



Impactos da gestação na função sexual feminina: revisão

Géssica da Silva Dias¹, Gabriela de Almeida Silva¹, Raquel Gomes da Costa¹
Rogério Belleza Fernandes², Caroline Teixeira Graf Nunes²

RESUMO

Panorama: A gravidez é um processo caracterizado por intensas mudanças físicas, biológicas, psicológicas e sociais. **Objetivo:** Descrever e discutir os principais impactos da gestação na função sexual feminina. **Método:** Revisão narrativa de junho a setembro 2022, nas bases eletrônicas PubMed, Scielo e Lilacs. Foi utilizada a estratégia PICOT "A gestação tem impacto na função sexual feminina?" sendo selecionados os descritores e realizado seu cruzamento em português e inglês, incluídos ensaios clínicos, estudos prospectivos, transversal, e descritivo retrospectivo, com uma população de gestantes com a faixa etária entre 18 a 45 anos em qualquer período gestacional. **Resultados:** Incluídos 11 estudos; mostraram que a gestação tem impacto negativo na função sexual feminina com acréscimo da disfunção sexual conforme o aumento da idade gestacional, maior prevalência no terceiro trimestre. O segundo trimestre representa o pico da função sexual durante a gravidez. **Conclusão:** A gestação é um fator que influencia diretamente para o aparecimento das disfunções sexuais, com alta prevalência e em níveis mais elevados no terceiro trimestre gestacional.

ABSTRACT

Background: Pregnancy is a process characterized by intense physical, biological, psychological and social changes. **Aims:** To describe and discuss the main impacts of pregnancy on female sexual function. **Method:** Narrative review from June to September 2022, in PubMed, Scielo and Lilacs electronic databases. The PICOT strategy "Does pregnancy have an impact on female sexual function?" descriptors were selected and cross-referenced in Portuguese and English, including clinical trials, prospective, cross-sectional, and retrospective descriptive studies, with a population of pregnant women aged between 18 and 45 years in any gestational period. **Results:** 11 studies were included; showed that pregnancy has a negative impact on female sexual function, with an increase in sexual dysfunction as gestational age increases, with a higher prevalence in the third trimester. The second trimester represents the peak of sexual function during pregnancy. **Conclusion:** Pregnancy is a factor that directly influences the appearance of sexual dysfunctions, with high prevalence and at higher levels in the third trimester of pregnancy.

Submissão: 19/06/2023

Aceite: 09/08/2023

Publicação: 10/08/2023

INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo caracterizado por intensas mudanças físicas, biológicas, psicológicas e sociais¹. A fisiologia e a anatomia das gestantes mudam durante a gravidez. Como resultado dessas mudanças, a vida sexual da gestante se altera durante este período². Além desse processo, ainda há adaptações no corpo da mulher no ciclo gravídico, podendo repercutir em desconfortos físicos e cansaço, que aliados a fatores culturais, podem influenciar na vida sexual do casal³.

No decorrer do período gravídico, a sexualidade da gestante é afetada por impactos como diminuição no nível de energia, desconfortos corporais, alterações de humor, ajustamento aos papéis sociais, qualidade do relacionamento, alterações na percepção da imagem corporal, que pode levar à mulher a perda da autoestima, sensação de ser fisicamente pouco atraente e mesmo incapacidade de seduzir. Outros fatores como crenças, mitos, tabus, até mesmo desconhecimento do funcionamento do corpo, também podem levar à diminuição do desejo, interesse e frequência sexual⁴.

Há vários outros fatores que influenciam na vida sexual da gestante⁵. Todas estas mudanças podem acarretar um desequilíbrio que é ocasionado a partir dessas modificações, onde interferem diretamente na autoestima e principalmente na libido da mulher⁶. Devido essas alterações que podem afetar a mulher em suas relações sexuais, é fundamental obter uma visão integral da saúde sexual da gestante durante esse ciclo⁷.

Sendo reconhecida a importância da saúde sexual para a longevidade das relações afetivas e como parte da saúde e bem-estar da gestante, existem critérios que foram estabelecidos de modo a distinguir o patológico do não patológico. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria entende-se que a disfunção sexual como um distúrbio no desejo e nas alterações psicofisiológicas que se caracterizam na resposta sexual e causam frustrações e dificuldades interpessoais⁸. Verifica-se também, que com o progredir dos trimestres, existe uma diminuição da frequência na atividade sexual e uma redução tendencialmente progressiva do índice de função sexual feminina, o que é contribuinte para o surgimento ou amplificação de distúrbios sexuais, sendo estas mais destacadas no período do terceiro trimestre de gravidez⁹.

Divide-se esses distúrbios em três categorias sendo elas: desejo e excitação, dor gênito pélvica ou de penetração e de orgasmo. Transtorno de desejo/excitação caracteriza-se pela redução

ou a falta de desejo sexual ou lubrificação. Transtorno de desejo/excitação caracteriza-se pela redução ou a falta de desejo sexual ou lubrificação. Transtorno de dor gênito pélvica ou da penetração é manifestado pela dispareunia (dor associada ao intercuro da relação sexual) e pelo vaginismo (contrações involuntárias dos músculos do períneo durante a penetração vaginal). E por fim, o transtorno do orgasmo que é aquele que ocorre quando há atraso ou ausência de orgasmo durante a relação sexual¹⁰.

Devido a todos os fatores citados, de acordo com Lisbôa e Silva (2019)¹⁰, pesquisas mundiais apontam que uma faixa de 40 a 70% das gestantes apresentam alguma forma de disfunção sexual. Os domínios mais afetados segundo estudos são: 26.7% desejo, 23% dispareunia e 21% orgasmo, no próprio estudo de Lisbôa e Silva eles citam que no Sul do Brasil um estudo com 140 gestantes comparou os mesmos domínios e obteve a seguinte prevalência das disfunções: 70% desejo, 62% dispareunia e 94% orgasmo.

Tendo em vista o aumento da prevalência de transtornos sexuais em gestantes é possível enxergar que existe certa dificuldade para aprofundar o conhecimento entre a relação entre a gestação e a função sexual feminina através de uma revisão narrativa da literatura. Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivo identificar e discutir artigos científicos que analisaram e compararam a ocorrência de impactos ocorridos na função sexual feminina no período gestacional para uma análise narrativa. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi descrever e discutir os principais impactos da gestação na função sexual feminina a partir de uma revisão narrativa.

MÉTODOS

Para a elaboração desta revisão narrativa, realizou-se busca nas bases de dados PubMed, Scielo, Lilacs Portal regional da BVS, através dos descritores fornecidos pelo DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), Comportamento sexual; Disfunção sexual fisiológica; Gravidez; Prevalência; Sexualidade, utilizando o operador booleano "AND", para seleção dos artigos científicos de ensaio clínico que analisaram a ocorrência dos principais impactos ocorridos durante a gestação na função sexual feminina. Por meio da estratégia PICOT (população, intervenção, comparação, desfecho (outcome) e tipo de estudo), foi criada a pergunta direcionadora do estudo: "A gestação tem impacto na função sexual feminina?". Através dos descritores fornecidos, foi realizado cruzamento desses

descritores, em português e inglês: Sexual dysfunction and pregnancy, sexuality and pregnancy, sexual dysfunction prevalence and pregnancy, sexual behavior and pregnancy, sexual Dysfunction Physiological and pregnancy. Disfunção sexual and gravidez, sexualidade and gravidez, prevalência disfunção sexual and gestação, comportamento sexual and gravidez e disfunção sexual fisiológica and gravidez. A coleta de dados foi realizada no período julho a setembro de 2022, dando início 01/07/2022 até 30/09/2022 por dois pesquisadores.

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: (a) Artigos de estudo de ensaio clínico randomizados com gestantes de 18 a 45 anos, em qualquer trimestre de gestação, sem patologia associada (b) Artigos completos publicados nos idiomas português e inglês (c) disponíveis na íntegra.

Para critérios de exclusão: foram excluídos artigos publicados em idiomas diferentes do português e inglês, artigos indisponíveis na íntegra, artigo com gestantes de risco com patologia associada, estudos com outros delineamentos que não fossem ensaios clínicos, estudos que não abrange o tema ou que não correspondem à faixa etária. As principais informações dos artigos incluídos foram organizadas em uma tabela, para demonstração dos principais resultados obtidos durante a pesquisa.

RESULTADOS

Para esta revisão de acordo com a figura 1, a pesquisa realizada nas bases de dados resultou em um total de 618 artigos, sendo 416 coletados na PubMed, 119 na Scielo e 83 Lilacs. No processo de triagem, onde foram aplicados os critérios de exclusão e inclusão, 580 artigos foram descartados por título e resumo, 1 artigo removido por não estar disponível na íntegra e 14 títulos foram removidos por duplicidade. Por fim, foram selecionados apenas 23 artigos para avaliação através da leitura do texto completo, e após esta última etapa, 11 artigos foram incluídos para a análise desta revisão. Os onze artigos elegíveis para a revisão são apresentados na tabela 1, na qual 3 são classificados como estudo de caso prospectivo, seis classificados como estudo transversal, um como estudo descritivo retrospectivo, e um como ensaio clínico randomizado controlado. Em comum todos os artigos selecionados apresentam uma população de mulheres gestantes com variação da faixa etária de 18 a 45 anos.

Figura 1: resultados da seleção de estudos.

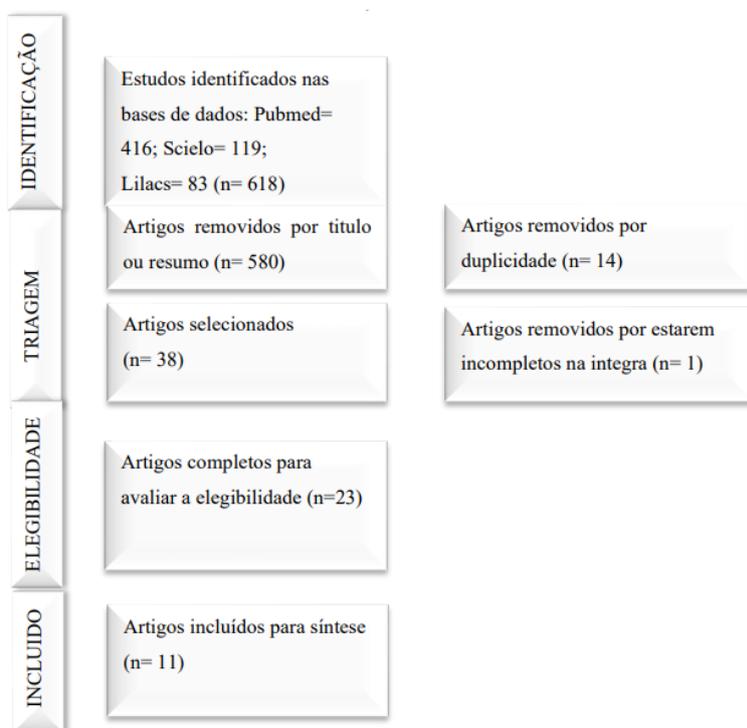


Tabela 1: Resumo dos ensaios clínicos incluídos no estudo

Autor	Tipo	Objetivos	População	Intervenção	Resultados	Conclusão
FUCHS <i>et al.</i> (2019). [B]	Ensaio clínico	estabelecer a atividade sexual das mulheres durante cada trimestre da gravidez.	624 gestantes maiores de 18 anos.	A pesquisa consistia em duas partes. A primeira parte incluiu perguntas sobre as características sociodemográficas, histórico obstétrico e detalhes médicos da gravidez em questão. A segunda parte foi a versão polonesa do questionário do índice de função sexual feminina (FSFI).	A comparação das pontuações médias para a função sexual geral de cada trimestre revelou disfunção sexual clinicamente relevante no segundo e terceiro trimestres. No entanto, não houve diferença entre o primeiro e o segundo trimestres, enquanto houve uma diminuição significativa entre segundo e terceiro trimestre em comparação com primeiro e segundo trimestre.	Foi observado no estudo uma diminuição estatisticamente significativa no funcionamento sexual em mulheres durante o terceiro trimestre da gravidez quando comparada com o primeiro e segundo trimestres.

LEITE <i>et al.</i> (2009). [A]	Estudo de corte prospectivo	Buscou avaliar a função sexual e determinar a prevalência da disfunção sexual em mulheres adolescentes e adultas durante a gravidez, utilizando o (FSFI).	271 gestantes, primeiro grupo sendo de gestantes de 19 anos, e segundo grupo de gestantes de 20 anos	Foram utilizados questionários anônimos e a função sexual das gestantes foi avaliada através do índice da função sexual feminina, em cada trimestre gestacional.	Obtendo diferença significativa para os escores médios dos domínios do FSFI ao longo da gestação, mais especificamente no terceiro trimestre, onde houve diminuição significativa dos escores de todos os domínios do FSFI quando comparado ao segundo trimestre. Existiu diferença estatisticamente significativa entre as gestantes adolescentes e adultas no terceiro trimestre.	Concluiu que prevalência da disfunção sexual é elevada durante a gestação, atingindo níveis mais elevados no terceiro trimestre, em ambos os grupos etários, contudo as adolescentes apresentaram melhores índices de função sexual.
PRADO; LIMA; LIMA (2013) [A]	estudo analítico, do tipo transversal	Pesquisar o impacto da gestação na função sexual feminina.	181 mulheres não gestantes e 177 gestantes . com idade entre 18 e 45 anos.	Grupo (G), grupo (NG) foi aplicado o Índice de (IFSF), escala breve, específica e multidimensional, adaptado O IFSF foi composto por 19 questões agrupadas em seis domínios, desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor ou desconforto, cujas opções de resposta recebem pontuação entre 0 e 5	A média global do IFSF para gestantes e não gestantes apresentou diferença significativa. A taxa de disfunção sexual global dessa pesquisa foi de 31,7%, sendo mais prevalente em gestantes (40,4%) que em não gestantes (23,3%).	Diante gestação influencia negativamente a função sexual feminina, particularmente nos domínios desejo e excitação, revelando a importância da abordagem do tema

TABELA 1- continuação

MONT EIRO. <i>et al.</i> (2019) [B]	Estudo prospec tivo	Identificar a gravidez como fator causad or de disfunção sexual em gestantes	225 gestantes atendidas no ambulatóri o de pré- natal de uma universidad e federal, entre 18 e 45 anos e algo entre 26 e 34 semanas de gestação.	(FSFI) composto por 19 questões, e todos os domínios foram analisados (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). Inicialmente, foi feita uma análise uni variada da amostra.	Aproximadamente dois terços das mulheres (66,7%) apresentaram sinais de risco de disfunção sexual (FSFI \leq 26,5). Nesses casos, todos os domínios de disfunção sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) foram estatisticamente significativos ($p <$ 0,001). Os domínios mais afetados foram desejo (2,67), satisfação (2,71) e excitação (2,78).	A gravidez parece ser um importante fator causador de disfunção sexual entre as mulheres grávidas.
GUEND LE <i>et al.</i> (2019). [B]	Estudo descriti vo, transve rsal	Determin ar a prevalênci a de disfunção sexual e seus fatores associado s em gestantes	262 gestantes com 18 anos ou mais de idade, gestacional entre 10 e 35 semanas.	Questionário (PSRI). Realizado análise descritiva univariada e as comparações entre os valores médios dos domínios da função sexual foram feitas por meio do teste t de Student, usado 13 questionários, 38 itens: 12 estão relacionados a características sociodemográficas sendo a primeira parte, a segunda parte e 26 cobrem atividade de comportamento sexual.	Um total de 64,9% das mulheres relatou diminuição na frequência da atividade sexual durante a gravidez. Pouco mais da metade das mulheres (50,8%) estava satisfeita, e a excitação foi relatada como excelente/boa por 30,5% delas. A frequência de dificuldades/disfunções sexuais aumentou com a gravidez, passando de 5,7% para 58,8%, e a dor durante a relação sexual foi relatada por 45,8% delas. Ter diploma de ensino superior diminuiu em 50% a chance de estar insatisfeito sexualmente. A pontuação total do PSRI mostrou uma diminuição significativa do período pré-gestacional (pontuação média = 89,8, "excelente")	O escore médio da função sexual na gestação foi classificado como bom, embora a maioria das gestantes tenha relatado pelo menos um tipo de alteração nos domínios da função sexual, sendo o relato de insatisfação mais frequente nas mulheres com menor escolaridade.

TABELA 1- continuação

BONEL LI <i>et al.</i> (2018). [B]	Estudo quantitativo, descritivo analítico e transversal	Avaliar a função sexual da mulher no período gestacional	161 gestantes.	Utilizaram dois instrumentos: um de identificação das participantes e o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F).	Verificou-se que 77,6% das gestantes apresentaram idade entre 18 e 30 anos e são solteiras. A maioria das participantes considerou ter um relacionamento sexual com o parceiro de bom a excelente e ainda um desempenho satisfatório nas relações sexuais. Constatou que 19% das gestantes participantes estavam com o domínio “preliminares”, prejudicado.	A maioria das gestantes apresentou um desempenho sexual satisfatório, mas alguns resultados mostraram níveis de bom a ruim. Assim, se faz necessário que os profissionais da saúde atue em consonância com ações e intervenções que visem à prevenção, promoção e à reabilitação da saúde sexual no âmbito da gravidez.
SARCO MORI <i>et al.</i> (2012) [B]	Estudo descritivo retrospectivo	analisar as mudanças sexuais durante os trimestres gestacionais.	156 gestantes, maiores de 18 anos	156 gestantes acompanhadas pelo serviço público de saúde responderam um questionário específico durante seis meses de coleta, que se encontravam no terceiro trimestre gestacional respondiam as questões em relação ao período pré- gestacional e os três trimestres de gestação.	O período gestacional esteve associado a variações nos domínios de desejo sexual em (32%), excitação (30%) e satisfação (25%). Houve diferença significativa na variação entre os trimestres. 5,4% das participantes jamais tiveram orgasmo, e a idade do primeiro orgasmo foi de 18 a 52 anos. A dispareunia se mostrou presente antes da gestação e durante os três trimestres gestacionais, de maneira crescente.	Conclui que a função sexual da gestante diminui progressivamente conforme o avanço da gestação. Por se tratarem de domínios relacionados diretamente à função do assoalho pélvico, a fisioterapia pode ter um papel determinante na minimização dos sintomas.
LIMA; DOTTO; MAMEDE (2013) [B]	Estudo transversal	Estimar a prevalência das disfunções sexuais antes e durante a gravidez	778 primigestas, com companheiro, que pariram nas duas maternidades de Rio Branco, Acre, Brasil, em 2010	Coleta de dados foi por meio de entrevista. A primeira parte tratava-se de informações sobre dados sociodemográficos, a gestação e a segunda parte tratava-se de questões relacionadas à saúde sexual cujo conteúdo foi construído com que analisou os efeitos da gravidez sobre a vida sexual de mulheres grávidas	A prevalência de disfunção sexual foi de 23,9% antes da gravidez e de 67,7% na gravidez. Antes da gestação, a falta de desejo sexual foi de 20,2% e, na gestação, de 51%. A diminuição da lubrificação vaginal durante a gestação foi de 29,1%, a dispareunia foi de 1,2% antes da gestação e de 14,4% na gestação, 3,3% tiveram insatisfação sexual antes da gravidez, e 10,8%, na gestação.	Os achados indicam que as mulheres estudadas apresentaram maior prevalência de disfunção sexual durante a primeira gravidez do que no período anterior a essa gestação.

DAUD <i>et al.</i> (2019). [B]	Estudo transversal	determinar a prevalência de disfunção sexual durante a gravidez e seus fatores associados.	100 gestantes com idade média de 31 + 4, 31 anos.	Os participantes do estudo foram solicitados a preencher questionários autoaplicáveis que consistiam em duas partes. A primeira parte foi sobre os detalhes demográficos e a segunda parte foi o Questionário do Índice de Função Sexual Feminina da Versão Malaia. Questionário validado de 19 itens, multidimensional auto-administrado, analisando seis domínios.	Usando o corte de pontuação do FSFI de 26,55, 81% dos participantes foram diagnosticados com disfunção sexual. A pontuação média do FSFI foi de 20,41 ± 8,45. Houve diferença significativa na incidência de dificuldades de desejo, excitação, lubrificação, satisfação e dor, entre o primeiro e o segundo trimestre combinados em relação ao terceiro trimestre da gravidez.	A disfunção sexual entre as mulheres grávidas é um fardo significativo. Apesar de ser um problema de saúde comum, muitas vezes é negligenciado. Outras medidas para resolver este problema são cruciais para garantir a melhoria da saúde sexual e bem-estar geral das mulheres grávidas.
BEZERRA <i>et al.</i> (2015). [B]	estudo observacional, analítico e transversal	Investigar a relação entre função sexual e qualidade de vida em mulheres grávidas	A amostra constituiu-se de 207 gestantes com idade média de 30 anos	A coleta de dados foi feita por meio da aplicação de questionário contendo questões, sociodemográficas, ginecológicas e obstétricas, conhecimento corporal e sexual.	As gestantes avaliadas estavam aproximadamente na 26ª semana gestacional. Observou-se diminuição significativa da frequência mensal do relacionamento sexual do casal, que passou de uma mediana de doze vezes para quatro vezes por mês. A disfunção sexual se mostrou presente em 35,7% das gestantes avaliadas, e a qualidade de vida dessas foi inferior quando comparada àquelas com função sexual sem alteração.	Os resultados mostram que a disfunção sexual afetou negativamente a qualidade de vida de mulheres grávidas. Sendo um aspecto relevante para ser avaliado durante as consultas de pré-natal.
AHMED <i>et al.</i> 2014 [B]	estudo de coorte prospectivo	O objetivo foi avaliar a prevalência de disfunção sexual feminina durante a gravidez em uma amostra de mulheres do Egito.	451 mulheres.	foi realizado com gestantes A função sexual foi avaliada usando o questionário (FSFI) durante as 4 semanas anteriores à gravidez e depois em cada trimestre durante as consultas pré-natais.	prevalência de DSF durante a gravidez foi estimada em 68,8%. De acordo com o FSFI, os escores de todos os domínios e o escore total foram significativamente reduzidos durante todo o período gestacional. No entanto, houve aumento significativo de todos os domínios e escore total durante o segundo trimestre em comparação ao primeiro e terceiro trimestres.	DSF é um problema prevalente durante a gravidez entre as mulheres egípcias. A magnitude do problema é maior durante o terceiro trimestre, enquanto o segundo trimestre representa o pico da função sexual durante a gravidez.

DISCUSSÃO

Os estudos analisados neste trabalho buscaram estudar disfunções sexuais na gestação em mulheres entre 18 e 45 anos, onde investigaram funcionamento sexual em seis domínios: desejo, excitação lubrificação, orgasmo, satisfação e dor, durante o avanço dos trimestres gestacionais, onde foram utilizados os instrumentos de Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) e questionário Pregnancy Sexual Response Inventory (PSRI).

O presente estudo confirma que a gravidez pode ser um fator de risco para o desenvolvimento ou agravamento de disfunção sexual pré-existentes, sendo evidente que é um momento único em termos de mudanças físicas, hormonais, psicológicas e sociais.

O primeiro trimestre gestacional é um período de adaptações em que as gestante passam, onde tem início desde a concepção á decima segunda semana da gravidez, devido aos sintomas apresentados nesta fase, o corpo feminino passa por modificações hormonais e físicos, diante disso, apresentam episódios de náuseas e vômitos, sensibilidade mamária e piora da sensação de bem-esta, alterações de humor, influenciando de forma direta no desempenho físico da gestante levando a diminuição da frequência de atividade sexual neste período, Fuchs et al. (2019) [B1]¹¹ cita o estudo de Fok et al. (2005) [B1]¹² onde diz que mais de um terço das mulheres pararam o coito vaginal durante a gravidez. Isso se deu devido a mitos e tabus existentes, de que ter relação vaginal durante a gravidez pode levar a um aborto espontâneo, partos prematuros ou até mesmo causar danos ao feto.

Já no segundo trimestre da gravidez que ocorre de 13 a 26 semanas, mostra que, há um aumento na frequência sexual, por ser considerado o período gestacional mais estável emocionalmente e fisicamente, fase esta em que a gravidez encontra-se mais estabelecida, onde a gestante se sente mais segura, diminuindo o medo de prejudicar o feto é há um ajuste psicológico as mudanças, ocorrendo a dissipação ou ausência dos sintomas apresentados no primeiro trimestre Sarcomori et al. (2012) [B1]¹³. Esses fatores poderiam explicar o leve aumento de mulheres sexualmente ativas durante este período.

O último trimestre corresponde a 27 semanas até o parto sendo caracterizado pela menor frequência de atividade sexual. Por ser considerado psicologicamente o trimestre mais difícil devido ao pico de aumento hormonal em preparação para o nascimento do bebê, onde a mulher se encontra emotiva, tendo alterações de humor semelhantes às do primeiro trimestre, associado à ansiedade e

estresse em relação ao trabalho de parto e à maternidade por medo de induzir o parto. Além de alterações anatômicas do corpo da mulher que podem impedir o casal de ter relações sexuais.

Estudos mostram que em meio a inúmeras transformações hormonais e mecânicas durante o ciclo gravídico, ocorrem as disfunções do assoalho pélvico (DAP) que podem causar disfunção sexual. A sobrecarga progressiva que a gravidez impõe ao músculos assoalho pélvico (MAP), além da fisiologia hormonal específica do período gestacional alteram a força e o tônus dessa musculatura surgindo ou agravando a disfunção do assoalho pélvico e favorecendo as disfunções sexuais, a perda ou diminuição do tônus dos MAP, pode causar efeito negativo na saúde sexual da gestante¹⁴[D].

Franceschet et al. (2009) [A] 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. Isso porque o MAP permitem o intercuro sexual e o parto; suas contrações involuntárias são as características principais do orgasmo e, quando fracas, podem causar hipostesia vaginal e anorgasmia. Ao realizar essa pesquisa podemos observa que há um significativo número de mulheres que são afetadas por disfunções sexuais no período gestacional. O estudo de Sarcomori et al. (2012) [B]¹⁵ teve um efeito global indicando que 32% da variação do desejo sexual, 30% da variação da excitação sexual e 25% da variação da satisfação sexual durante o período gestacional. Já a dor durante a atividade sexual, esteve presente no primeiro em (22,5%), segundo (33,8%) e terceiro (44,3%) trimestres.

O estudo de Fuchs et al. (2019)[B]¹¹ e de Sarcomori et al. (2012) [B]¹⁵, buscaram estudar as mudanças sexuais durante os trimestres a comparação dos escores médios da função sexual geral de cada trimestre revelou disfunção sexual clinicamente relevante no segundo e terceiro trimestres (valores médios $25,9 \pm 8,7$ e $22,7 \pm 8,7$, respectivamente), não obtendo diferença entre o segundo e terceiro trimestre ($p > 0,05$), enquanto no terceiro em relação ao segundo trimestre houve diferença significativa ($p < 0,01$). Os estudo indicam que os domínios referentes a função sexual apresentados obtiveram uma diminuição conforme a evolução da gestação, podendo ser atribuída, com o avançar da gestação como constante fator que influencia o declínio da função sexual, sendo atingido principalmente o desejo sexual. Mas Pauleta et al. (2010) [B] observaram alterações diferentes, que das 188 participantes de seu estudo com idade média de 28 anos, 38,8% relataram não haver mudança no desejo sexual e 32,5% afirmaram a diminuição do mesmo.

Assim como Guendle et al. (2019) [B]³ que mostraram a diminuição da atividade sexual, em

consequência da diminuição do desejo sexual, sendo relatada por 64,9% das mulheres durante a gravidez, enquanto apenas 7,6% relataram um aumento em frequência, a satisfação sexual durante a gravidez diminuiu em 41,6% das mulheres, um total de 92% relatou que sexualmente satisfeitas antes da gravidez e 50,8%, durante a gravidez, já no domínio desejo sexual foi relatado que dependia da ocasião ou disposição. O autor mostra a prevalência de disfunção sexual e seus fatores associados sendo a média de idade das participantes de 27 anos, as variáveis independentes como (idade materna, idade gestacional, situação de parceria no relacionamento, nível de escolaridade, religião e paridade). Sendo a única variável associada a insatisfação sexual foi a escolaridade, destacando-se em seus resultados que ter um diploma de ensino superior diminuiu em 50% a chance de insatisfação sexual (PR: 0,69; IC 95%: 0,49-0,98; $p \leq 0,02$), o que foi estatisticamente significativo. As demais variáveis não apresentaram associação estatisticamente significativa.

Bonelli et al. (2018) [B]¹⁶ relacionou justamente questões sociodemográficas e nível de escolaridade e renda familiar, sendo a média de idade, 27 anos, e a sua associação na função sexual, Constatou-se correlação significativa direta e positiva entre a renda familiar mensal e os domínios desejo e interesse sexual ($r=0,194$; $p=0,014$) e excitação da mulher e sintonia com o parceiro ($r=0,312$; $p=0,000$). A ocupação proporciona uma remuneração, fato que para uma mulher grávida é relevante, uma vez que a chegada do filho acarretará despesas financeiras. Desse modo, a presença de um salário mensal pode diminuir as inquietações e o estresse referente a tais gastos, o que possibilita uma maior tranquilidade e poderá refletir em um envolvimento sexual com seu parceiro com maior prazer e satisfação. A partir disso, infere-se que, quanto maior a renda familiar, melhor o desempenho e satisfação sexual. Já variável “Frequência da relação sexual semanal” apresentou correlação positiva para os domínios desejo e interesse sexual ($r=0,208$; $p=0,008$); preliminares ($r=0,212$; $p=0,007$) e orgasmo e satisfação ($r=0,249$; $p=0,001$). Tais achados mostram que, quanto maior a frequência de relações sexuais, melhor o desempenho e a satisfação das gestantes, bem como apresentarem maiores índices de desejo, interesse sexual e orgasmo. O interesse que o parceiro demonstra em forma de carícias, beijos, abraços, ou outros gestos que estimulem a relação sexual podem auxiliar as gestantes no aumento da atividade sexual. Tais resultados mostrados pelo autor, são coerentes, visto que, quanto melhores são as opiniões das gestantes frente ao relacionamento sexual com o parceiro, mais satisfação e desempenho sexual essas mulheres poderão vivenciar em suas relações sexuais.

Sendo nítida as alterações sofridas durante o processo do período gestacional, achados na pesquisa de Monteiro et al. (2019) [B]¹⁷, através da análise dos 6 domínios sexuais, indicou que (66,7%) das mulheres, que também tinham idade média de 27 anos apresentaram risco de disfunção sexual (FSFI 26,5), os resultados analisados da disfunção sexual foi de acordo de cada domínio, o FSFI foi estatisticamente significativo em todos os domínios testados: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor ($p < 0,001$). Foi avaliada também de forma individual os domínios, onde as menores médias foram encontradas em desejo (2,67 0,92), satisfação (2,71 1,67) e excitação (2,78 1,18). O autor justifica que o aumento de prevalência de disfunção sexual apresentada em seu estudo comparado a outros, pode ser explicado pelo fato de que essas mulheres recrutadas estavam no terceiro trimestre gestacional onde apresenta maior risco de disfunção sexual.

Em contrapartida, os resultados obtidos por Duad et al. (2019) [B]¹⁸ se diferenciam dos resultados obtidos por Monteiro et al. (2019) [B]¹⁷ em relação a pontuação do FSFI de 26,55, 81% das participantes foram diagnosticadas com disfunção sexual. A pontuação média do FSFI foi de $20,41 \pm 8,45$. Houve diferença significativa na incidência de dificuldades de desejo, excitação, lubrificação, satisfação e dor, entre o primeiro e o segundo trimestre combinados em relação ao terceiro trimestre da gravidez.

Mathias et al. (2015) [B]¹⁹ buscou justamente avaliar mulheres durante o terceiro trimestre para determinar se há uma maior prevalência de ocorrências de disfunções sexuais (DS), principalmente neste período da gestação, que obteve a evidenciada de 45,1% de mulheres com disfunção sexual durante o terceiro trimestre gestacional, em uma média de idade de 23 anos, onde não foi encontrada associação significativa entre a DS com a variável idade, renda familiar e escolaridade. Mas Leite et al. (2009) [A]²⁰ ao analisar função sexual durante a gravidez, apresentou maiores prevalências ao analisar função sexual durante o terceiro trimestre de gestação fazendo um comparativo entre adolescentes e mulheres adultas, com valores de 63,2 e 73,3%, respectivamente, com DS no último trimestre. A idade média das adolescentes foi de 17 anos e 25 anos em mulheres adultas, houve diferença estatisticamente significativa entre adolescentes e adultas no terceiro trimestre ($p=0,008$). Dentro desse grupo, as adultas apresentaram menor escore médio. Não houve diferença nos resultados da função sexual no primeiro e segundo trimestres. A prevalência de disfunção sexual no primeiro trimestre foi de 40,8% entre as adolescentes grávidas e 46,6% entre as adultas. Essa mesma disfunção foi avaliada respectivamente 31,2% e 34,2% no segundo

trimestre e, no terceiro trimestre, 63,2% e 73,3%, importante ressaltar que não houve nenhuma diferença estatisticamente relevante entre os grupos observados. A única diferença encontrada no estudo do autor e que na prevalência de disfunção sexual na comparação geral, foi especificamente entre o segundo e terceiro trimestres gestacional ($p < 0,001$).

Em contrapartida Pauleta et al. (2010) [B]²¹ com uma amostra de cento e oitenta e oito mulheres, com média de idade de 28 anos, foram analisadas em seu estudo. Sendo o único autor que mostra em seus resultados, que no primeiro trimestre e segundo trimestre gestacional há uma maior frequência de relação sexual de (46,8% e 50,5%, respectivamente) obtendo um declínio de (55,3%) dessa frequência apenas no terceiro trimestre gestacional. Não havendo diferenças estatísticas entre primeiro e o segundo trimestres o que contradiz os resultados obtidos por estudos anteriores citados ao longo dessa discussão.

Já Prado, Lima e Lima (2013) [A]²² buscaram uma tática diferente para determinar se há impacto da gestação na função sexual feminina, ele usou uma amostra de gestantes e não gestantes, tendo a taxa de disfunção sexual global de 31,7%, sendo mais prevalente em gestantes (40,4%) que em não gestantes (23,3%) ($p = 0,01$). Vale frisar que os grupos analisados foram homogêneos no tocante à idade. A média global do IFSF para gestantes e não gestantes apresentou diferença significativa de ($p < 0,0001$), analisados os domínios da função sexual, foram observadas diferenças entre os dois grupos no tocante aos escores dos domínios desejo ($p < 0,0001$), excitação ($p = 0,003$), lubrificação ($p = 0,02$), orgasmo ($p = 0,005$) e satisfação ($p = 0,03$). O mesmo não foi observado no domínio dor. Não foram observadas diferenças abrangentes entre os trimestres gestacionais quando comparadas as médias dos respectivos IFSF e por domínios sexuais. Portanto podendo concluir-se que existe prevalência de disfunção sexual foi significativamente superior no em mulheres grávidas causando-as disfunções sexuais e consequentemente afetando a qualidade de vida, o que coincidente com o encontrado na literatura.

Contudo ao se comparar a qualidade de vida e a presença de disfunção sexual nas gestantes impactando de forma negativa a vida dessa mulher, o desejo sexual é o primeiro ponto de encontro para vivência da sexualidade na gestação nesta fase, a mulher vive um conflito, pois se encontra em um momento de transição, mudança e de identificação com o próprio corpo.

No estudo de Bezerra et al. (2015) [B]²³, ele mostra que 91,7% das mulheres sentiam desejo sexual antes da gestação, durante a gestação 56,6% dessas mulheres tiveram seu desejo sexual

diminuído. Esse fato pode ser explicado pelo aumento de sentimentos. As mulheres, durante o período gestacional, podem se tornar vulneráveis às influências socioculturais, quando devem se aceitar, acarretando problemas de autoestima e imagem corporal, além do fato de que, nas últimas semanas da gestação, o desconforto, a falta de ar, fadiga, o aumento de tamanho do bebê, o seu encaixe na pelve e a pressão pélvica podem tornar a relação sexual menos confortável para ela e seu parceiro, portanto o desejo é consequente diminuído.

Devido a ocorrência de todas estas mudanças no último trimestre, podendo ser a razão para a diminuição da libido e da atividade sexual, além do peso fetal e o volume em que a barriga se encontra nesta fase final, causando alteração do centro de gravidade, alterando o equilíbrio e acarretando modificações posturais compensatórias. Acaba exigindo muito do organismo feminino, é consequência disso o uso de musculaturas acessórias pouco recrutadas no período pré-gestacional para manter a postura, acaba causando dores e desconfortos. Outro fato a ser citado e que contribui a diminuição da função sexual feminina é a perda do interesse sexual do parceiro. A diminuição da libido e da frequência sexual também foram relatadas por mulheres em outras pesquisas em que descrevem sensação de serem menos atraentes.

Além disso, no terceiro trimestre, a mudança óbvia de corpo e imagem, ganho de peso, estrias e a possível dificuldade de ter relações sexuais, pode fazer com que o casal se abstenha de ter relação sexual. Um dos temores mais universais da gravidez está associado às alterações corporais, como o medo de não voltar a forma anterior a gestação, ficando flácida após o parto, além do seu aspecto objetivo, pode ter um significado simbólico mais profundo o medo de ficar modificada como pessoa pela experiência da maternidade, de não conseguir recuperar sua identidade antiga e se transformar em uma outra pessoa²⁴[D].

Neste período de último trimestre o nível de ansiedade se elevar com a proximidade do parto e da mudança de rotina da vida após o parto. Barbieri (1983) [D]²⁵ ressalta que para algumas mulheres, e a primeira experiência de internação hospitalar, algumas reações podem ser devido por preocupações relativas ao próprio trabalho de parto como, ter medo das "dores" decorrentes da contração uterina no momento do parto, preocupar-se com o que vai acontecer com ela e com seu filho, temer pela ocorrência de uma experiência traumatizante.

Diante disso destaca-se a importância de um acompanhamento de especialistas, muitos casais não estão preparados para a ocorrência de problemas sexuais durante a gravidez até mesmo

desconhecem a possibilidade Gálaogonekzka et al. (2015) [B]²⁶. A maioria das mulheres não discute a sua sexualidade com seus médicos, de acordo com Esmer et al. (2013) [B]²⁷ que ilustrou uma necessidade de mudar a frequência de discussões relacionadas com este tema em ambiente clínico, sendo possível observar que os profissionais da área da saúde, responsáveis pelo atendimento da mulher e do casal, não abordam o conceito da função sexual e as características envolvidas. Geralmente as consultas de pré-natal, mesmo quando bem conduzidas, envolvem mais os aspectos fisiológicos da mulher e do feto preocupando-se em verificar se desenvolvendo esta de maneira adequada, se a mulher está se alimentando, realizando os cuidados certos. Diante deste cenário destaca-se a importância a abordagem dos profissionais e saúde frente a sexualidade na gestação.

Destacando a fisioterapia para tratamento de disfunção sexuais pré-existentes ou existentes. A intervenção fisioterapêutica tende a um objetivo na reduziu os desconfortos advindos do período gestacional e na prevenção de problemas advéncios que possam surgir, os músculos do assoalho pélvico tendem a ficar mais fracos, alongados e sobrecarregados devido aos efeitos dos hormônios e do aumento da pressão abdominal, os MAP quando não estão preparados para suportar esse aumento de peso aliado à vida dinâmica da gestante, aumentam-se as chances disfunção sexual.

Sacomori et al. (2015)¹⁵[B] afirmou que as mulheres que apresentaram uma força considerada boa dos MAP, obtiveram maior desejo, excitação, lubrificação e orgasmo, comparado as que apresentaram menos força nos (MAP). Outra afirmação foi de Silva (2012) [D]⁷, que os MAP verificam que sensibilidade proprioceptiva contribui para o ápice sexual. Destacou a influência do MAP na função e na resposta sexual feminina e que as mulheres que apresentam diminuição de força dos mesmos, que se queixam de disfunção sexual. Magno et al. (2011)²⁸[B] realizaram um estudo para avaliar quantitativamente a função sexual feminina correlacionada com a contração dos MAP e também obtiveram a mesma constatação.

As disfunções do assoalho pélvico tem grande correlação com as disfunções sexuais na gestação, dessa maneira podemos observa a importância da contribuição da fisioterapia é sua eficiência, através de suas técnicas e recursos em seus tratamentos para o problema em questão, ao decorrer dos resultados mostrando neste trabalho, ficou claramente demonstrado as ocorrências de disfunções sexuais acometidas na gestação e que com o tratamento direcionado, essas disfunções podem ser tratadas e até mesmo evitadas, melhorando a resposta sexual das gestantes e até evitando o aparecimento de consequentes disfunções.

Desse modo levando em consideração os resultados obtidos ao longo deste estudo, que evidenciaram que a disfunção sexual são decorrentes de diversos fatores que associados podem contribuir para o aparecimento ou agravamento de DS na gestação, como alterações fisiológicas, físicas e psicológicas sofridas na gestação, podem contribuir de forma negativa na vida sexual das gestantes, assim como questões de falta de desejo sexual, conflitos conjugais, falta de atração pelo parceiro, medos aplicados devidos a mitos e tabus, implicações religiosas que atribuídos ao cansaço apresentado na gestação leva a diminuição da frequência sexual e conseqüentemente afetando o desejo de ser sexualmente ativa neste período, a maioria dos estudos obteve semelhança referente aos resultados da disfunção sexual no período gestacional apresentando maior prevalência de DS do segundo para terceiro trimestre gestacional, assim como os domínios sexuais que são mais antigos em decorrência da DS, ambos estudos na população de gestantes estudadas não mostraram nenhuma comodidades associadas.

Como limitação deste estudo destaca-se o facto de vários estudos obtiveram grandes populações mas não fizessem essa comparação entre a idade e a ocorrência de DS, o que poderia ser justificado, que há maior incidência de disfunções sexuais em mulheres com idade superior a 27 anos como apresentado ao longo dessa discussão, e fazer essa comparativa sobre questões sociodemográficas nesse aspecto. E por serem estudos sem randomização e serem estudos retrospectivos, transversal e retrospectivo, assim como a maioria utiliza apenas um método para avaliar a função sexual durante a gestação. Levando em consideração nesse sentido, é importante saber se o FSFI é realmente apropriado para uso na população grávida, sabendo que o questionário foi desenvolvido e validado em mulheres que não estavam grávidas e, portanto, talvez seja que os escores de corte usados para FSD não sejam tão fidedignos na população de mulheres grávida. A pontuação do FSFI, no entanto, permite uma boa comparação entre os três trimestres. A maioria dos estudos utiliza o sexo vaginal como a única medida para avaliar o comportamento sexual, aliado ao facto de vários estudos correspondem a diferentes períodos e países em que os conceitos de sexualidade podem ser díspares, o que corresponde a uma perspectiva cultural. Por outro lado, também não existe uma larga amostra de estudos na íntegra que faça comparação com a função sexual no período antes da gravidez e se de forma as disfunções sexuais aumentam com a gravidez ou se já estariam presentes previamente. Vale Salienta-se ainda o fato da literatura muitas vezes basear-se na procura de um problema fisiológico em decorrência as alterações sofridas durante o

período gestacional, e não na constatação de um possível problema clínico.

CONCLUSÃO

Através desta revisão concluímos que a gestação pode levar as mulheres a ter disfunções sexuais, e o que a maioria dos estudos diz que queixas relacionadas a essas disfunções na gestação aumenta com a evolução da idade gestacional e atinge níveis mais elevados no terceiro trimestre de gestação. Além disso essas queixas impactam diretamente a satisfação sexual no que diz respeito a frequência sexual, isso ocorre em decorrência da diminuição do desejo sexual e excitação e em consequência sendo atingidos principalmente nos domínios de lubrificação vaginal e o orgasmo, tendo impacto diretamente na qualidade da vida sexual no período gestacional.

REFERÊNCIAS

1. Camacho K, Vargens O, Progianti J. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 32-7, Dec. 2010.
2. Aydin M, Cayonu N, Kadihasanoglu M, Irkilata L, Atilla MK, Kendirci M. Comparison of Sexual Functions in Pregnant and Non-Pregnant Women. Urol J. 2015 Nov 14;12(5):2339-44. PMID: 26571317.
3. Glendler A. et al. Prevalence of Sexual Dysfunctions and their Associated Factors in Pregnant Women in an Outpatient Prenatal Care Clinic. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 41, p. 555–563, Dec. 2019. DOI <https://doi.org/10.1055/s-0039-1695021>ISSN0100-7203.
4. Fiamoncini A, Reis M. Sexualidade e gestação: fatores que influenciam na expressão da sexualidade. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 91- 102, Dec. 2018. DOI <https://doi.org/10.35919/rbsh.v29i1.49>.
5. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). BMC Pregnancy Childbirth. 2018 May 31;18(1):196. doi: 10.1186/s12884-018-1838-6.
6. Alves T, Bezerra M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. Revista de psicologia, São Paulo, v. 14, n. 49, p. 114-126, Dec. 2020. DOI 10.14295/online.v14i49.2324.
7. Silva JMG, et al. Sexo e gravidez de alto risco: uma comparação da função sexual entre segundo e terceiro trimestres. Femina ; 49(7): 421-424, 2021.
8. Prado S, et al. Impacto da gestação na função sexual feminina. Revista Brasileira de Ginecologia

- e Obstetrícia, Aracaju, v. 35, n. 5, p. 205-209, Dec. 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000500003>.
9. Ladislau FB, et al. O impacto da gravidez na sexualidade feminina. Universidade de Lisboa, <http://hdl.handle.net/10451/51981>.
 10. Lisboa MEM, Silva LA. Associação entre disfunções sexuais e o período gestacional. https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/9278/1/Final_Associa%C3%A7%C3%A3oEntreDisfun%C3%A7%C3%B5esSexuais eo Período Gestacional.pdf
 11. Fuchs A. et al. Sexual Functioning in Pregnant Women. Int. J. Environ. Res. Public Health, Silésia, v. 16, n. 21, p. 4216, Dec. 2019. DOI 10.3390/ijerph16214216 disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6862185/>. Acesso em 14 set. 2022.
 12. Fok Y et al. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, Shatin, v. 84, n. 10, p. 934–938, Dec. 2005. DOI <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2005.00743.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16167907/>. Acesso: 15 set. 2022.
 13. Sarcomori F. et al. Função Sexual Feminina na gestação. Fisioterapia Brasil, Florianópolis, v. 13, n. 6, p. 458-462. Dec. DOI <https://doi.org/10.33233/fb.v13i6.584> 2012. Disponível em: <https://portal/resource/pt/lil-766792>. Acesso em 14 agost. 2022.
 14. Peruzzi J, Batista A. Fisioterapia nas disfunções do assoalho pélvico e na sexualidade durante o período gestacional. Fisioterapia Brasil, Rio de Janeiro, v. 19 n. 2, p. 177-182. Dec 2018. DOI <https://doi.org/10.33233/fb.v19i2.866>.
 15. Sarcomori C. et al. Pelvic floor muscle strength and sexual function in women. Fisioterapia em movimento, Curitiba, v. 28, n. 4, p. 657-65. Dec. 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-5150.028.004.A002>.
 16. Bonelli P. et al. Avaliação da função sexual da mulher no período gestacional. Rev Fun Care Online, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1091-1097. Dec. 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.9789/21755361.2018.v10i41085109>. Disponível em: <portal/resource/en/biblio-915750>. Acesso em: 22 jun. 2022.
 17. Monteiro N. et al. Prevalence of Sexual Dysfunction among Expectant Women. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 38, n. 11, p. 559–563, Dec. 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1594306>.ISSN0100-7203.
 18. Duad S. et al. Prevalence of sexual dysfunction in pregnancy. Arch Gynecol Obstet, Shah Alam, v. 300, n. 5, p. 1279-1285. Dec. 2019. DOI 10.1007/s00404-019-05273-y.
 19. Mathias A. et al. Disfunção sexual: Avaliação de mulheres durante o terceiro trimestre gestacional. ABCS Health Sciences, Petrolina, v. 40, n. 2, p. 75-79, Dec. 2015. DOI 10.7322/abcshs.v40i2.734.
 20. Leite L. et al. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. Rev Assoc Med Bras, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 563-8. Dec. 2009. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000500020>
 21. Pauleta JR et al. (2010), Sexuality During Pregnancy. The Journal of Sexual Medicine, 7: 136-142. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x>

22. Prado et al. Impacto da gestação na função sexual feminina. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Aracaju, v. 35, n. 5, p. 205-209, Dec. 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000500003>.
23. Bezerra D. et al. Comparação da qualidade de vida em gestantes com disfunção sexual. Revista Bras Ginecol Obstet, Natal, v. 37, n. 6, p. 266-71. Dec: 2015. DOI 10.1590/S0100-720320150005254.
24. Melo LL, da Silva Lima MA. Mulheres no segundo e terceiro trimestres de gravidez: suas alterações psicológicas [Women in the second and third pregnancy trimester: their psychological changes]. Rev Bras Enferm. 2000 Jan-Mar;53(1):81-6.
25. Barbieri L et al. Assistência a parturiente : Alguns aspectos psicossociais Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 33-37, Dec. 1983. DOI <https://doi.org/10.1590/0080-6234198301700100033>.
26. Galaogonekzka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the Sexual Function During Pregnancy. J Sex Med. 2015;12(2):445–54.
27. Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. J Obstet Gynaecol Res. 2013 Jun;39(6):1165-72.
28. Magno L. et al. Avaliação quantitativa da função sexual feminina correlacionada com a contração dos músculos do assoalho pélvico. Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua, v. 2, n. 4, p. 39-46, Dec. 2011. DOI <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232011000400006>.