitação estava em um nível excelente ou bom. O número de dificuldades e disfunções sexuais aumentou conforme a gravidez avançava, passando de 5,7% para 58,8%. Além disso, 45,8% das mulheres reportaram sentir dor durante a relação sexual [5].

Sendo assim, fica claro quanto é alto o índice de mulheres que adquirem alguma disfunção sexual durante a gestação e poucas vezes essas dificuldades são verbalizadas ou investigadas, tornando-se algo “normal”. Por isso, são necessários mais estudos que tragam a relação entre a disfunção sexual e a gestação, visto que pouco se sabe sobre os verdadeiros elementos que podem afetar essa situação durante este período. Além disso, é importante reconhecer o período gestacional que mais é afetado quanto à etapa do ciclo de resposta sexual, a fim de se criar estratégias preventivas e reabilitadoras que vão proporcionar qualidade de vida a essas mulheres.

Investigou-se a presença de disfunções sexuais em gestantes da comunidade.

A amostra foi recrutada por conveniência e a pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Integrada Rosa de Fátima, localizada no Bairro de Paratibe, em João Pessoa-PB. A entrevista ocorreu de forma presencial, em um ambiente reservado, seguro e individual para garantir a privacidade das participantes.

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos para avaliação: Um questionário

semi-estruturado (Apêndice A), cujas variáveis examinadas foram agrupadas em dados sociodemográficos e clínico-funcionais, e o instrumento de Avaliação Sexual Feminina, o *Female Sexual Function Index - FSFI* (Anexo I).

O questionário semiestruturado, continha as informações referentes aos dados sociodemográficos (nome, endereço, idade, profissão, estado civil, grau de escolaridade, peso, altura e IMC) e clínicos (número de gestações, tipo de parto, episiotomia, laceração, infecções ginecológicas, atividade física, intercorrências, complicações e queixas na gestação).

Para a avaliação da função sexual da mulher, utilizou-se o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) (Anexo I) [6], que é um questionário de 19 itens que se propõe a avaliar a resposta sexual feminina nos seguintes domínios (fases ou componentes da resposta sexual): desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, nas últimas quatro semanas e apresentando escores em cada componente, em que as pontuações mais altas indicam melhor função sexual. Os escores das subescalas são ponderados e somados, originando uma pontuação final, podendo variar de 2 a 36 pontos [7]. O ponto de corte do FSFI é de 26,55 pontos, ou seja, escores mais altos são indicativos de uma melhor função sexual.

Resultados

A amostra deste estudo foi constituída por 70 gestantes ($n=70$) da comunidade da UBS Rosa de Fátima. A idade das participantes varia entre 18 e 40 anos, com uma média de $26,30 \pm 6,17$ anos. Quanto ao número de gestações, as participantes apresentaram uma média de $2,00 \pm 1,24$

Para a execução deste estudo, o projeto foi submetido à apreciação do comitê de Ética das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança sob o CAAE: 80733024.2.0000.5179 (Anexo II) e sob parecer de n. 6.961.316. Após a aprovação, a pesquisadora iniciou com o recrutamento das gestantes na UBS Rosa de Fátima. As gestantes recrutadas obedeceram o enquadramento dos nossos critérios de elegibilidade e, logo em seguida, foram convidadas a participar da pesquisa por meio da leitura e a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

Todos os procedimentos estatísticos foram realizados por meio do software SPSS versão 20.0 para Windows. Foi adotado um nível de significância de 5% ($p<0,05$). A análise descritiva dos dados foi feita por meio da média e desvio padrão, frequência e porcentagem das variáveis. A análise da normalidade dos dados foi realizada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov que mostrou característica paramétrica da variável principal: o FSFI. Para análise inferencial, foram realizadas relações entre as variáveis FSFI e variáveis independentes, por meio dos testes de teste T, Anova e teste de Mann-Whitney. A correlação entre os grupos foi investigada por meio do teste de correlação de Pearson.

gestações, ocorrendo variações moderadas entre os relatos. Por fim, o Índice de Funcionalidade Sexual Feminina (FSFI) apresentou uma média de $20,28 \pm 7,07$ pontos, indicando presença de disfunção sexual na maioria das gestantes investigadas.

Quadro 1 - Análise descritiva das variáveis qualitativas do estudo (N=70). João Pessoa – PB, Brasil, 2024.

Variável	Categoria	Frequência (N)	Porcentagem (%)
Cor	Branca	32	45,7
	Amarela	17	24,3
	Preta	19	27,1
	Miscigenado	2	2,9
Estado civil	Com vida conjugal	55	78,6
	Sem vida conjugal	15	21,4
Escolaridade	Primário incompleto	26	37,1
	Primário completo	36	51,4
	Pós-elementar	6	8,6
Número de gestações	Uma	29	41,4
	Duas	25	35,7
	Três	8	11,4
	Quatro	6	8,6
	Cinco	1	1,4
	Seis	1	1,4
Tipo de parto	Normal	52	74,3
	Cesária	17	24,3
	Fórceps	1	1,4
Episiotomia	Sim	8	11,4
	Não	62	88,6
Laceração	Sim	5	7,1
	Não	65	92,9
Infecções ginecológicas	Sim	13	18,6
	Não	57	81,4
Atividade física	Sim	12	17,1
	Não	58	82,9
Intercorrências	Sim	6	8,6
	Não	64	91,4
Complicações	Sim	21	30,0
	Não	64	91,4
Queixas na Gestação	Sim	63	90,0
	Não	7	10,0
FSFI qualitativa	Abaixo	57	81,4
	Acima	13	18,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Houve relação significativa entre a variável qualitativa FSFI e as outras variáveis qualitativas do estudo: Idade ($p = 0,0058$) e o número de gestações ($p = 0,083$). Há ainda a variável FSFI quantitativa e as outras variáveis qualitativas do estudo: Laceração ($p = 0,050$).

Discussão

Mulheres gestantes da comunidade têm maior chance de desenvolver disfunções sexuais quando apresentam lacerações de gestações anteriores, idade mais avançada e maior número de gestações.

A gestação é uma fase natural do desenvolvimento que traz mudanças significativas no corpo. A mulher experimenta transformações anatômicas, fisiológicas, hormonais e emocionais que podem ter repercussões ao longo de toda a sua vida. Entre essas mudanças, uma área extremamente afetada é a sua vida sexual [2].

A sexualidade da mulher é influenciada por uma série de fatores ao longo da vida, incluindo mudanças hormonais, experiências emocionais e contextos sociais. Durante a gestação, por exemplo, as transformações físicas e hormonais podem impactar a libido, a percepção do próprio corpo e a intimidade com o parceiro. Questões como insegurança sobre a imagem corporal e preocupações com a saúde do bebê podem levar a uma diminuição do desejo sexual ou a dificuldades durante a relação. Além disso, o papel da mulher como mãe e as expectativas sociais podem criar pressões que afetam sua saúde sexual. A sexualidade da mulher é influenciada por diversos fatores que podem inibir o desejo, excitação e lubrificação, assim definida como disfunção sexual [8].

A análise dos dados revela algumas correlações significativas entre FSFI e idade. Observa-se uma correlação negativa ($r = -0,273$, $p = 0,022$), indicando que, conforme a idade aumenta, o FSFI tende a diminuir e entre o FSFI e número de gestações, sendo uma correlação negativa ($r = -0,313$, $p = 0,008$). Isso sugere que, conforme o número de gestações aumenta, o FSFI tende a diminuir.

A relação entre gestantes e disfunções sexuais está relacionada a várias vertentes, principalmente em casos de lacerações decorrentes de partos anteriores. Muitas mulheres que passaram por parto vaginal podem experimentar consequências físicas e emocionais que afetam não só a sua vida materna, mas sexual também [9].

Durante a gestação, o corpo da mulher passa por diversas mudanças físicas para acomodação do feto. Esse processo pode levar até 12 meses para que as condições pré-gravídicas sejam restabelecidas. Como resultado, muitas mulheres experimentam um descontentamento, que podem impactar sua vida sexual. Essa percepção negativa contribui para a negação do próprio corpo, gerando sentimentos de ansiedade, medo e baixa autoestima [10].

O aumento do volume abdominal, as alterações na sensibilidade e a preocupação com a saúde do bebê podem levar a uma diminuição da libido. Além disso, a pressão psicológica e as expectativas sociais relacionadas à maternidade podem criar um ambiente propenso ao desenvolvimento de disfunções sexuais [11].

O desconforto físico pode ainda ser causado por lacerações. Essa condição é comum durante o parto e pode resultar em várias complicações maternas, incluindo disfunções sexuais. Tais

disfunções podem se manifestar como dor perineal, sangramento após relações sexuais e inflamações ou infecções perivaginais, impactando negativamente a saúde física e emocional da mulher [9].

Mulheres que passam por múltiplas gestações podem enfrentar desafios adicionais, como fadiga, estresse e a necessidade de se adaptar a novas dinâmicas familiares. Essas questões podem contribuir para a insatisfação sexual e o surgimento de disfunções. O histórico de partos e a recuperação física pós-parto também desempenham um papel importante. As mulheres podem sentir dor ou desconforto nas relações sexuais após o parto, especialmente se houver lacerações ou intervenções cirúrgicas [12].

Mulheres podem sentir dor durante a relação sexual após múltiplos partos por diversas razões. Entre elas, as alterações físicas e hormonais que ocorrem no corpo após a gestação e o parto são significativas. O fortalecimento ou enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico, lesões perineais e cicatrizes de episiotomias podem afetar a sensação durante a relação sexual. Além disso, mudanças hormonais, especialmente a diminuição de estrogênio, podem levar à secura vaginal, tornando as relações desconfortáveis. A experiência emocional também desempenha um papel importante. Preocupações sobre a imagem corporal, a recuperação e a dinâmica familiar podem aumentar a ansiedade e a tensão, contribuindo para a dor [13].

O ciclo de resposta sexual pode ser negativamente afetado por diversos fatores psicológicos, como ansiedade, baixa autoestima, distúrbios na percepção da imagem corporal, medo de rejeição, ansiedade em relação ao desempenho sexual, experiências sexuais traumáticas anteriores, histórico de abuso e a qualidade do relacionamento [14].

Há também influências físicas e médicas, como desequilíbrios hormonais, condições médicas específicas (como distúrbios urogenitais, neurológicos

e endócrinos), disfunções do assoalho pélvico, menopausa, gravidez e pós-parto. Lesões musculares, como lacerações perineais decorrentes do parto, fraqueza muscular e hipertonia também podem impactar a resposta sexual. Cirurgias e o uso de medicamentos são outros fatores que podem contribuir para disfunções sexuais [15].

A prevalência de disfunções sexuais em gestantes aumenta com a idade e ocorre devido a uma combinação de fatores físicos, emocionais e sociais. As mudanças hormonais durante a gravidez podem afetar a libido e causar desconforto, especialmente em mulheres que já têm condições de saúde pré-existentes, como diabetes ou hipertensão. Além disso, o estresse e a ansiedade em relação à saúde do bebê, somados a inseguranças sobre as mudanças corporais, podem diminuir o desejo sexual. O estigma social em torno da sexualidade de mulheres mais velhas e a falta de informações adequadas sobre a sexualidade na gravidez também contribuem para essa realidade. Esses fatores juntos resultam em uma maior prevalência de disfunções sexuais em mulheres gestantes com a idade mais avançada [15].

O alto índice de mulheres que adquirem alguma disfunção sexual durante a gestação e o fato de que essas dificuldades não são verbalizadas ou investigadas, tornando-se algo “normal”, justificam a necessidade de mais estudos que indiquem a presença de disfunção sexual na gestação, visto que pouco se sabe sobre os verdadeiros elementos que podem afetar essa situação durante esse período. Tais estudos devem esclarecer esses fatores e, assim, criar estratégias preventivas e reabilitadoras que vão proporcionar qualidade de vida a essas mulheres.

Como limitação, esta pesquisa experimentou a dificuldade de recrutar essas pacientes para fazerem parte do estudo, tendo em vista que a falta

de conhecimento gera uma incompreensão em reconhecer que a função sexual é algo que deve

ser levado em consideração em todas as etapas da vida, inclusive na gestação.

Conclusão

Há presença de disfunção sexual em mulheres gestantes da comunidade com idade mais avançada, maior número de gestações e quando há lacerações de gestações anteriores.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Fontes de financiamento

Financiamento próprio.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Vasconcelos JFC, Dias VN; Obtenção de dados: Vasconcelos JFC, Dias VN; Análise e interpretação de dados: Dias VN, Vasconcelos JFC; Redação do manuscrito: Vasconcelos JFC, Sousa TKL, Sousa NTS, Nunes DOP; Revisão do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Sousa LS, Dias VN.

Referências

1. Lima MM, Leal CA, Costa R, Zampieri MF, Roque ATF, Custódio ZA. Gestação em tempos de pandemia: percepção de mulheres. *Rev Recien*. 2021;11(33):107-16. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/355>
2. Szymanska E, Kisielewski R. Female sexual functioning during pregnancy. *Ginekol Pol*. 2024;95(1):72-6. Disponível em: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/93464/74132
3. Loro FL, Ostolin TLVDP. Atividade física, comportamento sedentário e saúde da mulher: um mapa de evidências. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2024;28:1-29. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/15009>
4. Soares PRAL, Calou CGP, Ribeiro SG, Aquino PS, Almeida PC, Pinheiro AKB. Sexualidade e fatores de risco associados em gestantes. *Rev Bras Enferm*. 2020;73:e20180786. doi:10.1590/0034-7167-2018-0786
5. Guendler JA, Katz L, Flamini MEDM, Lemos A, Amorim MM. Prevalence of sexual dysfunctions and associated factors in pregnant women in an outpatient prenatal care clinic. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(9):555-63. doi:10.1055/s-0039-1695021
6. Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AAS, Melo LPT, Fialho AVM. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicol Estud*. 2014;19(1):115-24. doi:10.1590/1413-7372189590011
7. Caires CS, Steiner ML, Pompei LM, Strufaldi R, Fernandes CE. Personality traits of postmenopausal women with sexual dysfunction. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(11):693-8. doi:10.1055/s-0038-1673425
8. Rivemales MCC, Lacava RMVB. Cuidando do prazer no pré-natal: disfunção sexual na gravidez. *Rev Baiana Saude Publica*. 2021;43(4):135-45. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1343607/rbsp_434_10_2850.pdf
9. Santos DA, Almeida GC, Bonfim I, Maia JS. Fatores associados à disfunção sexual feminina pós-parto. *Rev Recien*. 2022;12(39):218-25. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/700>

10. Karla L, Melo JR. Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. Rev Enferm UFSM. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024695>
11. Eliza A, Carolina A, Arantes VA, Vasconcelos G, Ferreira M, Dias TG. Disfunção sexual: avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional. ABCS Health Sci. 2015;75-9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-754818>
12. Monalisa PS, Lira de Lima D, Duarte B, Oliveira R. Prevalência de disfunções sexuais em gestantes e sua associação com fatores biológicos e gestacionais. Asces. 2017. Disponível em: <http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/1228>
13. De V, Feminina M, Da R. Sexualidade feminina. Rev ABRASEX. 2022;1. Disponível em: <https://www.abrasex.com.br/wp-content/uploads/2022/09/Revista-da-Abrase-n-1-leve-FINAL.pdf>
14. Mota CP, Melo MJ, Lima Silva JL, Messias CM, Mouta RJO, Tavares FG. Sexual dysfunction in adult women attended in the gynecology service of a university hospital. Rev Pesqui Cuid Fundam Online. 2021;13:1116-21. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8817>
15. Paula S. Prevalência de disfunções sexuais em gestantes e sua associação com fatores biológicos e gestacionais. Asces. 2017. Disponível em: <http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/1228>



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.