

Função Sexual de Gestantes

Andreyne Souza da Silva¹ e Izabela Rodrigues Camilo²

RESUMO

Panorama: Diversas adaptações fisiológicas transformam e afetam os sistemas anatômicos resultantes dos efeitos hormonais e mecânicos da gestação, que acabam afetando a força dos músculos do assoalho pélvico e das estruturas que dão suporte aos órgãos pélvicos, interferindo na sexualidade e na função sexual das grávidas, causando mudanças no comportamento, desejo e resposta sexual. A grávida pode apresentar condições, que incluem desejo sexual hipoativo, transtornos de aversão, excitação sexual e orgasmo, além de dispareunia e vaginismo. **Objetivo:** Avaliar a função sexual de gestantes. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, a coleta de dados foi realizada de forma on-line, em que utilizou-se uma ficha de caracterização da amostra contendo dados pessoais, fatores ginecológicos, obstétricos, clínicos e comportamentais. Em seguida, foi aplicado Female Sexual Function Index (FSFI) para avaliação da função sexual. **Resultados:** Com relação a função sexual, 73,3% das gestantes apresentaram disfunção do desejo, 66,7% disfunção da excitação, 46,7% disfunção da lubrificação, 40,0% disfunção do orgasmo, 56,7% disfunção da satisfação, 96,7% disfunção da dor e 60,0% disfunção sexual total. **Conclusão:** Estes resultados sugerem uma diminuição em todos os domínios da função sexual da população estudada.

ABSTRACT

Background: Several physiological adaptations transform and affect the anatomical systems resulting from the hormonal and mechanical effects of pregnancy, which end up affecting the strength of the pelvic floor muscles and the structures that support the pelvic organs, interfering with the sexuality and sexual function of pregnant women, causing changes in behavior, desire and sexual response. Pregnant women may have conditions including hypoactive sexual desire, aversion disorders, sexual arousal and orgasm, as well as dyspareunia and vaginismus. **Aims:** To evaluate the sexual function of pregnant women. **Methods:** A cross-sectional study was carried out, data collection was performed online, in which a sample characterization form was used, containing personal data, gynecological, obstetric, clinical and behavioral factors. Then, the Female Sexual Function Index (FSFI) was applied to assess sexual function. **Results:** Regarding sexual function, 73.3% of pregnant women had desire dysfunction, 66.7% arousal dysfunction, 46.7% lubrication dysfunction, 40.0% orgasm dysfunction, 56.7% satisfaction dysfunction, 96.7% pain dysfunction and 60.0% total sexual dysfunction. **Conclusion:** These results suggest a decrease in all domains of sexual function in the population studied.

Submissão: 29/11/2022

Aceite: 12/12/2022

Publicação: 10/12/2022

INTRODUÇÃO

A gravidez provoca intensas modificações bioquímicas, funcionais, anatômicas e emocionais, que se manifestam desde o início e permanecem durante todo o período gestacional¹. Os sintomas comuns na gestação, mesmo não sendo considerados como patologias, provocam profundas alterações psicológicas, orgânicas e fisiológicas, afetando a vida da mulher e de seus familiares, sendo apontado como um momento de crise, pois ocorrem distúrbios de pensamento, emoções e comportamentos².

As adaptações físicas e bioquímicas decorrentes da gestação são os grandes responsáveis pelas modificações funcionais uroginecológicas³. O conjunto de mudanças hormonais e metabólicas, somados a fadiga e aos fatores psicogênicos interferem na sexualidade e na função sexual das grávidas, podendo causar mudanças no comportamento, desejo e resposta sexual, de acordo com o período da gestação, em diferentes graus e formas¹. A gestante pode apresentar algumas condições clínicas, que incluem desejo sexual hipoativo, transtorno de aversão sexual, transtorno de excitação sexual, transtorno do orgasmo e transtornos dolorosos como dispareunia e vaginismo, que podem causar dificuldades na sexualidade do casal⁴.

A função sexual na gestação ainda é cercada de tabus, preconceitos culturais, pessoais e religiosos e, qualquer barreira causada pela insatisfação com as relações sexuais pode resultar em disfunção sexual, que pode ser entendida como um importante problema de saúde pública em razão da sua alta prevalência e das implicações na qualidade de vida da mulher⁵.

Diante disso, este estudo justifica-se pela incidência de disfunção sexual que é reconhecida como um problema de saúde pública e necessita de mais estudos, uma vez que a função sexual é um dos determinantes de satisfação e de qualidade de vida da mulher, e ainda existe carência de conhecimento a respeito de sexualidade por parte dos profissionais de saúde.

Desta forma, o objetivo do estudo foi avaliar a função sexual de gestantes residentes no município de Cascavel-PR.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, analítico, do tipo transversal com abordagem quantitativa, na qual a amostra foi composta por gestantes do município de Cascavel-PR.

Os critérios de inclusão foram: gestantes com rotina de pré-natal, idade superior a 18 anos, sexualmente ativa nas últimas 4 semanas, em qualquer trimestre gestacional e residente no município de Cascavel-PR. Quanto aos critérios de exclusão, foram: gestantes que não se encaixaram aos critérios de inclusão, gestação com alto risco ou que não aceitassem participar do estudo.

O estudo seguiu as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, contidos na resolução 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa com seres humanos CEP – 85806-080 do Centro Universitário Univel Cascavel, sob parecer número 123/2022.

A coleta de dados foi realizada de forma on-line, por meio do site GoogleForms, da plataforma Google. O formulário online continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual as participantes aceitavam ou não participar do estudo. Além disso, as participantes responderam à uma Ficha de Caracterização da Amostra, contendo dados pessoais, fatores ginecológicos, obstétricos, clínicos e comportamentais. Em seguida, foi aplicado Female Sexual Function Index (FSFI).

O FSFI é um questionário auto aplicado e adaptado a língua portuguesa, composto por 19 questões, que abrangem seus domínios da resposta sexual: Desejo, itens 1 e 2; Excitação, itens 3,4,5 e 6; Lubrificação, itens 7,8,9 e 10; Orgasmo, itens 11,12 e 13; Satisfação, itens 14,15 e 16; Desconforto/Dor, itens 17,18 e 19. O resultado da soma dos escores de cada domínio é multiplicado por um fator de correção, para uniformizar a influência de cada domínio no escore total. A partir dos valores calculados por fórmula matemática, obtém-se o escore da função sexual, que pode variar de 2 a 36.

De acordo com Jamali, Rahmanian, e Javadpour⁸ os domínios do FSFI também podem ser categorizados a partir dos pontos de corte, dos quais valores inferiores à 26,5 na pontuação total indica disfunção sexual e valores inferiores a 4,8 para desejo, 5,0 para excitação, 5,4 para lubrificação, 5,0 para orgasmo, 5,0 para satisfação e 5,5 para dor indicam uma disfunção nos respectivos domínios.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel® e cada participante foi cadastrada segundo um número codificador. Os resultados foram analisados descritivamente por meio de frequência simples e porcentagem, realizada no pacote estatístico SPSS – Statistical Package for Social Sciences (versão 23.0 IBM®).

RESULTADOS

Trinta gestantes responderam ao formulário. A média de idade foi de $28,37 \pm 4,88$ anos. Algumas informações sociodemográficas estão apresentadas na tabela 1. Pode-se observar que a maioria das mulheres tinha renda mensal de 1 a 3 salários-mínimos (50,0%), eram casadas (50,0%), possuíam pós-graduação (36,7%) e estavam na primeira gestação (53,3%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas das participantes

Variáveis	n (30)	%	
Renda Salarial	Até 1 salário-mínimo	5	16,7
	De 1 a 3 salários-mínimos	15	50,0
	De 3 a 6 salários-mínimos	7	23,3
	De 6 a 10 salários-mínimos	1	3,3
	Acima de 10 salários-mínimos	0	0
	Outro	2	6,7
Estado civil	Solteira	4	13,3
	União estável	11	36,7
	Casada	15	50,0
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	1	3,3
	Ensino fundamental completo	1	3,3
	Ensino médio completo	7	23,3
	Ensino superior completo	9	30,0
	Pós-graduação	11	36,7
	Outro	1	3,3
Número de gestações	1 gestações	16	53,3
	2 gestações	11	36,7
	3 gestações	2	6,7
	4 gestações	1	3,3

Além disso, todas as participantes responderam ao questionário FSFI para avaliação da função sexual. A porcentagem de gestantes que foram classificadas como tendo disfunção sexual pelos domínios e disfunção sexual total está apresentada na tabela 2. É possível observar que 73,3% das gestantes apresentaram disfunção do desejo, 66,7% disfunção da excitação, 46,7% disfunção da lubrificação, 40,0% disfunção do orgasmo, 56,7% disfunção da satisfação, 96,7% disfunção da dor e 60,0% disfunção sexual total.

Tabela 2 - Disfunção sexual por domínios e total medida pelo questionário FSFI

Variáveis	N (30)	%
Disfunção do desejo	22	73,3
Disfunção da excitação	20	66,7
Disfunção da lubrificação	14	46,7
Disfunção do orgasmo	12	40,0
Disfunção da satisfação	17	56,7
Disfunção da dor	29	96,7
Disfunção sexual	18	60

DISCUSSÃO

A renda da população de estudo apresentou-se análoga às condições sociodemográficas do estado do Paraná, caracterizada como sendo a maioria de baixa renda, com predomínio das classes C, D e E⁹. Com relação ao estado civil houve dominância de mulheres casadas e em união estável, equiparando-se ao percentual encontrado na pesquisa realizada no município de Cascavel por Del Bianco et al¹⁰. Entretanto, o nível de escolaridade encontrado é bem discrepante da parcela de pessoas graduadas e pós-graduadas do município¹⁰.

A população analisada neste estudo diverge dos outros estudos, que se apresentavam mais bem distribuídas em todas as classes sociais e níveis educacionais como mencionado por Pacagnella, Zangiacomini e Vieira¹¹. Em relação a renda, Mathias et al.¹², afirmam que o estresse físico e emocional sofrido por mulheres de baixa renda devido ao fato de apresentarem piores condições de saúde, trabalho e lazer comprometem a qualidade de vida, sobretudo no que diz respeito à sua função sexual.

Nesse sentido, Soares et al.¹³ declaram que grávidas que recebem entre 1 e 2 salários-mínimos possuem quatro vezes mais chances de ter disfunção sexual do que aquelas que possuem renda maior do que quatro salários-mínimos. De outro modo, Guendler et al.¹⁴ encontraram menores taxas de insatisfação sexual entre mulheres com níveis mais elevados de escolaridade, pois tendem a se tornar mais independentes e seguras, refletindo na sexualidade. Para Soares et al.¹³, mulheres com maior renda e maior escolaridade podem ter maior acesso às informações e empoderamento quanto à sua sexualidade, esclarecendo dúvidas com os profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal, além de envolver o parceiro nessa discussão, o que facilita a vivência plena da sexualidade nessa fase.

A aplicação na forma de questionário auto aplicado pode ter sua validade afetada em razão de diferenças no nível educacional e cultural da amostra estudada¹¹. Para Soares et al¹³, a resolução positiva das fases da função sexual (desejo, dor, excitação, lubrificação e orgasmo) avaliadas pela FSFI depende de uma série de estímulos pessoais e emocionais. Assim, mulheres nulíparas podem ser mais vulneráveis a fatores emocionais devido à falta de experiência, medos e angústias da primeira gestação. Podemos observar no presente estudo, onde a amostra foi de 53,3% mulheres nulíparas.

Para o domínio desejo, 73,3% das mulheres relataram não sentir desejo sexual, concordando com os 70,27% encontrados por Kohler et al.¹⁵, e superiores a proporção encontrada por Guendler

et al.¹⁴, por Lima, Dotto, Mamede¹⁶ e por Sacomori et al.¹⁷, de 51,3%, 51% e 30% respectivamente. A redução do desejo, da atividade sexual e do coito vaginal ocorre, em muitas mulheres, com o avançar da gravidez, pois tanto a mulher quanto seu parceiro têm preocupações sobre complicações na gestação como resultado de relações sexuais¹¹⁻²⁰. Além disso, as modificações fisiológicas que ocorrem na gestação como indisposição e sonolência, mudança da autoimagem corporal que se evidencia a partir do segundo trimestre, podem contribuir para essa falta de desejo sexual na gestação, pois trata-se de um estágio mais subjetivo com predomínio de características individuais¹³.

No domínio da excitação, 66,7% das mulheres relataram não ficar excitadas durante a gravidez. Estudos como de Guendler et al.¹⁴, Kohler et al.¹⁵ e Sacomori et al.¹⁷, relataram 53,6%, 91,89% e 30% das gestantes com dificuldades em ficar excitadas. Sacomori et al.¹⁷, afirma que a congestão dos vasos sanguíneos durante a gestação é intensificada, especialmente no primeiro e segundo trimestres, afetando a excitação sexual, e evidenciado significativa redução ao longo de toda a gestação.

Para o domínio da lubrificação, 46,7% das mulheres relataram dificuldades na lubrificação vaginal, dado que diverge dos achados de Kohler et al.¹⁵, em que 94,69% relataram dificuldades em ter lubrificação, principalmente no terceiro trimestre de gestação. Lima, Dotto, Mamede¹⁶ relataram mudanças no padrão da lubrificação vaginal identificadas na gravidez pela maioria das mulheres, sendo que a diminuição ocorreu em 24,3% no primeiro, em 25,9% no segundo, e em 27,8% no terceiro trimestre das gestantes. Para Troncon, Pandochi e Lara¹⁹ e Pacagnella, Zangiacomi e Vieira¹¹, a ausência de lubrificação correlaciona-se com dificuldade de orgasmo, pois há necessidade de certa congestão pélvica, para que este ocorra, e a lubrificação vaginal é consequência da congestão vascular pélvica.

No domínio do orgasmo, 40% das mulheres relataram ter dificuldades em atingir o orgasmo durante a gravidez, dado que diverge dos achados de outros estudos como de Guendler et al.¹⁴, Kohler et al.¹⁵ e Bezerra et al.¹⁸, que encontraram proporção de 67,2%, 94,59% e 74,4% de mulheres com dificuldades em alcançar o orgasmo, principalmente no terceiro trimestre. Para Guendler et al.¹⁴, Kohler et al.¹⁵ e Carteiro, Sousa, e Caldeira⁵, questões culturais podem influenciar no desejo sexual, dificultando o orgasmo, porque muitas mulheres sentem como se não tivessem permissão para experimentar essa sensação durante a gravidez. Pacagnella, Zangiacomi e Vieira¹¹,

afirmam que para haver orgasmo é necessário certo grau de excitação sexual, assim a frequência de orgasmo estaria relacionada à presença de desejo e excitação sexual.

Em relação ao domínio dor, observou-se que 96,7% das gestantes relataram sentir dor durante a relação sexual durante a gravidez. Estes dados são muito superiores aos encontrados por Guendler et al.¹⁴, Kohler et al.¹⁵ e Lima, Dotto, e Mamede¹⁶, 54,2%, 62,16% e 14,4% respectivamente. E ainda divergentes dos dados encontrados por Bezerra et al.¹⁸, que relata que 67,5% das mulheres não sentiam dor na relação. De acordo com Silva, Nobrega e Silva²⁰, a presença de dor pode estar relacionada a diversas fases da resposta sexual. Guendler et al.¹⁴, comentam que a ocorrência de diminuição da lubrificação na vagina durante o período gestacional, particularmente no terceiro trimestre, poderia resultar em dor na relação sexual, pois a diminuição do desejo sexual pode levar à falta de lubrificação.

Desta forma, os distúrbios de excitação com lubrificação inadequada podem levar à dor coital ou outros distúrbios sexuais, com comprometimento da resposta sexual¹⁹. O transtorno de dor gênito-pélvica se caracteriza pelo medo ou ansiedade relacionados à dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante ou como resultado de penetração sobreposto a tensão ou endurecimento dos músculos do assoalho pélvico durante a tentativa de penetração vaginal, além disso, pode estar associada a fatores físicos e/ou psicológicos¹⁹.

Neste estudo, a disfunção sexual total feminina foi de 60% entre as 30 gestantes, na sua maioria nulíparas, e com idade média de $28,37 \pm 4,88$ anos. Esta proporção é muito superior às encontradas por Kohler et al.¹⁵, Bezerra et al.¹⁸ e Soares et al.¹³, que encontraram 33,04%, 35,7% e 32,1% de disfunção sexual respectivamente. Leite et al.²¹ descobriram a diferença para os escores médios dos domínios do FSFI ao longo da gestação, mais especificamente no terceiro trimestre, em que houve diminuição significativa dos escores de todos os domínios do FSFI quando comparado ao segundo trimestre. Os valores encontrados para a disfunção entre as grávidas adultas, foi de 46,6%, 34,2% e 73,3% no primeiro, segundo e terceiro trimestres, respectivamente. O autor comenta que a função sexual é afetada durante a gravidez, com significativo declínio de todos os domínios do FSFI no terceiro trimestre.

Para Carteiro, Sousa e Caldeira⁵, a disfunção sexual na gravidez se caracteriza pela alteração no funcionamento sexual feminino envolvendo uma, várias ou todas as fases do ciclo de resposta sexual, e esta influência negativa não deve ser negligenciada, sendo necessário que os profissionais de saúde

sejam capazes de investigar a incidência de disfunção sexual, para minimizar a ansiedade quanto às alterações induzidas pela gravidez, esclarecer dúvidas e desmistificar tabus. Pois sabe-se que a sexualidade e a satisfação sexual não estão restritas ao ato sexual em si, e que as atividades sexuais não provocam danos, efeitos adversos ou indução ao trabalho de parto à gravidez normal, podendo beneficiá-la, aliviando a ansiedade e a tensão, por meio da satisfação sexual ¹¹⁻¹⁴.

Portanto, a disfunção sexual não pode ser ignorada, sendo necessária a adoção de políticas públicas, como a orientação sobre prática sexual e consciência corporal durante a gravidez, além de oferecer serviço fisioterapêutico para desenvolvimento da boa função do assoalho pélvico, de modo a contribuir na qualidade de vida da mulher gestante.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo sugerem uma diminuição em todos os domínios da função sexual de gestantes residentes no município de Cascavel-PR.

Apesar do estudo fornecer resultados da função sexual e das características sociodemográficas, é preciso salientar a necessidade de cautela na generalização dos resultados, devido a limitação do tamanho da amostra.

No presente estudo não foi avaliado em qual trimestre gestacional a gestante se encontrava. E a alta prevalência de disfunção sexual está relacionada com a diminuição da função sexual, em razão da influência de fatores físicos e/ou psicológicos durante a gestação nos domínios dor, desejo, excitação, satisfação, lubrificação e orgasmo. Assim, sugere-se que estudos futuros busquem uma amostra maior e avaliem a função sexual das gestantes nos diferentes trimestres gestacionais.

REFERÊNCIAS

1. Vieira TCB, Souza E, Nakamura MU, Mattar R. Sexualidade na gestação: os médicos brasileiros estão preparados para lidar com estas questões? Rev. Bras. Ginecol. Obstet., São Paulo, 2012, 34 (11): 485-487. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012001100001>.
2. Costa ES, Pinon GMB, Costa TS, Santos RCA, Nóbrega AR, Sousa LB. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. Rev. Rene, Fortaleza, 2010, 11 (2): 86-93. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027970010.pdf>.
3. Pereira SB, Riccetto C, Silva JM, Pereira LC. Aspectos urológicos da fisioterapia na gestação. In: Palma, P. C. R. Urofisioterapia: Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. 1. ed. Campinas: Personal Link Comunicação Ltda, 2009, 325-

336. Disponível em:

<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/uofisioterapia.pdf>.

4. Mendonça CR, Silva TM, Arrudai JT, Zapata MTAG, Amaral WN. Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. *Femina*, Rio de Janeiro, 2012, 40 (4):195-202. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n4/a3364.pdf>.
5. Carteiro DMH, Sousa LMR, Caldeira SMA. Clinical indicators of sexual dysfunction in pregnant women: integrative literature review. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 2016, 69 (1):153-161. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690122i>.
6. Prado DS, Lima RV, Lima LMMR. Impacto da gestação na função sexual feminina. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, São Paulo, 2013, 35 (5): 205-209. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000500003>.
7. Araujo TG, Scalco SCP, Varela D. Função e disfunção sexual feminina durante o ciclo gravídico-puerperal: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, 2019, 30 (1): 29-38. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v30i1.6>.
8. Jamali S, Rahmanian A, Javadpour S. Examining the sexual function and related attitudes among aged women: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 2016, 14 (1): 29-38.
9. Associação Brasileira de empresas de pesquisa. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2021. Disponível em: https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2021.pdf.
10. Del bianco TS, Souza ELC, Oliveira NSMN, Shikida PFA. A felicidade da população trabalhadora de Cascavel/PR segundo a métrica do índice de Felicidade Interna Bruta. *urbe*. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*, Toledo, 2016, 8 (3): 390-406. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/urbe/a/SBgPhnZDy3gvP5mtcMd9z5M/?format=pdf&lang=pt>.
11. Pacagnella RC, Vieira EM, Junior OMR, Souza C. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008, 24 (2): 416-426. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200021>.
12. Mathias AERA, Pitangui ACR, Arantes VA, Freitas HGV, Vilela FMF, Dias TG. Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional. *ABCS Health Sci.*, Santo André, 2015, 40 (2): 75-79. <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i2.734>.
13. Soares PRAL, Calou CGP, Ribeiro SG, Aquino OS, Almeida PC, Pinheiro A KB. Sexualidade em gestantes e fatores de risco associados. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, 2020, (73): 1-7, suppl. 4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bFjK4GHj8tTnRtvMLJGvM7n/?format=pdf&lang=pt>.
14. Guendler JA, Katz L, Flamini MEDM, Lemos A, Amorim MM. Prevalence of Sexual Dysfunctions and their Associated Factors in Pregnant Women in an Outpatient Prenatal Care Clinic. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, São Paulo, 2019, 41 (9): 555-563. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1695021>.

15. Kohler BSM, Martins MP, Pivetta HMF, Braz MM. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, 2017, 16 (3): 360-366.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881627/7652-46770-2-pb.pdf>.
16. Lima AC, Dotto LMG, Mamede MV. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013, 29 (8):1544-1554.
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164012>.
17. Sacomori C, Cardoso FL, Wittkopf PG, Latorre GFS. Função sexual feminina na gestação. *Fisioterapia Brasil*, Rio de Janeiro, 2012, 13 (6): 458-462. Disponível em:
<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/584/1203>.
18. Bezerra IFD, Sousa VPS, Santos LC, Viana ESR. Comparação da qualidade vida em gestantes com disfunção sexual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, São Paulo, 2015, 37 (6): 266-271.
<https://doi.org/10.1590/S0100-720320150005254>.
19. Troncon JK, Pandochi HAS, Lara LA. Abordagem da dor gênito-pélvica/penetração. *RBSH*, Ribeirão Preto, 2017, 28 (2): 69-74. DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v28i2.25>.
20. Silva JMM, Nóbrega JCL, Silva MSB. Disfunção sexual no período gestacional e sua relação com variáveis obstétricas. *Rev. Cienc. Saúde*, Itajubá, 2020, 10 (3): 46-50. Disponível em:
http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/871/553.
21. Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, 2009, 55 (5).
<https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000500020>.