

OPINATIVOS E DE REVISÃO

FUNÇÃO E DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Tatiane Gomes de Araujo,¹ Sandra Cristina Poerner Scalco,² Daniele Varela³

FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION AND FUNCTION DURING THE PREGNANCY-PUERPERAL CYCLE: A REVIEW OF THE LITERATURE

FUNCIÓN Y DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA DURANTE EL CICLO EMBARAZO-PUERPERAL: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Resumo: A gravidez e puerpério são períodos da vida da mulher marcados por frequentes dificuldades sexuais. Inúmeros fatores interferem na função sexual nesse período, incluindo alterações hormonais, anatômicas, psicológicas e sociais. Objetivos: discutir as funções e disfunções sexuais femininas na gestação e puerpério, os principais fatores associados, além da avaliação e manejo multiprofissional. Métodos: a estratégia desta revisão foi a busca de artigos revelantes nas bases de dados PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), teses no banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), no período de 1966 a 2019. Os artigos foram selecionados utilizando os seguintes descritores isolados e combinados: (1) função sexual, (2) disfunção sexual, (3) sexualidade, (4) gestação e (5) puerpério. Resultados: a partir da revisão de literatura realizada, foi escrito o presente artigo, que abordou a sexualidade feminina no período gravídico-puerperal, concentrando o assunto em três grandes eixos: (1) função sexual feminina na gestação e puerpério, (2) disfunção sexual feminina na gestação e puerpério e (3) abordagem da função e disfunção sexual feminina na gestação e puerpério. Conclusão: a vida sexual da mulher no ciclo gravídico-puerperal constitui um desafio adaptativo que exige profissionais de saúde preparados para falar abertamente sobre sexualidade com o casal, um tema ainda atualmente pouco discutido.

Palavras-chave: Função sexual. Disfunção sexual. Sexualidade. Gestação. Puerpério.

Abstract: Pregnancy and puerperium are periods of a woman's life marked by frequent sexual difficulties. Numerous factors interfere with sexual function in this period including hormonal, anatomical, psychological and social changes. Objectives: to discuss female sexual functions and dysfunction in gestation and puerperium, the main associated factors, in addition to multiprofessional assessment and management. Methods: the strategy of this review was to search for articles in the databases PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), theses in the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) database, from 1966 to 2019. Articles were selected using the following descriptors isolated and combined: (1) sexual function, (2) sexual dysfunction, (3) sexuality, (4) gestation and (5) puerperium. Results: from the literature review we have written the present article that addressed the female sexuality in the pregnancy-puerperal period, concentrating the subject in three main axes: (1) female sexual function in pregnancy and puerperium, (2) female sexual dysfunction in gestation and puerperium and (3) approach to female sexual function and dysfunction in gestation and puerperium. Conclusion: the sexual life of the woman in the pregnancy-puerperal cycle is an adaptive challenge that requires health professionals prepared to speak openly about sexuality with the couple, a topic that is still not very discussed.

Keywords: Sexual function. Sexual dysfunction. Sexuality. Gestation. Puerperium.

¹ Doutora em Medicina - Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Fisioterapeuta do Serviço de Atenção Integral à Saúde Sexual (SAISS) do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV). E-mail: tatinhaga@yahoo.com.br

² Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Coordenadora do Serviço de Atenção Integral à Saúde Sexual (SAISS) do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV). E-mail: sandrascalco@yahoo.com.br

³ Pós-graduada em Uroginecologia Funcional, mestranda em Patologia pela Universidade Federal de Ciências e Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Pélvica (ABFP) e delegada do Rio Grande do Sul pela Sociedade Brasileira de Estudos de Sexualidade Humana (Sbrash). E-mail: vareladaniele@gmail.com

Resumen: El embarazo y el puerperio son periodos de la vida de una mujer marcados por frecuentes dificultades sexuales. Numerosos factores interfieren con la función sexual en este período, incluidos los cambios hormonales, anatómicos, psicológicos y sociales. Objetivos: discutir las funciones sexuales femeninas y la disfunción en la gestación y el puerperio, los principales factores asociados, además de la evaluación y el manejo multiprofesional. Métodos: la estrategia de esta revisión fue buscar artículos en las bases de datos PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), tesis en la base de datos Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), de 1966 a 2019. Los artículos se seleccionaron utilizando los siguientes descriptores aislados y combinados: (1) función sexual, (2) disfunción sexual, (3) sexualidad, (4) gestación y (5) puerperio. Resultados: de la revisión de la literatura, hemos escrito el presente artículo, que abordó la sexualidad femenina en el período puerperal del embarazo, concentrando el sujeto en tres ejes principales: (1) función sexual femenina en el embarazo y puerperio, (2) disfunción en la gestación y el puerperio y (3) aproximación a la función sexual femenina y disfunción en la gestación y el puerperio. Conclusión: la vida sexual de la mujer en el ciclo de embarazo-puerperal es un desafío de adaptación que requiere que los profesionales de la salud estén preparados para hablar abiertamente sobre la sexualidad con la pareja, un tema que aún no se discute muy bien.

Palabras clave: Función sexual. Disfunción sexual. Sexualidad. Gestación. Puerperio.

Introdução

A gravidez e puerpério são períodos da vida da mulher marcados por frequentes dificuldades sexuais. Inúmeros fatores interferem na função sexual nesse período, incluindo alterações hormonais, anatômicas, psicológicas e sociais. Estudos em diferentes culturas apontam índices entre 40 e 70% de dificuldades sexuais na gestação e puerpério (ABDO, 2002; ASLAN et al., 2005; FOK; CHAN; YUEN, 2005; LEITE et al., 2009; TRUTNOVSKY et al., 2006). Entretanto, a avaliação da função sexual antes, durante e após a gestação não é realizada na rotina pelos profissionais de saúde (SERRANO, 2005; VIEIRA et al., 2012; VETTORAZZI et al., 2012).

Falar sobre a atividade sexual na gestação e puerpério é um tema cercado por numerosos tabus, movidos, muitas vezes, pela falta de conhecimento e por preconceitos culturais, religiosos e pessoais (SERRANO, 2005). Talvez por todos esses motivos, grande parte dessas mulheres não busca ajuda e poucos são os profissionais que questionam sobre a função sexual de suas pacientes (VIEIRA et al., 2012; VETTORAZZI et al., 2012).

Diante disso, o objetivo deste artigo é discutir as funções e disfunções sexuais na gestação e puerpério, os principais fatores associados, além da avaliação e manejo multiprofissional, visto que, nessa fase da vida da mulher, ocorrem alterações físicas e psicológicas que, associadas a influências culturais, religiosas e emocionais, podem ocasionar alterações do comportamento, desejo e resposta sexual (SERRANO, 2005).

Função sexual na gestação e puerpério

A atividade sexual durante a gestação e puerpério é um fenômeno estritamente humano, pois, no reino

animal, são raros os casos de cópulas envolvendo uma fêmea grávida ou amamentando (SOLBERG et al., 1973). A cópula é considerada segura durante a gravidez normal. Cerca de 86 a 100% dos casais continuam sexualmente ativos nesse período, embora a maioria das mulheres mantenha atividade sexual com padrão diferente em relação ao período pré-gestacional (TRUTNOVSKY et al., 2006). Com o avançar da gravidez, ocorre redução da frequência da atividade sexual, do desejo sexual e do intercuro vaginal (ASLAN et al., 2005; BARTELLAS et al., 2000; JOHNSON, 2011; TRUTNOVSKY et al., 2006).

Certamente, algumas doenças obstétricas e ginecológicas contraindicam o coito e o orgasmo na gestação de forma absoluta ou relativa (ITO et al., 2002; SANTANA, 2007), tais como o trabalho de parto prematuro, ruptura de membranas (bolsa rota), placenta baixa, ameaça de aborto etc. Assim, as contraindicações são mais clínicas e estão associadas a alguma situação de risco da gravidez, não existindo contraindicações relativas à idade gestacional (SANTANA, 2007).

No pós-parto, muitas mulheres continuam a relatar declínio no interesse ou desejo sexual, porém 80% dos casais restabelecem relações sexuais até a 12ª semana após o parto. Aos seis meses pós-parto, a maioria das mulheres retornou à atividade sexual. Aos 12 meses pós-parto, a maioria das mulheres considera a sua vida sexual semelhante ao período pré-gestacional (JOHNSON, 2011; LEEMAN; ROGER, 2012; TRUTNOVSKY et al., 2006).

Mitos e tabus

A função sexual na gravidez e puerpério ainda é um tema cercado por inúmeros tabus movidos por ignorância e preconceitos culturais, pessoais ou religiosos (BELLO et al., 2011; JOHNSON, 2011; KHAMIS et al., 2007). Talvez por todos esses motivos, dificuldades sexuais são

bastante frequentes durante a gravidez, afetando entre 40 e 70% das mulheres em diferentes culturas (ASLAN et al., 2005; FOK; CHAN; YUEN, 2005; LEITE et al., 2009; TRUTNOVSKY et al., 2006).

Desde a mais remota antiguidade que a vida sexual na gravidez e puerpério tem sido rodeada por mitos e tabus, geralmente destinados a proteger o feto e o recém-nascido. Diferentes culturas estabeleceram regras de condutas em relação ao sexo na gravidez, nas quais muitas das atitudes e comportamentos se fundamentam até hoje. Exemplos disso: são o Talmud, que proibia as judias de ter qualquer relação sexual no início da gravidez; o Corão, que recomendava abstinência sexual nas grávidas islâmicas; e a Bíblia, que condenava a relação sexual durante a gravidez por não corresponder mais à necessidade de procriação. Para a maior parte das civilizações, a proibição das relações sexuais após o parto durava até o desmame, frequentemente muito tardio, geralmente como um método de planejamento familiar. Muitas dessas crenças mantêm-se até os nossos dias (SERRANO, 2005).

Além disso, muitas mulheres têm medo de que a relação sexual seja prejudicial se feita durante o período de gravidez. O receio de lesão fetal, hemorragia, abortamento e parto pré-termo também leva ao declínio da função sexual nesse período. Após o nascimento de um filho, nas culturas tradicionais, também há uma dessexualização da mãe, de tal forma que a atividade sexual não combina com as funções dessa nova mulher (PEREL, 2007).

Alterações na gestação e puerpério que impactam na função sexual feminina

Uma gestação normal dura cerca de 40 semanas. Nesse período – que é dividido em três trimestres – o corpo da mulher sofre diversas transformações para se adaptar a uma nova vida que cresce dentro dele, tais como: oscilações hormonais, alterações físicas e ainda mudanças emocionais, devido à expectativa do que vem pela frente. Essas alterações terão grande impacto na vida familiar, profissional e sexual da mulher, mas, a princípio, não há motivos para se proibir a relação sexual em uma gestação saudável (VIEIRA et al., 2012; VETTORAZZI et al., 2012).

Na primeira etapa da gestação – da 1ª à 13ª semana – ocorrem significativas mudanças hormonais na mulher que a tornam emocionalmente instável, não predisposta ao ato sexual. Os nove meses de gestação são caracterizados por uma rápida alteração hormonal marcada por um elevado aumento da produção de estrogênios e progesterona, que provoca aumento do volume e sensibilidade das mamas, vaso congestão vulvo-vaginal, espessamento da mucosa vaginal, hipertrofia da musculatura lisa subjacente e aumento do corrimento vaginal. Náuseas e vômitos decorrem da diminuição dos níveis sanguíneos das gonadotrofinas e a prolactina provoca uma diminuição pelo interesse e desejo sexual (MASTERS; JOHNSONS,

1966). Além disso, ocorrem mudanças de humor, sono, cansaço, medo de prejudicar o feto e induzir o abortamento, que levam a uma diminuição para a disposição para a atividade sexual (FALICOV, 1973).

No segundo trimestre – da 14ª à 26ª semana – a gravidez está mais estabilizada e apesar de algumas dores no corpo (costas e pernas), pode ocorrer uma melhora significativa na disposição a até um aumento do desejo sexual, pois há uma melhora de humor e dos sintomas somáticos como náuseas e vômitos, diminuição do medo de perder o feto e a preocupação com o momento do parto ainda está distante (AL-BUSTAN et al., 1995; ATPUTHARAJAH, 1987; MASTERS; JOHNSONS, 1984).

Na terceira etapa – da 27ª à 40ª semana – as modificações físicas tornam-se bastante acentuadas – aumento do volume abdominal, da atividade vesical, incontinência urinária, dispneia, fadiga, diminuição da tolerância ao exercício e da atividade intestinal –, além de aumentar muito a preocupação com a saúde do feto e com o momento do parto, que se aproxima (BOGREN, 1991). Além do mais, como as alterações do corpo da mulher atingem seu máximo nessa época, estas se sentem menos atraentes para os parceiros, demonstram labilidade emocional, alteração da autoimagem, redução da autoestima, percepção de menor atratividade e ideia de irreversibilidade (HAINES et al., 1996).

O período pós-parto, chamado de puerpério, é um momento de recuperação de todo o organismo feminino. Na fase puerperal, que dura cerca de 30 a 40 dias – quarentena –, a função sexual é afetada por fatores físicos, psicológicos e sociais (VIEIRA et al., 2012; VETTORAZZI, et al., 2012).

As principais mudanças que ocorrem no pós-parto consistem numa diminuição do nível de estrogênios e progesterona, bem como no aumento de prolactina durante o período de amamentação. Simultaneamente, o tamanho do útero diminui. A mulher experimenta a involução uterina, o período puerperal em que ocorrem perdas de sangue, muco e tecidos do interior do útero (lócios); a lactação mamária, ou seja, tem a capacidade de produzir e possuir alimento para seus filhos; e a recuperação da mucosa e músculos vaginais, enfraquecidos e fragilizados pelo trabalho de parto. Além disso, após o nascimento de um filho, ocorrem inúmeras mudanças emocionais e sociais na vida da mulher, da família e do casal, com impacto na função sexual (VETTORAZZI et al., 2012).

Fisiologia da resposta sexual feminina na gestação e puerpério

Masters e Johnson descreveram pela primeira vez em 1966 a fisiologia da resposta sexual em cada trimestre gestacional. A esse trabalho pioneiro, apenas um reduzido número de estudos foi acrescentado no sentido de investigar o impacto que o período da gravidez

pode desempenhar aos mais diversos níveis da experiência sexual do casal (MASTERS; JOHNSONS, 1966; SERRANO, 2005).

No primeiro trimestre, o ingurgitamento mamário associado à vasocongestão pode ocasionar tensão mamária severa, com dor localizada nos mamilos e auréola. As secreções vaginais estão aumentadas e a vasocongestão antes do orgasmo pode levar a estreitamento do lúmen vaginal – superior a 75% do normal. A incontinência urinária durante o orgasmo é frequente. A fase de resolução é mais lenta, deixando um grau de ingurgitamento vascular vulvar e vaginal residual que pode se prolongar por várias horas após a atividade sexual. No segundo trimestre, as queixas mamárias geralmente diminuem. Pode existir algum desconforto pélvico durante e após o orgasmo. No terceiro trimestre, as alterações mamárias e vulvares durante a fase de excitação não são tão experimentadas, devido à já grande congestão basal existente. A lubrificação vaginal atinge seu máximo. A fase de resolução ainda é mais prolongada do que no segundo trimestre, ficando, muitas vezes, uma vasocongestão residual que pode ser parecida com a sensação inicial de excitação. Durante a excitação sexual, a liberação de ocitocina pode aumentar as contrações uterinas durante o orgasmo (MASTERS; JOHNSONS, 1966; SERRANO 2005).

No puerpério, a privação hormonal dos tecidos vulvo-vaginais torna-os semelhantes ao *status* de pós-menopausa histológica e funcionalmente. A resposta sexual diminui pelo decréscimo da lubrificação e vasocongestão vaginal. O orgasmo diminui de intensidade e duração. Existem diferenças óbvias entre o ambiente hormonal das mulheres que não amamentam e as que amamentam: enquanto nas primeiras a atividade hormonal retorna ao seu normal na sexta semana pós-parto, nas que amamentam, os altos níveis de prolactina circulantes levam à supressão da produção ovariana e ausência de estrogênios. Estas últimas podem experimentar episódios de ejeção espontânea de leite durante a estimulação sexual e o orgasmo (SERRANO, 2005).

Disfunção sexual na gestação e puerpério

Embora as alterações da função sexual sejam frequentes na gravidez e pós-parto, a sua epidemiologia ainda está pouco estudada (ABDO, 2002). Em parte, por relutância ou vergonha da mulher e também devido a nós, profissionais de saúde, muitas vezes, nos sentirmos pouco à vontade para abordar a discussão e orientação sobre esse assunto. Além disso, os estudos publicados apresentam grande heterogeneidade metodológica com instrumentos de avaliação variados e múltiplos fatores de confusão, tais como: cultura, relação com o parceiro, idade, paridade etc. (ABDO, 2002; VIEIRA et al., 2012, 2015).

As disfunções sexuais femininas são caracterizadas por perturbações em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou por dor associada à relação sexual, que geram sofrimento ou dificuldade interpessoal, tornando a mulher incapaz de participar da relação sexual como deseja (CHUN; BROCK, 2012; HAYES, 2011). A maioria das mulheres não se queixa de disfunção sexual, a não ser se questionada, por isso devemos perguntar para nossas pacientes sobre sua função sexual, que pode manter-se preservada numa grande proporção de mulheres nesse período, embora haja uma diminuição global da frequência sexual ao longo da gravidez (ABDO, 2002; VIEIRA et al., 2012, 2015).

O diagnóstico de disfunção sexual feminina implica a presença de sofrimento pessoal e, em muitos casos, as alterações do comportamento sexual na gravidez e no pós-parto podem expressar apenas alterações apropriadas e fisiológicas da gravidez, mas mesmo assim não devem ser minimizadas, pois, na literatura, encontramos referências de que a maioria das mulheres apresenta uma diminuição do desejo sexual, da excitação e do orgasmo, ou seja, diminuição de todas as fases do ciclo de resposta sexual durante algum trimestre ou em todos os trimestres da gravidez (ABDO, 2002; VIEIRA et al., 2012, 2015).

A questão do desejo sexual

O transtorno do desejo sexual é a queixa mais frequente entre as mulheres com problemas sexuais. A diminuição do desejo, segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, consiste na deficiência ou ausência persistente ou recorrente de fantasias ou desejo de ter atividade sexual e não é secundária a outras dificuldades sexuais, como a dispareunia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Na gravidez, geralmente, ocorre uma diminuição do desejo sexual conforme a gestação progride. Esse comportamento foi evidenciado por diversos autores e pode ser atribuído ao cansaço como constante fator que influencia a sexualidade de gestantes. Apesar disso, outros autores encontraram uma diminuição do interesse sexual no primeiro e terceiro trimestres da gravidez, com melhora no segundo trimestre (LOPES, 1999; MASTERS; JOHNSON, 1979).

No período do pós-parto, a mulher precisa se preparar física e emocionalmente para retomar sua vida sexual. A prolactina, que é o hormônio que passa a ocupar um grande espaço no corpo da mulher em decorrência da amamentação, pode diminuir a libido. Entretanto, a diminuição de desejo sexual tem causa multifatorial: hiperprolactemia, hipoestrogenismo, perturbações do sono, cansaço, alteração da imagem corporal, depressão pós-parto e amamentação (VETORAZZI et al., 2012).

A depressão está associada à diminuição da frequência e do interesse sexual (LEEMAN; ROGER, 2012).

No puerpério, os sintomas de tristeza pós-parto ocorrem em até 60% das vezes (THOMPSON et al., 2002), sendo que a depressão está presente em 15 a 23% dos casos (BROWN; LUMLEY, 2000). Na presença de depressão, o tratamento deve ser instituído e nem sempre auxilia na melhora da disfunção sexual, uma vez que a maioria dos antidepressivos também está relacionada à ocorrência da mesma (VETORAZZI et al., 2012).

No período de amamentação, ocorrem mudanças nos níveis hormonais: elevação da prolactina, diminuição de andrógenos e estrógenos e liberação de ocitocina. Os baixos níveis de esteroides sexuais podem contribuir para a diminuição do interesse sexual e para a falta ou diminuição importante da lubrificação vaginal. A avaliação de 315 puérperas (ROWLAND et al., 2005) mostrou que 61% das que amamentavam não haviam retomado a atividade sexual no sexto mês após o nascimento, em comparação a apenas 41% das que não amamentavam. Em estudo (BYRD et al., 1998) realizado entre 570 mulheres, o fato de estar amamentando – 4 e 12 meses pós-parto – foi associado à menor frequência de atividade sexual e menor satisfação sexual. A ocitocina é liberada na amamentação, auxiliando na ejeção do leite, e está relacionada à disposição e também pode ter efeito positivo na atividade sexual. O estímulo mamilar durante o intercurso sexual pode levar à ejeção espontânea do leite, sendo que esse fato deve ser discutido com o casal para evitar constrangimentos no momento da relação sexual (LEEMAN; ROGER, 2012). O aumento do volume das mamas e maior sensibilidade mamilar podem ser fatores positivos para atividade sexual durante a amamentação (ROWLAND et al., 2005).

A questão da excitação

O transtorno de excitação diz respeito à incapacidade persistente ou recorrente de adquirir ou manter uma resposta de excitação sexual de lubrificação-turgescência até o término da atividade sexual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Na gestação em termos de excitação sexual, a congestão dos vasos sanguíneos durante essa fase é intensificada no primeiro e segundo trimestres gestacionais. Entretanto, apesar de no último trimestre existir vasocongestão generalizada, isso pouco influencia a excitação sexual (ROBSON; BRANT; KUMAR, 1981).

Os estudos sobre a excitação sexual das gestantes apontam dados diferentes, mas, às vezes, complementares. Um deles observou significativa redução da excitação sexual do segundo para o terceiro trimestre gestacional (O-PRASERTSAWAT; PONGTHAI; TANGUTAI, 1997), enquanto outro evidenciou significativa redução ao longo de toda a gestação (SYDOW, 1999).

No puerpério, os baixos níveis de esteroides sexuais podem contribuir para a falta ou diminuição

importante da lubrificação vaginal. A falta do estrogênio, que diminui nesse período, faz a vagina ficar menos lubrificada, fator que pode gerar dor ou ardência durante a penetração (EJEGÅRD; RYDING; SJOGREN, 2008; LEEMAN; ROGER, 2012; VETORAZZI et al., 2012).

A questão do orgasmo

Os transtornos do orgasmo consistem no atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo após uma fase normal de excitação sexual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Na gravidez, a frequência de orgasmos diminuiu com o avançar da gestação (BELLO et al., 2011; HAINES et al., 1996; UWAPUSITANON; CHOUBUN, 2004). Entretanto, alguns autores – entre eles, Masters e Johnson (1979) – constataram aumento de qualquer forma de interação sexual no segundo trimestre de gestação e presença de múltiplos orgasmos em algumas gestantes. As contrações uterinas advindas do orgasmo, mesmo no terceiro trimestre, quando o miométrio é mais suscetível ao estímulo para a contração, não acarretam perturbação fetal nem aumentam a frequência de prematuridade (MASTERS; JOHNSONS, 1979).

No pós-parto, não encontramos estudos publicados que tenham investigado essa fase da resposta sexual feminina no período puerperal tardio.

A questão da dor (dispareunia)

A dispareunia é caracterizada por dor genital associada ao intercurso sexual, mas também pode ocorrer antes ou após o intercurso. Constitui uma das causas maiores de disfunção sexual no período pós-parto (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

O coito na gestação é reportado como doloroso por 10 a 50% das gestantes em diferentes culturas (GOKYILDIZ, 2005; ROBSON; BRANT; KUMAR, 1981; SPROUL et al., 2004). Com o avançar da gestação, a frequência de dispareunia geralmente aumenta. Isso pode ser explicado pelas mudanças adaptativas que irão propiciar o parto e que ocorrem na região pélvica.

Ao longo do período puerperal, 22 a 41% das mulheres apresentam dispareunia (ACELE; KARAÇAM, 2012; HICKS et al., 2004; LEEMAN; ROGER, 2012). No terceiro mês após o parto, cerca de 45 a 55% referem dispareunia e, no sexto mês, 18 a 30% ainda persistem com problemas sexuais (ROGERS et al., 2009). No pós-parto, a ocorrência da dispareunia é associada ao tipo de parto – cesárea, vaginal espontâneo e assistido –, ao hipopostrogenismo da lactação– segura vaginal – e à contracepção com progestativas, que contribuem para as queixas (VETORAZZI et al., 2012).

A associação entre via de parto e disfunção sexual não é clara e a grande maioria dos estudos não demonstra associação significativa. Portanto, não há diferença na

função sexual entre mulheres submetidas à cesariana ou ao parto vaginal espontâneo (HICKS et al., 2004). A cesariana eletiva não é fator protetor para disfunção sexual posterior (BARRET et al., 2005; KLEIN et al., 2009; LEEMAN; ROGER, 2012). O parto vaginal assistido está relacionado à disfunção sexual no puerpério (HICKS et al., 2004). Em contrapartida, o parto vaginal espontâneo – sem episiotomia e fórceps – está associado à retomada mais precoce da atividade sexual no puerpério (ROGERS et al., 2009; ROWLAND et al., 2005). Contudo, entre as pacientes com trauma perineal maior – segundo e quarto grau – e/ou necessidade de sutura no pós-parto, o escore na escala de função sexual foi pior. O trauma perineal pela episiotomia, o uso de fórceps ou lacerações correlacionam-se com dor e dispareunia no puerpério (ROGERS et al., 2009). Alguns fatores intraparto são citados como importantes para função sexual no puerpério, a saber: laceração perineal, duração do segundo período do parto, tempo de puxos, tipo de fio utilizado e fórceps (EJEGÅRD; RYDING; SJOGREN, 2008; HICKS et al., 2004; LEEMAN; ROGER, 2012).

A amamentação está associada de forma estatisticamente significativa ao momento da retomada da atividade sexual (ROWLAND et al., 2005). Estudos reportam que a dispareunia é 4,4 vezes maior para mulheres que seguem amamentando no sexto mês. No segundo mês, até 80% apresentam a queixa de dispareunia e 55% de diminuição da lubrificação (LEEMAN; ROGER, 2012).

Abordagem da função e disfunção sexual feminina na gestação e puerpério

A abordagem da sexualidade não faz parte da consulta pré-natal de rotina. O pré-natal é uma excelente oportunidade para que os casais possam expor suas dúvidas, medos e queixas sexuais e obter os esclarecimentos e orientações necessários. Segundo estudos, 76% das grávidas recomendavam que a sexualidade fosse abordada nas consultas de vigilância pré-natal; 45% consideraram as informações recebidas insuficientes; 50% tomaram a iniciativa do diálogo; e 8 a 10% mantiveram abstinência sexual durante a gravidez por indicação médica (KISA et al., 2014; SHOJAA; JOUYBARI; SANAGOO, 2009).

Porém, a maioria dos médicos está despreparada para lidar com questões de sexualidade durante o ciclo gravídico-puerperal (JONES et al., 2011; VIEIRA et al., 2012a, 2015). Muitos profissionais, embora interessados, sentem-se despreparados para a discussão aberta sobre a sexualidade na gravidez e pós-parto com o casal, em razão de deficiências na sua formação na área da sexualidade humana em geral e, em particular, nessa fase. A minoria das faculdades de Medicina incluem em seu programa a saúde sexual geral, e as próprias residências

em Ginecologia e Obstetrícia reconheceram em pesquisas recentes que, embora 70% dos residentes de três centros tenham declarado que perguntas sobre saúde sexual deveriam fazer parte da história de todas gestantes atendidas, menos de 20% dos residentes de Ginecologia e Obstetrícia rotineiramente faziam perguntas a esse respeito. Menos de um quarto dos participantes sentia-se completamente seguro para responder a perguntas de gestantes sobre sexualidade e 71% deles declararam não ter conhecimentos específicos sobre disfunções sexuais. Ainda segundo os entrevistados, a falta de conhecimento e a falta de tempo durante as consultas seriam os principais obstáculos para abordar questões sexuais com gestantes (VIEIRA et al., 2012a, 2015).

O uso de protocolos pode facilitar a discussão sobre questões sexuais e pode fornecer uma abordagem eficaz para lidar com os aspectos complexos da disfunção sexual feminina. O modelo proposto para ginecologistas de Ensinar, Orientar e Permitir (EOP) pode ser utilizado também por outros profissionais e tem três fases: ensinar sobre a resposta sexual, na qual se explica a fisiologia da resposta sexual feminina e se concentra nas suas três principais fases (desejo, excitação e orgasmo); orientar sobre saúde sexual para fornecer informações sobre vivência saudável da sexualidade; e permitir a estimulação do prazer sexual, que é um direito individual e importante para o bem-estar físico e emocional do indivíduo (LARA et al., 2017).

Avaliação

O tratamento da disfunção sexual na gestação e puerpério começa com adequada avaliação e orientação da sexualidade antes e durante a gestação. Os profissionais da saúde precisam perguntar mais sobre a sexualidade de suas pacientes e orientar de forma clara durante a gestação, esclarecendo sobre as mudanças fisiológicas que vão ocorrendo e quais são as expectativas para o puerpério (VETORAZZI et al., 2012).

Os profissionais com dificuldades para falar sobre o assunto podem lançar mão de ferramentas de avaliação, como o questionário, especificamente o item 6, do Female Sexual Function Index (FSFI) e, na presença de disfunção, a paciente deve ser encaminhada para profissional habilitado (LEEMAN; ROGER, 2012). Os obstetras devem estar atentos para sintomas de depressão durante a gestação e puerpério, uma vez que a sua presença está diretamente relacionada a alterações na função sexual, podendo ser causa ou consequência das mesmas (VETORAZZI et al., 2012).

Recomendações/tratamento

A seguir, descrevemos as principais recomendações para prevenção e acompanhamento das disfunções sexuais no ciclo gravídico-puerperal adaptadas de

Leeman e Roger (2012) e Perel (2007), descritas também por Vetorazzi (2012).

No pré-natal, devemos:

1. avaliar a função sexual do casal e distúrbios presentes;
2. discutir sobre mudanças anatômicas e fisiológicas da gestação;
3. orientar sobre posições para intercurso sexual conforme a idade gestacional;
4. conversar sobre mudanças na pelve feminina (coloração, secreção, odor etc.);
5. permitir a atividade sexual, se não houver contraindicações;
6. avaliar a presença de quadro depressivo;
7. discutir sobre massagem perineal visando diminuir o trauma perineal pós-parto (LEEMAN; ROGER, 2012; PEREL, 2007).

A fim de diminuir o desconforto que surge devido às alterações no corpo da mulher, existem algumas posições que são mais recomendadas, embora não haja uma regra, de modo que a mulher é quem deve buscar aquela que lhe seja mais confortável. De maneira geral, no 1º trimestre, as posições permanecem inalteradas se comparadas às praticadas fora do período de gestação; no 2º trimestre, a posição em que a mulher fica por cima do parceiro pode permitir um maior conforto a ela e, por isso, poderia ser a mais indicada; por fim, no 3º e último trimestre, a posição de lado, com a mulher na frente e o homem por trás, é mais vantajosa (PEREL, 2007).

Durante o período intraparto, são ações importantes para a função sexual:

1. indicar de forma criteriosa o parto instrumentado;
2. evitar laceração do esfíncter anal;
3. limitar o uso da episiotomia;
4. examinar cuidadosamente o períneo no pós-parto em busca de laceração de terceiro e quarto graus;
5. utilizar fio sintético (poliglicólico) na sutura perineal (LEEMAN; ROGER, 2012; PEREL, 2007).

No pós-parto:

6. orientar e falar sobre função sexual a cada consulta;
7. questionar sobre presença de dor perineal e/ou dispareunia;
8. liberar e encorajar uso de lubrificantes vaginais;
9. prescrever estrógenos tópicos, quando necessário;
10. orientar posições para intercurso sexual;

11. discutir formas de anticoncepção;
12. discutir e encontrar soluções para mudanças na estrutura familiar, como aumentar tempo de descanso e ter tempo para privacidade e intimidade do casal;
13. trabalhar intimidade erótica;
14. atentar aos sinais e sintomas de depressão puerperal;
15. indicar e escolher criteriosamente os antidepressivos, se necessário;
16. incentivar a assertividade do casal e vinda conjunta nas consultas;
17. orientar outras formas de intimidade além da penetração vagina/pênis (LEEMAN; ROGER, 2012; PEREL, 2007).

Conclusão

A vida sexual da mulher no ciclo gravídico-puerperal constitui um desafio adaptativo a diferentes ritmos fisiológicos, metabólicos e hormonais, sendo que essas alterações permitem compreender e fundamentam a maior vulnerabilidade para o desencadeamento ou agravamento de dificuldades sexuais, emergentes ou preexistentes, nessa fase de transição para a parentalidade. Nós, profissionais de saúde, devemos estar preparados para falar abertamente sobre sexualidade na gravidez e pós-parto com o casal, um tema ainda atualmente pouco discutido.

Referências

- ABDO, C. H. N. Perfil sexual da população brasileira: resultado do estudo do comportamento sexual (ECOS) do Brasileiro. *RBM: Revista Brasileira de Medicina*, v. 59, n. 4, p. 250-257, abr. 2002. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19449> =. Acesso em: 02 jun. 2019.
- ACELE, E. Ö; KARAÇAM, Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, v. 21, n. 78, p. 929-937, Apr. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22008061> =. Acesso em: 22 jun. 2019.
- AL BUSTAN, M. A. et al. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women. *Archives of Sexual Behavior*, New York, v. 24, n. 2, p. 207-215, Apr. 1995. Disponível em: <https://www.authormapper.com/>

search.aspx?val=journal%3AArchives+of+Sexua
l+Behavior&size=Acesso em: 07 jun. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ASLAN, G. et al. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*, Basingstoke, v. 17, n. 2, p. 154-157, Mar./Apr. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19918657> =. Acesso em: 02 jun. 2019.

ATPUTHARAJAH, V. Some aspects of sexual knowledge and sexual behavior of local women: results of a survey: XI: Sex and pregnancy. *Singapore Medical Journal*, v. 28, p. 225-230, Oct. 1987. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3659975> =. Acesso em: 30 jun. 2019.

BARRETT, G. et al. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth*, Malden, v. 32, n. 4, p. 306-311, Dec. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16336372> =. Acesso em: 20 jun. 2019.

BARTELLAS, E. et al. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG*, Oxford, v. 107, n. 8, p. 964-968, Aug. 2000. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2000.tb10397.x> =. Acesso em: 11 jun. 2019.

BELLO, F. A. et al. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstetrics and Gynecology*, v. 2011, article ID 856586, 2011. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2011/856586/> =. Acesso em: 08 jun. 2019.

BYRD, J. E. et al. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *The Journal of Family Practice*, Parsippany, v. 47, n. 4, p. 305-308, Oct. 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9789517> =. Acesso em: 02 ago. 2019.

BOGREN, L. Y. Changes in sexuality in woman and men during pregnancy. *Archives of Sexual Behaviour*, New York, v. 20, p. 35-45, Feb. 1991. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2003770> =. Acesso em: 22 jul. 2019.

BROWN, S.; LUMLEY, J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *BJOG*, Oxford, v. 107, n. 10, p. 1194-201, Oct. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5812979/> =. Acesso em: 21 jun. 2019.

CHUNG, E.; BROCK, G. B. Sexual dysfunction in 2011: advances in epidemiology, pathophysiology and treatment. *Nature reviews. Urology*. London, v. 9, n. 2, p. 66-68, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22231289> =. Acesso em: 22 jun. 2019.

EJEGÅRD, H.; RYDING, E. L.; SJOGREN, B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, Basel, v. 66, n. 1, p. 1-7, Jan. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18204265> =. Acesso em: 22 jun. 2019.

FALICOV, C. J. Sexual adjustment during pregnancy and post partum. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, New York, v. 117, p. 991-1000, Dec. 1973. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4759837> =. Acesso em: 02 ago. 2019.

FOK, W. Y.; CHAN, L. Y.; YUEN, P. M. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Malden, v. 84, n. 10, p. 934-938, Oct. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16167907> =. Acesso em: 02 jul. 2019.

GOKYILDIZ, S.; BEJI, N. K. The effects of pregnancy on sexual life. *Journal of Sex and Marital Therapy*, London, v. 31, p. 201-215, May/June 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16020139> =. Acesso em: 15 jun. 2019.

HAINES, C. et al. Sexual behaviour during pregnancy among Hong Kong Chinese Woman. *Journal of Psychosomatic Research*, Oxford, v. 40, n. 3, p. 299-304, Mar. 1996. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Sexual-behavior-in-pregnancy-among-Hong-Kong-women.-Haines-Shan/4f1e76b565f67ec0e8110c6401f753ca5ac6a02e> =. Acesso em: 25 jun. 2019.

HAYES, R. D. Circular and linear modeling of female sexual desire and arousal. *Journal of Sex Research*, Philadelphia, v. 48, n. 2-3, p. 130-41, Mar.

2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21409710> =. Acesso em: 12 jul. 2019.

HICKS, T. L. et al. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *Journal of Midwifery and Women's Health*, Malden, v. 49, n. 5, p. 430-436, Sept./Oct. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15351333> =. Acesso em 16 jul. 2019.

ITO, P. S. et al. Associação entre partopré-termo com atividade física e sexual. *Femina*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 227-230, 2002.

JOHNSON, C. E. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *The Journal of Sexual Medicine*, Amsterdam, v. 8, n. 5, p. 1267-1284, May 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21521481> =. Acesso em: 25 jul. 2019.

JONES, C.; CHAN, C.; FARINE, D. Sex in pregnancy. *CMAJ*, Ottawa, v. 183, n. 7, p. 815-818. Apr. 2011. Disponível em: <https://www.webmd.com/baby/guide/sex-and-pregnancy#1> =. Acesso em: 10 jun. 2019.

KHAMIS, M. A. et al. Influence of gestational period on sexual behavior. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, London, v. 82, n. 1-2, p. 65-90, 2007. Disponível em: <https://turkishjournalofurology.com/content/files/sayilar/163/buyuk/178-183.pdf> =. Acesso em: 02 jun. 2019.

KISA, S. et al. Quality of sexual life and its effect on marital adjustment of Turkish women in pregnancy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, London, v. 40, n. 4, p. 309-322, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24102194> =. Acesso em: 27 jun. 2019.

KLEIN, K. et al. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *Journal of Women's Health*, Larchmont, v. 18, n. 8, p. 1227-1231, Aug. 2009. Disponível em: <https://bouve.northeastern.edu/institute-of-health-equity-social-justice-research/> =. Acesso em: 02 jun. 2019.

LARA, L. A. S. et al. Modelo para abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 184-194, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid

=S0100-72032008000600008 =. Acesso em: 02 jun. 2019.

LEEMAN, L. M.; ROGER, R. G. Sex After Childbirth: Postpartum Sexual Function. *Obstetrics and Gynecology*, Hagerstown, v. 119, n. 3, p. 647-655, Mar. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22353966> =. Acesso em: 04 jun. 2019.

LEITE, A. P. et al. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 563-568, Sept./Oct. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007000800003&script=sci_abstract&tlng=es =. Acesso em: 04 jun. 2019.

LOPES, G. O desejo. In: LOPES, G. *Entendendo a mulher... além da paciente*. Flavio Gikovate (editor). São Paulo: Lemos, 1999. p. 43-55.

MASTERS, W. H., JOHNSON, V. E. *Human sexual response*. Toronto: Bantam Books, 1966.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. *A resposta sexual humana*. São Paulo: ROCA, 1984.

O-PRASERTSAWAT, P.; PONGTHAI, S.; TANGUTAI, K. Factors associated with sexual dysfunctions during pregnancy. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 9, p. 103-108, 1997. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-019-1079-4> =. Acesso em: 15 jun. 2019.

PEREL, E. *Sexo no cativo: driblando as armadilhas do casamento*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2007.

ROBSON, K. M.; BRANT, H. A.; KUMAR, R. Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *BJOG*, Oxford, v. 88, n. 9, p. 882-889, Sept. 1981. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7272260> =. Acesso em: 22 jul. 2019.

ROGERS, R. G. et al. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *Journal of Midwifery and Women's Health*, Malden, v. 54, n. 2, p. 98-103, Mar./Apr. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19249654> =. Acesso em: 15 jun. 2019.

ROWLAND, M. et al. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family*

Physician Médecin de Famille Canadien, Don Mills, v. 51, n. 10, p. 1366-1367, Oct. 2005. Disponível em: <https://www.cfp.ca/content/51/10/1366.short> =. Acesso em: 25 jul. 2019.

SANTANA, T. Sexualidade no ciclo grávidico puerperal. In: BORTOLETTI, F. F. et al. (ed.). *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Manole, 2007. p. 132-138.

SERRANO, F. Gravidez, parto e disfunção sexual. *Arquivos da Maternidade Dr Alfredo da Costa*. Lisboa, v. 16, n. 3, p. 27-31, dez. 2005.

SHOJAA, M.; JOUYBARI, L.; SANAGOO, A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, Berlim, v. 279, n. 3, p. 353-356, Mar. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18665379> =. Acesso em: 02 ago. 2019.

SOLBERG, D. A.; BUTLER, B. A.; WAGNER, N. N. Sexual behavior in pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 288, p. 1098-1103, May 1973. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-3973-1_29 =. Acesso em: 25 jul. 2019.

SPROUL, K. et al. Female sexual function during pregnancy. *Fertility and Sterility*, New York, v. 82, Suppl 2, p. S339, 2004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609515331519> =. Acesso em: 02 jul. 2019.

SYDOW, K. V. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, Oxford, v. 47, n. 1, p. 27-29, July, 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10511419> =. Acesso em: 22 jun. 2019.

THOMPSON, J. F. et al. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth*, Malden, v. 29, n. 2, p. 83-89, June, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12051189> =. Acesso em: 30 jun. 2019.

TRUTNOVSKY, G. et al. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Melbourne, v. 46, n. 4, p. 282-

287, Aug. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16866787> =. Acesso em: 16 jun. 2019.

VETTORAZZI, J. et al. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Revista HCPA*, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 473-479, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/32388> =. Acesso em: 02 jun. 2019.

VIEIRA, T. C. et al. Brazilian residents' attitude and practice toward sexual health issues in pregnant patients. *The Journal of Sexual Medicine*, Amsterdam, v. 9, n. 10, p. 2516-2524, Oct. 2012a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22738370> =. Acesso em: 02 jun. 2019.

VIEIRA, T. C. et al. Dealing with female sexuality: training, attitude, and practice of obstetrics and gynecology residents from a developing country. *The Journal of Sexual Medicine*, Amsterdam, v. 12, n. 5, p. 1154-1157, May 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25855896> =. Acesso em: 02 jun. 2019.

VIEIRA, T. C. et al. Sexuality in pregnancy: are Brazilian physicians prepared to conduct these questions?. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, p. 485-487, Nov. 2012b. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/234047678_Sexuality_in_pregnancy_Are_Brazilian_physicians_prepared_to_conduct_these_questions =. Acesso em: 02 jun. 2019.

UWAPUSITANON, W.; CHOOBUN, T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Journal of the Medical Association of Thailand*, Bangkok, v. 87, Suppl 3, p. S45-9, Oct. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21218590> =. Acesso em 30 jun. 2019.