



ConScientiae Saúde

ISSN: 1677-1028

conscientiaesaude@uninove.br

Universidade Nove de Julho

Brasil

da Silva Martins Köhler, Bruna; Pereira Martins, Maíra; Foletto Pivotto, Hedioneia Maria;
Medeiros Braz, Melissa

Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais

ConScientiae Saúde, vol. 16, núm. 3, 2017, pp. 360-366

Universidade Nove de Julho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92953906007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais

Sexual dysfunction in three gestational trimesters

Bruna da Silva Martins Köhler¹; Maíra Pereira Martins¹; Hedioneia Maria Foleto Pivetta²; Melissa Medeiros Braz²

¹Fisioterapeuta. Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria, RS - Brasil.

²Doutor. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria, RS - Brasil.

Endereço para Correspondência

Melissa Medeiros Braz

Rua dos Andradás, 602, ap. 702 – Centro
97010-030 - Santa Maria – RS [Brasil]

melissabraz@hotmail.com

Resumo

Introdução: Dificuldades性ais são bastante frequentes durante a gestação, pelas mudanças hormonais e emocionais deste período. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de disfunções性ais nos três trimestres gestacionais. **Métodos:** Pesquisa observacional com 140 mulheres de 7 unidades básicas de saúde de um município do interior do RS. Foram aplicados uma ficha de avaliação e o Female Sexual Function Index. Foi realizada a estatística descritiva para representação dos grupos e o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para os testes de hipóteses com nível de significância de 5%. **Resultados:** Houve alta prevalência de disfunção sexual, com diferença entre o primeiro e o segundo trimestres ($p = 0,018$), e entre o primeiro e o terceiro trimestres ($p = 0,014$). **Conclusão:** Houve alta prevalência de disfunção sexual (33,04%), sendo os domínios mais afetados a satisfação (100%), lubrificação (94,69%), orgasmo (94,59%) e excitação (91,89%). Identificou-se aumento das disfunções性ais com a evolução da gestação.

Descritores: Disfunção sexual fisiológica; Gravidez; Prevalência.

Abstract

Introduction: Sexual difficulties are quite frequent during gestation, due to the hormonal and emotional changes of this period. **Objective:** To evaluate the prevalence of sexual dysfunction in the three gestational trimesters. **Methods:** Observational research with 140 women from 7 basic health units of a municipality in the interior of RS. An evaluation form and the Female Sexual Function Index were applied. Descriptive statistics were performed for group representation and the Kolmogorov-Smirnov normality test was used for hypothesis tests with a significance level of 5%. **Results:** There was a high prevalence of sexual dysfunction, with a difference between the first and second quarters ($p = 0.018$), and between the first and third quarters ($p = 0.014$). **Conclusion:** There was a high prevalence of sexual dysfunction (33.04%), with satisfaction (100%), lubrication (94.69%), orgasm (94.59%) and excitation (91.89%) being the most affected domains. It was identified an increase of the sexual dysfunctions with the evolution of the gestation.

Key words: Sexual dysfunction physiological; Pregnancy; Prevalence.

Introdução

As alterações fisiológicas ocorridas durante a gravidez, sejam elas sutis ou marcantes, estão entre as mais acentuadas que o corpo humano pode sofrer, o que gera medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade em relação às transformações ocorridas no corpo¹.

Destacam-se as alterações hormonais, cardíacas, respiratórias e emocionais, que poderão afetar diretamente a relação conjugal, profissional e social da mulher^{2,3}.

Em relação à função sexual durante a gravidez, considera-se que esta ainda é cercada por numerosos tabus movidos, muitas vezes, pela falta de conhecimento e preconceitos culturais, pessoais ou religiosos². Talvez por todos esses motivos, dificuldades sexuais são bastante frequentes durante este período, afetando entre 40 e 70% das mulheres em algumas culturas^{3,4,5,6}.

Fatores emocionais relacionados à gestação que podem ser vivenciados tanto pela gestante como pelo parceiro também podem afetar a sexualidade feminina; entre tais fatores estão o ajustamento aos novos papéis sociais, a qualidade do relacionamento do casal, alterações de humor e a aceitação do sexo nesse período⁷.

Diante dos poucos estudos que relacionam a gestação e a função sexual, o objetivo do presente estudo foi investigar a prevalência de disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais.

Métodos

Pesquisa do tipo transversal, observacional, de caráter quantitativo, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) institucional sob o número de protocolo 629.876, sendo o projeto original intitulado “Impacto da incontinência urinária sobre a função sexual e qualidade de vida em gestantes”. Trata-se de um recorte da pesquisa de origem dando ênfase ao aspecto da sexualidade e das disfunções sexuais.

Foram avaliadas mulheres no período gestacional, com idades variando de 15 a 43 anos,

que realizaram o pré-natal em unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF) de um município do interior do Rio Grande do Sul (RS), no período de junho de 2014 a março de 2015.

As coletas dos dados foram realizadas junto a sete unidades de Estratégias de Saúde da Família, determinadas juntamente à Secretaria Municipal de Saúde, sendo selecionada uma unidade de saúde de cada região da cidade, onde existia o maior número de gestantes em acompanhamento pré-natal.

A amostra foi constituída por 140 mulheres, considerando-se o cálculo amostral a partir do número de nascidos vivos na cidade de Santa Maria no mês de fevereiro de 2013 (DATASUS). Foram incluídas gestantes que manifestaram desejo em participar da pesquisa, primigestas ou multigestas, de gravidez única ou gemelar, em qualquer período gestacional. Foram excluídas gestantes que não residiam no município, mulheres com dificuldades de entendimento ou que não aceitassem participar da pesquisa, com gestação de alto risco, bem como aquelas que se declararam inativas sexualmente no período de desenvolvimento da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada mediante contato das pesquisadoras com os profissionais responsáveis pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de agendar a avaliação das gestantes adscritas na área de abrangência, para a realização das visitas e/ou consultas de pré-natal. O convite para participar do estudo de forma voluntária foi realizado antes da consulta de pré-natal, após esclarecimentos do propósito da pesquisa em que a gestante lia e assinava o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os seguintes questionários foram aplicados: para delinear o perfil uroginecológico e obstétrico das gestantes foi utilizada a ficha de avaliação adaptada de Etienne, Waitman⁸ e Moreno⁹, composta por 19 questões contendo dados sobre a história ginecológica, obstétrica, sexualidade e perdas urinárias da gestante. Posteriormente foi aplicado o FSFI (Female Sexual Function Index) ou índice da função sexual feminina, que é um

questionário validado na língua portuguesa, específico e multidimensional, para avaliar a resposta sexual feminina. O questionário é composto por 19 questões, que informam sobre cinco domínios da resposta sexual: desejo e estímulo subjetivo, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor ou desconforto. Pontuações individuais são obtidas pela soma dos itens que compreendem cada domínio (escore simples), que são multiplicadas pelo fator desse domínio e fornecem o escore ponderado. A pontuação final (escore total: mínimo de 2 e máximo de 36) é obtida pela soma dos escores ponderados de cada domínio. Adotou-se como ponto de corte do escore total do FSFI a pontuação de 26,55; a fim de predizer disfunções sexuais para este grupo. Para a análise dos domínios foram utilizados seguintes pontos de corte: Desejo: 4,28, Excitação 5,08, Lubrificação 5,45; Orgasmo: 5,05; Satisfação: 5,04 e Dor: 5,51¹⁰.

Os questionários foram aplicados pelos pesquisadores na sala de espera das UBS antes das consultas médicas pré-natal/triagem e/ou visitas acompanhadas pela agente comunitária de saúde, com um tempo, em media, de trinta minutos. Para a análise dos dados, foi realizada a estatística descritiva para representação dos grupos da pesquisa. Para a realização dos testes de hipóteses foi realizado inicialmente o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Já para a análise das diferenças entre grupos, para variáveis simétricas foi utilizado o teste ANOVA de grupos independentes e para as assimétricas foi utilizado o Teste de Friedman. O post hoc utilizado foi o de Tukey. O nível de significância adotado foi de 5% para todos os testes e o software utilizado foi o SPSS 14.0 para Windows.

Resultados

Nas Unidades de ESF nas quais os dados foram coletados, foram abordadas 140 gestantes, com idades variando de 15 a 43 anos. No entanto, os dados foram coletados com 112 mulheres que atenderam os critérios de inclusão e exclusão. Do total da população estudada no período

de coleta dos dados, 28 (20%) foram excluídas por referirem não terem vida sexual ativa.

Das 112 gestantes, 14 (12,5%) estavam no primeiro trimestre gestacional, 33 (29,46%) no segundo e 65 (58,04%) no terceiro trimestre gestacional (Figura 1).

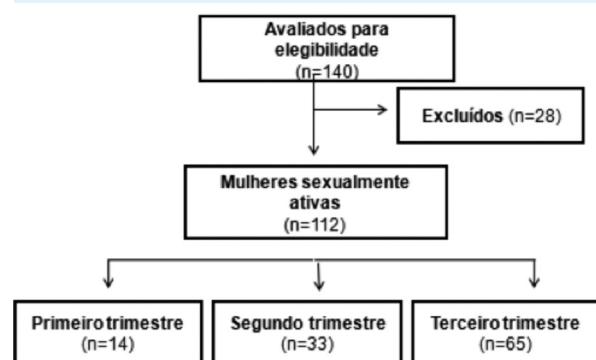


Figura 1: Fluxograma de seleção da amostra.

Quanto ao estado civil, 55 (49,11%) referiam ser solteiras, 55 (49,11%) casadas e 2 (1,78%) não responderam a essa questão.

A Tabela 1 apresenta os dados de caracterização das gestantes quanto à faixa etária, idade gestacional e número de partos.

Tabela 1: Caracterização da amostra

Características	Média e desvio padrão
Idade (anos)	25,62 ± 5,90
Idade gestacional (semanas)	26,11 ± 8,82
Número de partos anteriores	1,02 ± 1,22

O escore do FSFI variou de 9,6 a 36,8, com predição para disfunção sexual para 37 (33,04%) gestantes.

A tabela 2 apresenta a avaliação das gestantes pelo FSFI representada pela média e o desvio padrão do escore total e seus domínios. Dentro das gestantes com disfunção sexual (abaixo do ponto de corte de 26,55), apresenta-se cada domínio separadamente que indica o tipo de disfunção sexual presente, sendo que cada gestante pode apresentar mais do que um tipo de disfunção sexual.

Mesmo as gestantes que obtiveram escores totais acima do valor preditivo de disfunções sexuais (75) apresentaram ao menos um domínio específico negativamente afetado: desejo (15 gestantes), excitação (47 gestantes), lubrificação (65 gestantes), orgasmo (42 gestantes), satisfação (69 gestantes) e dor (27 gestantes).

Tabela 2: Médias dos escores do FSFI e número de gestantes com disfunção sexual

Domínios	Média e desvio padrão	Gestantes com disfunção (n)	(%)
Escore total	21,80 ±6,09	37	33,04
Desejo	4,86 ±1,06	26	70,27
Excitação	4,23 ±1,30	34	91,89
Lubrificação	4,60 ±1,20	35	94,69
Orgasmo	4,46 ±1,20	35	94,59
Satisfação	3,45 ±1,02	37	100
Dor/desconforto	5,38 ±1,82	23	62,16

A tabela 3 apresenta o quantitativo, e seu respectivo percentual, de gestantes com disfunção sexual por trimestre gestacional, representados por escore total e por domínios. Observa-se tendência ao crescimento das disfunções sexuais com evolução da gestação. Os domínios mais afetados foram orgasmo e satisfação, nos três trimestres gestacionais.

Tabela 3: Número e porcentagem de gestantes com disfunção sexual, representadas pelo escore total e domínios do FSFI, distribuídas por trimestres gestacionais

Domínios	Primeiro trimestre n= 14	Segundo trimestre n=33	Terceiro trimestre n= 65
Escore total	3 (21,43%)	11 (33,34%)	23 (35,38%)
Desejo	3 (21,43%)	7 (21,21%)	16 (24,62%)
Excitação	3 (21,43%)	10 (30,30%)	21 (32,30%)
Lubrificação	2 (14,28%)	10 (30,30%)	23 (35,38%)
Orgasmo	8 (57,14%)	10 (30,30%)	22 (33,84%)
Satisfação	8 (57,14%)	11 (33,33%)	23 (35,38%)
Dor/desconforto	1 (7,14%)	7 (21,21%)	15 (23,08%)

A tabela 4 apresenta a comparação dos escores do FSFI das gestantes por trimestre gestacional com o escore total e seus respectivos domínios. A média do escore total nos três trimestres esteve acima do ponto de corte e não houve diferença estatisticamente significativa no escore total. A diferença encontrada entre os grupos em relação ao domínio dor foi significativa entre o primeiro e o segundo trimestre ($p = 0,018$), bem como entre o primeiro e o terceiro trimestre ($p = 0,014$), porém quando comparados o segundo com o terceiro trimestre não houve diferença significativa ($p = 0,900$). Observou-se que a partir do segundo trimestre gestacional este grupo passou a apresentar disfunção sexual de dor.

Tabela 4: Comparação dos escores do FSFI, total e por domínios, nas gestantes por trimestre gestacional

Domínios	Primeiro Trimestre (n = 14)	Segundo trimestre (n = 33)	Terceiro trimestre (n = 65)	p
Escore total	28,60±3,25	26,55±5,27	26,86±5,73	0,839
Desejo	4,71 ±1,05	4,98 ±1,09	4,83 ±1,06	0,596
Excitação	4,31±1,04	4,20±1,28	4,23±1,38	0,990
Lubrificação	5,04±0,85	4,40±1,28	4,61±1,21	0,140
Orgasmo	4,63±0,91	4,29±1,20	4,52±1,26	0,416
Satisfação	3,51±0,50	3,39±1,14	3,46±1,05	0,877
Dor/desconforto	6,40±1,32	5,28±1,80	5,21±1,86	0,037*

*Estatisticamente significativo.

Discussão

O presente estudo identificou que a prevalência de disfunção sexual feminina foi de 33,04%, dado inferior ao encontrado na pesquisa de Ninivaggio et al.¹¹, realizada com 627 gestantes com média de idade de 24.2 ± 5.1 anos. Destas, 36,3% das gestantes do primeiro trimestre, 36,8% das gestantes do segundo trimestre e 57% das gestantes do terceiro trimestre apresentavam disfunção sexual. Observou-se que a frequência de relações性ais diminuiu com o decorrer dos trimestres, enquanto a de disfunções

sexuais aumentou do primeiro para o segundo trimestre ($p < 0,001$) e do segundo para o terceiro trimestre ($p < 0,001$). As disfunções性ais mais prevalentes foram de desejo, excitação e orgasmo.

Pesquisa realizada na Egito¹² com 451 gestantes encontrou uma prevalência de 68,8% de disfunções性ais nas gestantes pesquisadas. De acordo com a análise do FSFI, os escores de todos os domínios apresentaram uma redução significativa no período gestacional ($22,5 \pm 3,7$) se comparados ao período pré-gestacional ($30,5 \pm 5,6$).

Porém, dado diferente foi observado em estudo brasileiro¹³, em que houve disfunção sexual global de 31,7%, sendo mais prevalente em gestantes (40,4%) que em não gestantes (23,3%) ($p=0,01$). Quando analisados os domínios da função sexual, foram observadas diferenças significativas entre gestantes e não gestantes nos escores dos domínios desejo ($p<0,0001$), excitação ($p=0,003$), lubrificação ($p=0,02$), orgasmo ($p=0,005$) e satisfação ($p=0,03$).

Em nossa pesquisa as médias dos domínios do FSFI excitação (4,20), lubrificação (4,40), orgasmo (4,29) e satisfação (3,39) foram menores no segundo trimestre em relação ao primeiro e terceiro trimestres, sem diferenças significativas. Dado diferente foi observado no estudo de Gałazka et al¹⁴, onde a pontuação do FSFI diminuiu ao longo dos trimestres gestacionais em todos os domínios (excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação, desejo e dor). A diminuição dos escores estava relacionada à diminuição do desejo sexual ($p = 0.00007$), relutância do parceiro em manter as relações sexuais ($p = 0.002$) e mudanças na aparência relacionadas à gravidez ($p = 0.03$). As disfunções性ais foram mais comuns em primigestas no terceiro trimestre gestacional, relacionadas a insatisfações com o relacionamento.

Pesquisa realizada no estado de Alagoas² com 41 gestantes com faixa etária entre 14 a 42 anos (média de 27,9 anos) observou que no primeiro trimestre gestacional o domínio desejo obteve o pior escore com 3,53 pontos, já em nosso

estudo, este domínio manteve-se acima do ponto de corte em todos os trimestres gestacionais. O domínio dor no estudo citado anteriormente², no segundo e terceiro trimestres, apresentou menor pontuação, com 3,70 e 2,99 pontos, respectivamente, o que também foi encontrado em nossa pesquisa com pontuação de 5,28 (segundo trimestre) e 5,21 (terceiro trimestre), sendo o terceiro a menor pontuação.

A elevada prevalência de disfunções性ais no terceiro trimestre gestacional pode ser explicada pelas alterações físicas e emocionais do período gestacional, que podem dificultar a estimulação adequada das zonas erógenas, bem como estar associadas a conflitos conjugais, falta de atração pelo parceiro, ansiedade pelo bem-estar fetal e fadiga. O bem-estar emocional geral e o sentimento de proximidade com o parceiro durante a gestação parecem ser preditores de problemas性ais durante esta fase do ciclo sexual feminino¹⁵.

O estudo de Prado¹³ comparou 181 mulheres não gestantes com 177 mulheres gestantes brasileiras nos três trimestres gestacionais com o objetivo de avaliar a função sexual através do FSFI. Entre os domínios da função sexual, os mais prejudicados foram o desejo e a excitação, justificados por sintomas como náuseas, vômitos, fadiga, sonolência e sensibilidade corporal que as gestantes experimentam no início da gestação¹⁶, bem como a mudança da autoimagem corporal que ocorre a partir do segundo trimestre gestacional.

Quanto aos fatores relacionados com a disfunção sexual durante a gravidez, revisão integrativa¹⁷ realizada com 68 estudos sobre esta temática encontrou, influenciando a função sexual de gestantes, as seguintes variáveis: alterações físicas e psicológicas relacionadas à gravidez, história obstétrica (número de filhos, número de gravidezes, tipos de parto, abortos), fatores sociodemográficos (idade, escolaridade, estado socioeconômico, idade gestacional), religiosos, culturais, vulnerabilidade, medos, mitos, tabus e crenças, conhecimento insuficiente, alte-

rações relacionais, na autoestima , na autoimage e conflitos de valores.

A atividade sexual no período gestacional já foi observada com preconceito, atribuído ao desconhecimento sobre o assunto. Até bem pouco tempo, a vida sexual ativa durante este período era considerada inadequada, quando a mulher deveria direcionar sua libido para os cuidados com a família¹⁸. Ainda nos dias atuais, algumas gestantes vivenciam este conflito, o que pode gerar disfunções sexuais.

Além disso, muitas das gestantes sentem vergonha e receio de expor suas disfunções sexuais para os profissionais de saúde durante o acompanhamento pré-natal¹⁹. Desta forma, torna-se fundamental que os profissionais estejam preparados e sensibilizados para investigar e intervir ativamente sobre as questões relacionadas à função sexual na gestação.

A disfunção sexual pode afetar negativamente a saúde e qualidade de vida da gestante, o que pode resultar em sofrimento pessoal, para o casal e a família. Assim, cabe aos profissionais de saúde desenvolver uma abordagem aberta sobre a sexualidade durante a gestação por meio da educação em saúde, de forma individual e coletiva. Neste sentido, grupos de gestantes tornam-se espaços de prevenção de disfunções sexuais e de promoção da saúde, na medida em que permite inserir a mulher, ativamente, em um processo de troca de experiências e diferentes saberes com os demais componentes do grupo e com o profissional de saúde¹⁹.

Quanto ao instrumento utilizado para avaliar a prevalência de disfunções sexuais (FSFI), revisão integrativa¹⁷ realizada com 68 artigos em português, francês, espanhol e inglês, com data de publicação entre 2010 e 2014, observou que 56% dos estudos de abordagem quantitativa utilizaram este instrumento. O FSFI, por ser um instrumento de fácil aplicação, pode ser utilizado na prática clínica durante o pré-natal, a fim de auxiliar a abordagem dos profissionais de saúde com a gestante sobre questões性uais, facilitando a interação entre a equipe, a grávida e o casal²⁰.

Conclusão

Os resultados da pesquisa demonstraram considerável prevalência de disfunção sexual nas gestantes (33,04%), sendo que houve uma tendência ao aumento da disfunção sexual com a evolução da gestação. Os domínios mais afetados no FSFI foram satisfação, orgasmo, lubrificação e excitação, seguidas de desejo e dor, onde foi constatado que o domínio dor foi o único que apresentou diferença estatisticamente significativa entre os trimestres gestacionais.

Assim, ressalta-se a importância do diálogo com a equipe interprofissional de saúde, visto que muitas vezes ocorre constrangimento das mulheres ao expor suas dúvidas, medos e queixas sexuais, exacerbando assim as disfunções sexuais no período gestacional.

Referências

- Boarolli M, Pacheco T, Ceretta LB, Birollo IVB, Amboni G, Gomes KM. Avaliação de estresse, depressão e ansiedade em um grupo de gestantes cadastradas na estratégia saúde da família do bairro São Sebastião, Criciúma. Rev Prog Res UNESC 2016; 3(1): 1-6.
- Mann L, Kleinpaul JF, Teixeira CS, Mota CB. Influência dos sistemas sensoriais na manutenção do equilíbrio em gestantes. Fisioter. Mov. 2011;24(2): 315-325.
- Macêdo LC, Carvalho HB, Medeiros SWM, Santos AMB, Katz L, Amorim MMR. Avaliação da função sexual em primíparas após parto vaginal e nuligestas. Rev Pesq Fis. 2017 Fev;7(1):24-29.
- Küçükdurmaz F, Efe E, Malkoç O, Kolus E, Amasyali AS, Resim S. Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women, Turk J Urol. 2016 Sep; 42(3): 178–183.
- Wallwiener S, Müller M, Doster A, Kuon RJ, Plewniok K, Feller S, Wallwiener M, Reck C, Matthies LM, Wallwiener C. Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. Arch Gynecol Obstet (2017) 295:873.

6. Farias TC, Morais KCS, Cirqueira RP, Albuquerque LS, Ferreira JB. Incontinência urinária e disfunção sexual em gestantes. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* 2017;11(38):237-248.
7. Antonio JJZ, Silva A, Costa PPB, Jung D, Pereira CFP, Nunes EFC, Latorre GFS. Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. *Fisioter Bras* 2016;17(6):544-50.
8. Etienne AM, Waitman CM. Disfunções Sexuais Femininas. A Fisioterapia como Recurso Terapêutico. 1^a ed. São Paulo: LMP, 2006 178p.
9. Moreno AL. Fisioterapia em Uroginecologia. 2ed. Barueri: Manole; 2009.
10. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208.
11. Ninivaggio C, Rogers RG, Leeman L, Migliaccio L, Teaf D, Qualls C. Sexual function changes during pregnancy. *Int Urogyn J.* 2017;28(6): 923–929.
12. Ahmed MR, Madny EH, Ahmed WAS. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *J Obst Gyn Res.* 20114(40):4, 1023–1029.
13. Prado DS, Lima RV, Lima LMMR. Impacto da gestação na função sexual feminina. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(5):205-9
14. Gałazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, and Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med* 2015 Feb;12(2):445-54.
15. 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.* 2015; 40(2):75-79 *ABCS Health Sci.* 2015; 40(2):75-79.
16. Bomfim IQM, Melro BCF. Estudo Comparativo da Função Sexual em Mulheres Durante o Período Gestacional. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2014;16(4):277-82.
17. Carteiro DMH, Sousa MR, Caldeira SMA. Indicadores clínicos de disfunção sexual em mulheres grávidas: revisão integrativa de literatura. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2016 jan-fev;69(1):165-73.
18. 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,* 29(8):1544-1554, ago, 2013.
19. Camillo BS, Nietsche EA, Salbego C et al. Ações de educação em saúde na atenção primária. *Rev enferm UFPE on line.* 2016(10):Supl. 6,4894-901.
20. Monteiro MN, Lucena EES, Cabral PU, Queiros Filho J, Queiroz J, Gonçalves AK. Prevalence of Sexual Dysfunction among Expectant Women. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2016; 38(11): 559-563.