



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

O Impacto da Gravidez na Sexualidade Feminina

Filipa Bonito Ladislau

Orientado por:

Professor Doutor Diogo Telles Correia

Co-Orientado por:

Doutor Rui Marques Carvalho

ABRIL' 2021

Resumo

A gravidez é pautada por um período de modificações e oscilações que levam a alterações da dinâmica conjugal e da sua função sexual. A gestação consiste numa fase vulnerável para o surgimento ou amplificação de disfunções sexuais, que podem ser precipitantes de sofrimento pessoal e relacional, por vezes com extensão para o período pós-parto. Verifica-se que, com o progredir dos trimestres, existe diminuição da frequência da atividade sexual e uma redução tendencialmente progressiva do índice de função sexual feminina, o que é congruente com o surgimento ou amplificação de disfunções sexuais, sendo estas mais acentuadas no terceiro trimestre de gravidez. A redução da função sexual durante a gravidez tem uma causa multifatorial, encontrando-se associações com sintomas fisiológicos, dispareunia, receio de consequências obstétricas ou para o feto, alterações na auto-imagem, incontinência urinária, ganho de peso e a relação/comunicação com o parceiro. Concomitantemente, muitos casais não estão preparados para a ocorrência de problemas sexuais durante a gravidez devido à iliteracia relacionada com a saúde, postulando-se que uma abordagem em consulta pré-natal seria uma oportunidade para desmitificar crenças não fundamentadas em evidência científica, normalizar as alterações que decorrem neste período e reduzir a ansiedade associada à nova experiência do casal.

O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.

Palavras chave: Gravidez, trimestres, mulheres, sexualidade, disfunções sexuais, disfunção sexual feminina, FSFI

Abstract

Pregnancy is characterized by a period of changes and fluctuations that lead to changes in the marital dynamics and sexual function. Pregnancy is a vulnerable phase for the appearance or amplification of sexual dysfunctions, which can be precipitating personal and relational suffering, sometimes extending to the postpartum period. It appears that with the progression of the trimesters there is a decrease in the frequency of sexual activity and a tendency to progressive reduction of the female sexual function index, which is congruent with the appearance or amplification of sexual dysfunctions, which are more accentuated in the third trimester of pregnancy. The reduction of sexual function during pregnancy has a multifactorial cause, with associations with physiological symptoms, dyspareunia, fear of obstetric or fetal consequences, changes in self-image, urinary incontinence, excess weight gain and relationship / communication with the partner. Concomitantly, many couples are not prepared for sexual problems during pregnancy due to health-related illiteracy, postulating that an approach in prenatal check-ups would be an opportunity to demystify beliefs not based on scientific evidence, to normalize as changes that take place in this period, and reduce the anxiety associated with the new couple experience.

The Final Work expresses the opinion of the author and not of
FML.

Keywords: Pregnancy, trimestres, women, sexuality, sexual dysfunctions, female sexual dysfunctions, FSFI

Índice

Resumo	3
Palavras chave:	3
Abstract	5
Keywords:	5
Índice	7
Introdução	9
Metodologia	11
Discussão	13
Variações da frequência da atividade sexual durante a gravidez	13
Disfunções sexuais na gravidez	16
Comparação com o período pré-gravidez	19
Comparação entre mulheres grávidas e não grávidas	19
Variação entre trimestres	20
Satisfação sexual	21
Causas de disfunção sexual na gravidez	23
Sintomas fisiológicos típicos da gravidez	23
Dispareunia	24
Receios na gravidez	24
Auto- imagem	26
Alterações hormonais	27
Outras variáveis	27
O impacto da relação do casal na função sexual	28
A importância da intervenção dos profissionais de saúde	28
Conclusão	31
Limitações ao trabalho	33
Agradecimentos	35
Bibliografia	37

Introdução

A World Health Organization define saúde sexual como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social, através do qual a personalidade, comunicação e amor são positivamente enriquecidos (Tosun Güleroglu & Gördeles Beşer, 2014).

A função sexual das mulheres é influenciada por múltiplos fatores, nomeadamente fisiológicos, culturais, éticos e psicológicos. Pode ser indiretamente avaliada através da frequência da atividade sexual e da presença de disfunção sexual.

A associação psiquiátrica americana define disfunção sexual feminina como um distúrbio no processo que caracteriza o ciclo da resposta sexual ou por dor associada à relação sexual (Association, AP, 2013).

Segundo o CID-10, o diagnóstico de disfunção sexual feminina divide-se em 4 subcategorias: transtorno do desejo sexual hipoativo, transtorno da excitação sexual, devendo fazer-se a distinção entre lubrificação e excitação propriamente dita, distúrbios sexuais dolorosos/dispareunia e transtorno orgásmico, implicando sempre uma associação com sofrimento pessoal.

A gravidez é um período de inúmeras alterações, nomeadamente fisiológicas, hormonais, de auto-imagem, e na própria relação com o parceiro, que levam ao surgimento ou amplificação de problemas sexuais. Esta é uma fase crítica para o casal que passa por uma alteração major, sendo o bem-estar sexual uma parte fulcral de uma transição saudável (Serati et al., 2010).

O objetivo desta revisão passa por estabelecer de que forma uma gravidez de baixo risco pode influenciar a sexualidade de mulheres heterossexuais saudáveis, nomeadamente a nível de frequência da atividade sexual, surgimento de disfunções sexuais e motivações por detrás destas alterações, bem como a relevância deste tema em ambiente clínico pré-natal.

Metodologia

Para atingir os objetivos propostos para o trabalho foi executada uma fórmula de pesquisa numa base de dados científica: PubMed. Esta fórmula reunia os seguintes termos, associados a Medical Subject Headings – Mesh: "pregnancy"[MeSH Terms] AND "female"[MeSH Terms] AND ("sexual behavior"[MeSH Major Topic] OR "sexual behavior/psychology"[MeSH Terms] OR ("sexuality"[MeSH Major Topic] OR "sexual behavior"[MeSH Major Topic]) OR "sexuality/psychology"[MeSH Terms] OR "sexual dysfunctions, psychological"[MeSH Major Topic] OR "coitus/psychology"[MeSH Terms])

Os artigos foram restringidos às publicações nos últimos 15 anos em humanos e o resultado da pesquisa foi de 1973 artigos.

Devido ao elevado número de artigos com referência a gravidezes na adolescência, métodos contraceptivos, patologias do períneo, infecções por VIH e orientação sexual, excluiu-se ativamente estas 5 variáveis da fórmula de pesquisa através da adoção de uma extensão da fórmula antiga, obtendo-se assim 743 artigos.

Para excluir artigos que não cumpriam os critérios previamente estabelecidos para o propósito do trabalho foram excluídos artigos cujo título ou resumo incluísse palavras-chave que não eram o propósito do trabalho. Assim fez-se uma nova fórmula na mesma base de dados Mesh: (((((((((((((((("pregnancy"[MeSH Terms] AND "female"[MeSH Terms] AND ("sexual behavior"[MeSH Major Topic] OR "sexual behavior/psychology"[MeSH Terms] OR ("sexuality"[MeSH Major Topic] OR "sexual behavior"[MeSH Major Topic]) OR "sexuality/psychology"[MeSH Terms] OR "sexual dysfunctions, psychological"[MeSH Major Topic] OR "coitus/psychology"[MeSH Terms]))) NOT "pregnancy in adolescence"[MeSH Terms]) NOT "contracept*"[MeSH Terms]) NOT "perineum"[MeSH Terms]) NOT "hiv infection*"[MeSH Terms]) NOT "bisexuality"[MeSH Terms]) NOT "homosexuality"[MeSH Terms])) NOT ("sexual orientation"[Title/Abstract] AND "humans"[MeSH Terms])) NOT ("adolescenc*"[Title/Abstract] AND "humans"[MeSH Terms]) NOT "sexual orientation"[Title/Abstract]) NOT "pelvic"[Title/Abstract]) NOT "adolescent"[Title/Abstract]) NOT "abortion"[Title/Abstract]) NOT "reproductive health"[Title/Abstract]) NOT "fertility"[Title/Abstract]) NOT "infect*"[Title/Abstract])

NOT "mode of delivery"[Title/Abstract]) NOT "contracept*"[Title/Abstract].
Mantiveram-se as mesmas restrições.

Com a fórmula supramencionada obtiveram-se 402 artigos.

De seguida trinta e cinco artigos foram excluídos por estarem indisponíveis. Setenta e sete artigos foram excluídos por se referirem à sexualidade no período pós-parto. Dezasseis artigos foram excluídos por incidirem sobre variações de género. Sete artigos foram excluídos por explorarem a atividade sexual como modo de induzir espontaneamente o parto. Dezassete artigos foram excluídos por se focarem em procedimentos obstétricos cirúrgicos e complicações destes, nomeadamente partos traumáticos. Quatro artigos foram excluídos por associarem a menopausa a gravidezes prévias e sexualidade. Seis artigos foram excluídos por incidirem sobre displasias ou carcinomas cervicais. Quinze artigos foram excluídos avaliarem o impacto de técnicas de procriação medicamente assistida na sexualidade ou da sexualidade nestas. Dezassete artigos foram excluídos por associarem a gravidez a comportamentos sexuais de risco. Quinze artigos foram excluídos por avaliarem o impacto de uma gravidez de alto risco nos comportamentos sexuais. Trinta e cinco artigos foram excluídos por estudarem o impacto de diversas patologias na sexualidade, nomeadamente doenças inflamatórias intestinais, neoplasias, incontinência urinária, obesidade, lesões cerebrais, paralisias, ansiedade, depressão, entre outras. Seis artigos foram excluídos por se referirem a infertilidade. Quatro artigos foram excluídos por avaliarem o impacto da covid-19 na sexualidade. Sessenta e nove artigos foram excluídos por analisarem o impacto de questões socioculturais e políticas na sexualidade e gravidez, nomeadamente violência doméstica, mutilação genital, abuso sexual, uso de substâncias, prostituição, religião, exílio, entre outras. Cinquenta e quatro artigos foram excluídos por extensas diferenças culturais, nomeadamente países do médio oriente e África.

No total foram excluídos 365 artigos. Para a realização deste trabalho foram analisados os restantes 37 artigos.

Discussão

Variações da frequência da atividade sexual durante a gravidez

Em 2019, Dwarica realizou um estudo com uma amostra de 52 casais utilizando o questionário Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) – um questionário validado para casais heterossexuais - que avalia a função e satisfação sexual do casal. As várias questões avaliadas pelo score são classificadas numa pontuação que se estende de 1 a 9 pontos, sendo que um valor superior a 4 indica a existência de um problema sexual. Este estudo concluiu que o fator que mais afetou os casais durante a gravidez, foi a infrequência de atividade sexual (tabela 1) (Dwarica et al., 2019). A maioria das categorias avaliadas não registaram alterações, demonstrando assim que apesar do declínio da atividade sexual durante a gravidez (Gałaogonekzka et al., 2015; Pauleta et al., 2010; Pauls et al., 2008; Yeniei & Petri, 2014) e de pessoas com maior frequência de atividade sexual tenderem a ter uma maior satisfação sexual e na relação (Radoš et al., 2014), este declínio não afetou verdadeiramente a relação sexual dos casais (Dwarica et al., 2019).

Survey measure	Female (n=52)	Male (n=52)	P
Infrequency	5.06±1.81	4.79±2.14	.26
Non-communication	3.79±1.75	3.23±1.73	.047
Avoidance	3.31±1.90	2.63±1.62	.047
Non-sensuality	3.54±2.16	2.75±1.80	.040
Female vaginismus	4.17±2.25	-	-
Female anorgasmia	2.63±1.17	-	-
Male impotence	-	2.71±1.56	-
Male premature ejaculation	-	3.96±1.61	-
Dissatisfaction	2.56±1.47	2.83±1.73	.35
Overall	2.21±1.36	3.04±1.61	.002

Tabela 1 – Utilização do questionário Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS) para avaliação da função e satisfação sexual do casal. O score estende-se de 1 a 9 pontos, sendo que um valor superior a 4 indica a existência de um problema sexual (Dwarica et al., 2019).

Na literatura é já reconhecida uma diminuição da frequência da atividade sexual na gravidez, com maior incidência no 3º trimestre (Fox et al., 2008; Pauls et al., 2008; Plácido Lima Leite et al., 2009; Yee Fok et al., 2005). Dentro do grupo afetado,

uma percentagem significativa (50%) refere não ter de toda atividade coital (Zahumensky et al., 2008).

Outro trabalho, um estudo transversal de 2014, apoia também esta premissa, revelando que 79,3% das grávidas reportaram diminuição da atividade sexual no terceiro trimestre comparando com o período anterior à gravidez, enquanto 46,7% referiram diminuição do desejo sexual (tabela 2) (Radoš et al., 2014).

	Decreased	The same	Increased
Frequency of sexual intercourse	119/150 (79.3)	29/150 (19.3)	2/150 (1.4)
Satisfaction with sexual intercourse	70/150 (46.7)	73/150 (48.6)	7/150 (4.7)
Sexual desire	75/150 (50.0)	56/150 (37.3)	19/150 (12.7)
Perceived sexual desire of a partner	37/150 (24.7)	103/150 (68.6)	10/150 (6.7)

Note. Values are given as n/N (%).

Tabela 2 – Alterações da frequência, satisfação e desejo sexual na gravidez, comparativamente com o período pré-gravidez. (Rados et al., 2014)

Galaogonekzka realizou um estudo prospetivo constatando também uma diminuição estatisticamente significativa da frequência sexual durante a gravidez comparando com o padrão anterior (figura 1) (Galaogonekzka et al., 2015). Este estudo vai de encontro com o realizado por Murtagh, que ressalva a diminuição acentuada no terceiro trimestre (Murtagh, 2010).

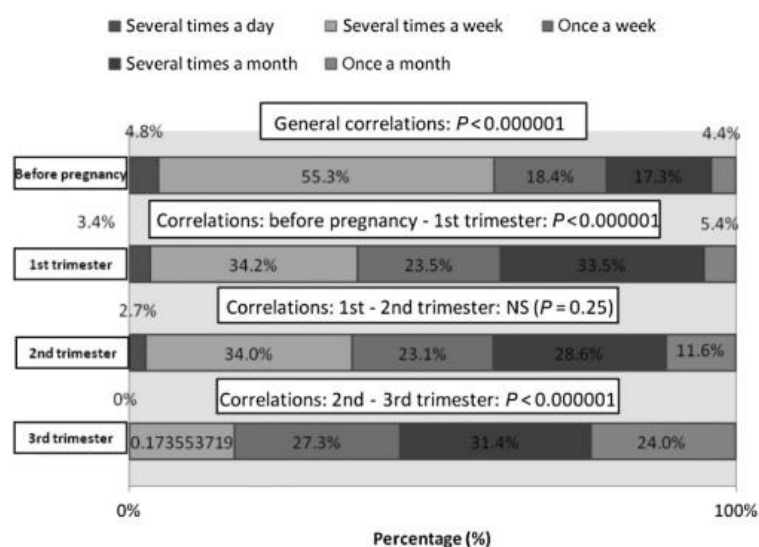


Figura 1: Frequência de atividade sexual antes da gravidez e nos três trimestres consecuentes (N=168). (Galaogonekzka et al., 2015)

Ainda mais, concordantemente com os resultados anteriormente apresentados, num estudo prospetivo de 2015 com uma amostra de 298 grávidas, foi demonstrada uma redução na frequência de atividade sexual de 93%, sendo que destes, em 80% a razão foi o medo de provocar dano no feto (Yee Fok et al., 2005). Há assim relatos de uma diminuição gradual da atividade sexual ao longo dos trimestres de gravidez (Jawed-Wessel & Sevick, 2017). No entanto Pauls não encontrou uma variação estatisticamente significativa numa pequena amostra de 107 mulheres, no primeiro e segundo trimestres (figura 2) (Pauls et al., 2008).

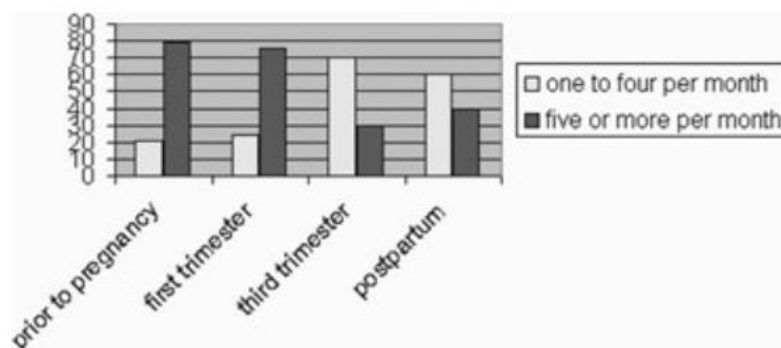


Figura 2: Frequência sexual período pré-gravidez, primeiro trimestre, terceiro trimestre e pós-parto (N=107). (Pauls et al., 2008)

Pauleta, também contribuiu nesta área, através do seu estudo retrospectivo com 188 grávidas, que demonstrou uma grande queda na frequência da atividade sexual ao longo da gravidez, particularmente no último trimestre (tabela 3) (Pauleta et al., 2010).

	Increased	Decreased	Unchanged	No answer
Sexual activity during first trimester	33 (17.5)	54 (28.7)	99 (46.8)	13 (6.9)
Sexual activity during second trimester	37 (19.7)	40 (21.3)	95 (50.5)	16 (8.5)
Sexual activity during third trimester	19 (10.1)	104 (55.3)	49 (26.1)	16 (8.5)
Sexual satisfaction	28 (14.9)	52 (27.7)	91 (48.4)	17 (9.0)
Sexual desire	42 (22.3)	61 (32.5)	73 (38.8)	12 (6.4)

Note. Values are given as n/N (%).

Tabela 3 – Alterações da função sexual durante a gravidez comparativamente com o período pré-gravidez (N=188) (Pauleta et al., 2010).

Comparativamente ao período antes da gravidez, 55,3% das mulheres diminuíram a sua atividade sexual no terceiro trimestre. Comparando os vários trimestres com o período antes da gravidez conclui-se que não houve uma diferença estatisticamente significativa entre o primeiro e segundo trimestre, mas sim entre o primeiro e o terceiro e o segundo e o terceiro trimestres (Pauleta et al., 2010).

Em suma, no que diz respeito à variação da frequência da atividade sexual durante a gravidez, parece verificar-se uma diminuição ligeira do interesse e frequência no primeiro trimestre, uma grande variabilidade no segundo e uma descida abrupta no terceiro trimestre (Radoš et al., 2014).

Disfunções sexuais na gravidez

A maioria da literatura apoia uma diminuição do desejo, satisfação e frequência de atividade sexual durante a gravidez (Esmer et al., 2013; Gałaogonekzka et al., 2015; Plácido Lima Leite et al., 2009; Serati et al., 2010; Yee Fok et al., 2005; Yildiz, 2015), especialmente durante o terceiro trimestre (Dwarica et al., 2019; Pauls et al., 2008; Plácido Lima Leite et al., 2009; Trutnovsky et al., 2006).

Pauleta discorda demonstrando que a satisfação sexual não diminui durante a gravidez, embora seja evidente a diminuição da atividade sexual durante o terceiro trimestre, tal como supramencionado (Pauleta et al., 2010).

Ninivaggio realizou um estudo longitudinal com 627 grávidas nulíparas que demonstrou uma queda na atividade sexual ao longo da gravidez bem como um aumento da prevalência de disfunções sexuais avaliadas pelo score FSFI (female sexual function index), apesar de já se considerar presente disfunção sexual desde o 1º trimestre (tabela 4) (Ninivaggio et al., 2017).

		T1	T2	T3	P value		
		(n=124)	(n=403)	(n=592)			
					T1 vs. T2	T1 vs. T3	T2 vs. T3
FSFI scores, mean ±SD	Desire domain	3.5±1.2	3.6±1.3	3.2±1.2	0.2	0.06	<0.001
	Arousal domain	4.4±1.5	4.1±1.8	3.3±2.0	0.1	<0.001	<0.001
	Lubrication domain	4.8±1.6	4.6±1.9	3.9±2.3	0.3	<0.001	<0.001
	Orgasm domain	4.6±1.8	4.3±1.9	3.5±2.2	0.2	<0.001	<0.001
	Satisfaction domain	4.8±1.4	4.7±1.6	4.1±1.8	0.4	<0.001	<0.001
	Pain domain	5.2±1.0	5.0±1.2	4.8±1.3	0.3	0.004	0.007
	Total	26.5±7.7	25.6±9.0	21.5±10.3	0.4	<0.001	<0.001
Sexual dysfunction (%)^a		36.3	36.8	57.0	0.9	<0.001	<0.001

^a Based on FSFI cut-off score of 26.55

Tabela 4 – Índice de função sexual feminina (FSFI) ao longo dos três trimestres de gravidez (Ninivaggio et al., 2017).

Este questionário é utilizado para a avaliação da função sexual, sendo um teste padronizado com uma sensibilidade e credibilidade reconhecidas clinicamente. Permite diagnosticar disfunções do desejo sexual, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dispareunia. É composto por 2 questões sobre o desejo sexual, 4 questões quanto à excitação, 4 questões acerca da lubrificação, 3 questões a respeito do orgasmo, 3 questões relacionados com a satisfação e 3 com dispareunia. Quanto maior a pontuação em cada categoria melhor a função sexual. Disfunção sexual clínica é aquela que ocorre com um score menor ou igual a 3,9 em cada domínio ou menor que 26,55 no total (Wiegel et al., 2005).

Utilizando o mesmo score, Pauls realizou um estudo prospetivo com uma amostra pequena em que as pontuações do FSFI foram suficientemente baixas no

terceiro trimestre para sugerir disfunção sexual, sem retorno aos valores do primeiro trimestre 6 meses pós-parto. (tabela 5) (Pauls et al., 2008).

	S1	S2	S3	S1 vs. S2 (P value)	S2 vs. S3 (P value)	S1 vs. S3 (P value)
Desire	3.98±1.4	3.76±1.3	3.97±1.5	0.91	1	1
Arousal	4.46±1.5	3.67±1.9	3.8±1.9	0.013*	1	0.064
Orgasm	4.68±1.7	3.63±2.1	3.73±1.9	0.002*	1	0.007*
Satisfaction	4.95±1.3	3.82±1.6	4.25±1.9	<0.0005*	0.372	0.018*
Pain	5±1.6	3.85±2.3	4.05±2.2	0.001*	1	0.009*
Lubrication	4.93±1.6	4.34±2.1	4.06±1.9	0.127	1	0.012*
Total	28.37±6.9	23.52±8.9	24.61±8.7	<0.0005*	1	0.017*

Note: *Indicates statistical significance.

Tabela 5 – Índice de função sexual feminina (FSFI) em três tempos: S1 -primeiro trimestre (N=107), S2 – terceiro trimestre (N=70), S3 – 6 meses pós-parto (N=63) (Pauls et al., 2008).

Num estudo realizado no Brasil, 61% da amostra de mulheres analisada (137 grávidas) tiveram um FSFI score inferior a 26.5 e, portanto, disfunção sexual, o que vai de acordo com (Yee Fok et al., 2005) que também reporta uma elevada prevalência de disfunção sexual durante a gravidez (Naldoni et al., 2011). Foi observada uma redução gradual do FSFI com o evoluir da gravidez, o que vai de encontro com outros estudos (Pauls et al., 2008; Plácido Lima Leite et al., 2009).

Aquando da investigação de uma disfunção sexual, o sofrimento subjetivo da mulher deve ser a variável mais importante, dado existir uma variação naquilo que pode ser considerado normal de mulher para mulher, devendo-se ter em conta o estilo de vida, cultura, ambiente social e experiências da própria para se poder classificar a sua função sexual (Murtagh, 2010).

Para o melhor entendimento deste tópico, as disfunções sexuais na grávida, torna-se relevante proceder-se à análise de certas variáveis, nomeadamente: a evolução de disfunções já existentes no período prévio à gravidez e durante esta, as variações entre os diferentes trimestres, a comparação da incidência de disfunções entre mulheres grávidas e não grávidas e a avaliação da satisfação sexual ao longos do tempo de gestação.

Comparação com o período pré-gravidez

No que diz respeito à marcha evolutiva das disfunções previamente existentes à gravidez, em 2010 foi realizado um estudo transversal em Portugal, com recurso a questionários, em que se comparou a função sexual durante a gravidez com o padrão anterior a esta. Face ao período antes da gravidez, 10,9% das mulheres reportaram diminuição do desejo, 9,8% dispareunia, 6,6% anorgasmia, e 4,4% dificuldade na lubrificação. 75,4% negaram disfunções sexuais (Pauleta et al., 2010).

Kračun realizou um estudo transversal com 200 primíparas tendo constatado que a maioria das mulheres teve classificações mais elevadas antes da gravidez relativamente a desejo sexual, excitação, lubrificação, ausência de dispareunia e frequência de atividade sexual. A única categoria que permaneceu inalterada foi a proximidade emocional (Kračun et al., 2019).

Assim sendo, durante a gravidez assume-se um agravamento das queixas disfuncionais, comparando com o próprio padrão prévio de cada mulher analisada.

Comparação entre mulheres grávidas e não grávidas

Tentando escrutinar a variação de disfunções sexuais entre gestantes e não gestantes, Prado realizou um estudo transversal com 181 mulheres não grávidas e 177 grávidas aplicando o FSFI, sendo que a classificação média das grávidas foi de 26,5 e não grávidas 28.54, com uma diferença estatisticamente significativa (Prado et al., 2012). De salientar que os domínios mais prejudicados foram os do desejo e excitação, tal como observado noutros estudos (Plácido Lima Leite et al., 2009; Wallwiener et al., 2017).

No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre os vários trimestres da gravidez, quer a nível global ou em cada domínio em particular (Prado et al., 2012).

Ainda assim, a satisfação não foi muito díspar entre os dois grupos, grávidas e não grávidas, sustentando que a atividade sexual é também baseada em fatores emocionais e psicológicos (Prado et al., 2012).

Estes dados permitem inferir, que o índice de função sexual feminina é tendencialmente inferior em mulheres grávidas, quando estas são comparadas com pares não grávidas, apesar disto não se repercutir necessariamente na satisfação de ambas.

Varição entre trimestres

Avaliando as alterações das disfunções sexuais entre os diferentes períodos de gestação, Galaogonekzka realizou um estudo prospetivo com um total de 168 mulheres, tendo analisado ao longo dos 3 trimestres o FSFI total tanto em primíparas como múltiparas, sendo que a diferença entre estes 2 grupos não foi estatisticamente significativa (tabela 6) (Galaogonekzka et al., 2015).

Trimester of pregnancy	FSFI domain	Primiparae (n=95)	Multiparae (n=73)	Mann-Whitney U-test
I	Sexual desire	4.1 (1.8; 6.0)	4.2 (1.8; 5.4)	NS (P= 0.18)
	Sexual arousal	4.8 (0.0; 6.0)	4.5 (1.4; 5.7)	NS (P= 0.22)
	Lubrication	5.4 (0.0; 6.0)	5.4 (1.1; 6.0)	NS (P= 0.76)
	Orgasm	4.8 (0.0; 6.0)	4.8 (0.5; 6.0)	NS (P= 0.41)
	Sexual satisfaction	4.8 (2.4; 6.0)	5.2 (3.0; 6.0)	NS (P= 0.86)
	Pain	5.2 (0.0; 6.0)	5.2 (2.0; 6.0)	NS (P= 0.40)
	FSFI total	29.0 (6.8; 35.3)	29.0 (10.3; 33.5)	NS (P= 0.81)
II	Sexual desire	4.2 (1.8; 6.0)	4.2 (1.8; 5.4)	NS (P= 0.39)
	Sexual arousal	4.8 (0.0; 6.0)	4.5 (0.2; 6.0)	NS (P= 0.87)
	Lubrication	5.4 (0.0; 6.0)	5.4 (0.2; 6.0)	NS (P= 0.55)
	Orgasm	4.8 (0.0; 6.0)	4.8 (0.0; 6.0)	NS (P= 0.20)
	Sexual satisfaction	5.2 (2.6; 6.0)	4.8 (2.9; 6.0)	NS (P= 0.77)
	Pain	5.2 (0.0; 6.0)	4.8 (0.0; 6.0)	NS (P= 0.90)
	FSFI total	28.7 (6.7; 35.8)	28.6 (5.8; 34.6)	NS (P= 0.75)
III	Sexual desire	3.6 (1.2; 6.0)	3.6 (1.2; 5.4)	NS (P= 0.93)
	Sexual arousal	3.0 (0.0; 6.0)	3.6 (0.0; 5.7)	NS (P= 0.12)
	Lubrication	4.2 (0.0; 6.0)	4.8 (0.0; 6.0)	NS (P= 0.13)
	Orgasm	3.2 (0.0; 6.0)	4.4 (0.0; 6.0)	P=0.01

Sexual satisfaction	4.4 (1.4; 6.0)	4.8 (2.4; 6.0)	NS (P= 0.29)
Pain	4.4 (0.0; 6.0)	4.4 (0.0; 6.0)	NS (P= 0.22)
FSFI total	23.2 (4.0; 34.9)	25.6 (5.5; 34.0)	NS (P= 0.12)

Tabela 6 – Índice de função sexual feminina (FSFI) em primíparas e múltíparas ao longo dos três trimestres de gravidez (Galaogonekzka et al., 2015).

No primeiro trimestre, 40% das mulheres afirmaram ter uma diminuição do desejo sexual e da sua satisfação. Por outro lado, no segundo trimestre o interesse sexual tem uma cinética tendencialmente crescente, uma vez que se trata de um período de sintomatologia física menos marcada, nomeadamente no que diz respeito às náuseas e fadiga (Sagiv-Reiss et al., 2012), existe diminuição do receio de aborto, maior aceitação da gravidez e maior suporte emocional por parte do parceiro (Plácido Lima Leite et al., 2009), o que culmina num aumento da satisfação sexual (Sagiv-Reiss et al., 2012). Não obstante, neste período surge mais dispareunia e diminui a capacidade de atingir o orgasmo (Pauleta et al., 2010; Pauls et al., 2008). No terceiro trimestre registou-se a maior percentagem de mulheres com disfunção sexual em todos os domínios (Serati et al., 2010).

Plácido Lima Leite realizou um estudo prospetivo com 271 grávidas saudáveis, num relacionamento estável utilizando o FSFI, objetivando percentagens de disfunção sexual de 46,6%, 34,2% e 73,3% no primeiro, segundo e terceiro trimestres respetivamente (Plácido Lima Leite et al., 2009), o que é compatível com os resultados supramencionados.

Conclui-se, então, que o segundo trimestre é aquele onde se verificam menores alterações, e por vezes até melhoria da função sexual, ao passo que no 3º trimestre existe um decréscimo global significativo (Esmer et al., 2013; Galaogonekzka et al., 2015; Plácido Lima Leite et al., 2009; Yildiz, 2015).

Satisfação sexual

Dentro das várias subcategorias de disfunção sexual, as relacionadas com lubrificação, excitação e satisfação criam maior sofrimento nas mulheres do que a ausência de desejo sexual (Witting et al., 2008). Ciclicamente, verifica-se que mulheres

com maior sofrimento sexual apresentam, por sua vez, menor satisfação sexual (Vannier & Rosen, 2017).

A maioria das grávidas apresenta-se, no entanto, satisfeita com a sua vida sexual e relação (Naldoni et al., 2011; Witting et al., 2008), visto que as suas prioridades nesta fase não se relacionam com a vida sexual retirando-lhe assim importância (Trutnovsky et al., 2006). Tal premissa é concordante com o estudo realizado por Witting que observou que as mulheres grávidas nulíparas estão mais satisfeitas com as suas relações e têm uma menor prevalência de disfunções sexuais do que mulheres não grávidas (Witting et al., 2008)

Numa análise que contou com a participação de 2081 mulheres, cujo objetivo foi estudar a associação entre a gravidez, a função sexual e satisfação global na relação, as mulheres grávidas mostraram-se mais satisfeitas na sua relação que as não grávidas. As mulheres grávidas nulíparas referiram menos problemas de dor e lubrificação que as não grávidas, mas as mulheres grávidas múltíparas referiram mais problemas nomeadamente a nível de desejo, lubrificação e orgasmo que as mulheres não grávidas e grávidas nulíparas (Witting et al., 2008)

Rados observou que, apesar de muitas grávidas terem uma satisfação sexual diminuída, a satisfação relacional manteve-se bastante alta. Adicionalmente, a satisfação sexual foi positivamente associada a proximidade, comunicação e satisfação matrimonial no geral (Radoš et al., 2014)

Vários autores ressaltam a importância de incluir medidas de sofrimento sexual (frustração, stress, raiva, preocupação e vergonha) quando se avaliam problemas sexuais femininos (Gałaogonekzka et al., 2015; Pauleta et al., 2010; Plácido Lima Leite et al., 2009; Vannier & Rosen, 2017).

Pascoal apontou que durante a gravidez existem alterações na função sexual que não se traduzem na satisfação sexual, sendo assim possível que não tenham significado clínico (Pascoal et al., 2019). Este dado é contraditório com os resultados

obtidos noutros estudos que associam o mau funcionamento sexual a menor satisfação sexual (Vannier & Rosen, 2017). Estas disparidades podem ser explicadas pela falta de estudos longitudinais que comparem mulheres grávidas a não grávidas (Gataogonekzka et al., 2015; Plácido Lima Leite et al., 2009).

Causas de disfunção sexual na gravidez

Num estudo longitudinal realizado em 2015 foram apontadas como causas estatisticamente significativas para a diminuição da atividade sexual a diminuição do desejo sexual, relutância do parceiro e mudanças na aparência relacionadas com a gravidez, sendo estes dois últimos mais vinculados no terceiro trimestre. A maioria das mulheres afirmou que a maior causa de abstinência sexual era o receio de lesar o feto ou complicações obstétricas (Gataogonekzka et al., 2015).

Clayton relatou existirem dimensões de disfunção sexual que são mais psicológicas, como o desejo sexual, em contraste com outras mais fisiológicas, como lubrificação, e ainda outras que englobam ambos os parâmetros, como a excitação (Clayton & Groth, 2013)

Dentro dos motivos para a alteração do funcionamento sexual na gravidez encontramos os sintomas fisiológicos típicos deste período, a dispareunia, surgimento de múltiplos receios, alterações hormonais, auto-imagem, entre outros.

Sintomas fisiológicos típicos da gravidez

Durante a gravidez existem inúmeros sintomas fisiológicos como náuseas, cansaço e aumento tamanho abdominal que têm influência na atividade sexual do casal. A labilidade emocional e ansiedade também contribuem para uma diminuição da libido (Jones et al., 2011; Murtagh, 2010; Sagiv-Reiss et al., 2012). A fadiga é um preditor major da frequência de atividade sexual no terceiro trimestre (Radoš et al., 2014).

As mulheres grávidas apontam sensações de desconforto ou dor vaginal, dor abdominal inferior e aumento do movimento fetal (Gataogonekzka et al., 2015).

Dispareunia

Existem inúmeros processos fisiológicos durante a gravidez que propiciam a dispareunia, nomeadamente hipertrofia muscular da vagina, edema e diminuição da lubrificação (Johnson, 2011; Rossi et al., 2019; Serati et al., 2010).

Apesar de ser um sintoma temporário, a dispareunia na gravidez está associada a sofrimento psicológico significativo por parte de muitas mulheres (Vannier & Rosen, 2017) interferindo assim com a saúde mental da mulher e com o casal (Rossi et al., 2019). A dispareunia é adicionalmente considerada um fator de risco importante para o desenvolvimento de dor e depressão pós-parto (Rossi et al., 2019).

As taxas de prevalência de dispareunia na gravidez são variáveis, chegando acima dos 50% (Pauls et al., 2008).

Rossi realizou uma análise longitudinal com recurso a uma amostra de grávidas no segundo trimestre e outra no terceiro, perfazendo um total de 501 grávidas, sendo que destas 106 (21%) reportaram dispareunia significativa. Destes 21%, 12% apresentava dor às 20 semanas e 17% às 34 semanas. Destes 21%, 38% (40/106) apresentavam dor persistente, sendo que 55% referia que a dor tinha surgido durante a gravidez. Concluiu-se que 1 em cada 5 mulheres grávidas apresentam dispareunia significativa na gravidez (Rossi et al., 2019).

Receios na gravidez

Pauleta realizou um estudo retrospectivo em Portugal com análise de 188 mulheres sendo que 23,4% afirmaram ter receio da relação sexual por possibilidade de complicações obstétricas, nomeadamente parto pré-termo, aborto ou ferir o feto (Pauleta et al., 2010).

A maioria da literatura não reporta uma associação entre atividade sexual numa gravidez de baixo risco e aumento de risco de complicações obstétricas, não obstante, entre 45% a 62% das grávidas e dos seus parceiros referem este medo (Murtagh, 2010), juntamente com o receio de ferir o feto durante a relação sexual (Kračun et al., 2019; Ninivaggio et al., 2017; Panea Pizarro et al., 2019; Yee Fok et al., 2005).

Num estudo efetuado na Bósnia em 2014, o melhor preditor de frequência sexual demonstrou ser o receio de que a atividade possa lesar o feto: 57% das mulheres tiveram receio de ferir o feto, 58,7% pensaram que poderia levar a parto pré-termo e 48% recearam que pudesse causar infeção fetal (Radoš et al., 2014).

De acordo com diferentes estudos, outras causas reportadas para evitar relações sexuais durante a gravidez, além das supramencionadas, são o medo de hemorragia e infeções vaginais (Serati et al., 2010; Wannakosit & Phupong, 2010).

Beveridge realizou um estudo transversal com 261 mulheres grávidas nos três trimestres para avaliar a importância do medo de que a atividade sexual interfira negativamente com a gravidez, na decisão de não ter relações sexuais e a associação deste medo com o bem-estar relacional e sexual (tabela 7) (Beveridge et al., 2018). Os resultados sugeriram que mais de metade das mulheres reportaram pelo menos uma razão baseada em medo para não terem relações sexuais durante a gravidez, sendo consistente com estudos anteriores (Gałaogonekzka et al., 2015).

Scale item	%
I felt that my partner was concerned about complications to the pregnancy, such as preterm labor	23.8
I felt that my partner was concerned about complications to the pregnancy, such as bleeding	28.4
I was concerned about complications to the pregnancy, such as preterm labor	24.1
I felt that my partner was concerned about complications to the pregnancy, such as infection	19.5
I was concerned about complications to the pregnancy, such as infection	27.2

I was concerned about complications to the pregnancy, such as bleeding	32.2
I was afraid of causing harm or injury to the baby	23.0
I felt that my partner was afraid of causing harm or injury to the baby	26.8
My doctor/midwife advised against having sexual intercourse	11.9
Previous sexual intercourse had caused false (Braxton Hicks) contractions, so I wanted to avoid this occurring again	21.8

% indicates percentage of women who rated this item above 1 (not at all important).

Tabela 7 – Motivos para evitar relações sexuais na gravidez nas últimas 4 semanas (N=261) (Beveridge et al., 2018).

Adicionalmente 41% da amostra não referiu qualquer tipo de medo para se absterem de atividade sexual. Das restantes, os receios tinham pouca importância na decisão de ter sexo e não estavam relacionados com a função ou satisfação sexual, o que indica que a preocupação de prejudicar a gravidez não é um bom preditor do bom funcionamento sexual e relacional na gravidez (Beveridge et al., 2018).

Auto- imagem

A função sexual é multiplamente influenciada pela auto-imagem. A gravidez é um período de múltiplas variações corporais (Pascoal et al., 2019) nomeadamente: o surgimento de estrias, cloasma e sobretudo aumento de peso (Panea Pizarro et al., 2019), sendo que muitas mulheres têm uma perceção negativa do seu corpo durante a gravidez (Pauleta et al., 2010).

Pascoal apoia que as alterações físicas da gravidez não se traduzem em maior insatisfação corporal, no entanto também não protegem a mulher desta insatisfação se já presente, ou da experiência de sofrimento sexual (Pascoal et al., 2019). Contrariamente Pauls constata uma auto-imagem negativa com o evoluir da gravidez, tendo utilizado um questionário validado – BESAQ (Body Exposure during Sexual Activities Questionnaire) – para estudar a relação da alteração física com a atividade sexual, não tendo encontrado diferença na gravidez apesar do aumento do IMC (Pauls et al., 2008).

Segundo Vannier e Rosen, com recurso à Female Sexual Distress Scale, a presença de sofrimento sexual é comum durante a gravidez (42%) mas também é

comum em mulheres não grávidas (40%) havendo uma associação entre alterações físicas e aumento de sofrimento sexual (Vannier & Rosen, 2017).

Radoš avaliou 150 mulheres no terceiro trimestre de gravidez com o recurso a duas escalas: Body Areas Satisfaction Scale (BASS) e Body Image Self-consciousness Scale (BISC) concluindo que a satisfação com a imagem física está associada à satisfação sexual apesar de não ser a variável mais importante, tendo a comunicação uma preponderância muito maior (responsável por 53% da satisfação com a relação em contraste com os 5% da auto-imagem) (Radoš et al., 2014).

Por ser expectável uma alteração física durante a gravidez, as mulheres não geram tanta ansiedade e insegurança quanto à sua imagem neste período, parecendo haver uma mudança do foco para a saúde fetal (Radoš et al., 2014).

Alterações hormonais

Durante a gravidez ocorrem alterações nos níveis de estrogénios, progesterona e prolactina, que são responsáveis pelas náuseas, vômitos, tensão mamária, aumento de peso, ansiedade e fadiga, repercutindo-se numa diminuição da libido (Serati et al., 2010).

Não foram encontradas associações entre o aumento dos níveis de hormonas sexuais e o score FSFI confirmando-se que estas não têm um grande impacto na sexualidade durante a gravidez (Serati et al., 2010).

Outras variáveis

Outras variáveis que mostraram afectar a função sexual são a idade gestacional, incontinência urinária (Naldoni et al., 2011; Pauls et al., 2008) e excesso de ganho de peso durante a gravidez atual (Naldoni et al., 2011).

Não foi encontrada relação entre o FSFI e o nível educacional, classe socioeconômica, idade materna e número de gestações prévias (Naldoni et al., 2011; Pauls et al., 2008). No entanto existe uma diminuição no orgasmo e maior dificuldade na lubrificação nas múltíparas (Naldoni et al., 2011).

O impacto da relação do casal na função sexual

A satisfação na relação está interligada à satisfação sexual do casal, e por sua vez esta satisfação aumenta com a frequência da atividade sexual (Beveridge et al., 2018; Jawed-Wessel et al., 2019; Kračun et al., 2019).

Antes da gravidez ambos os membros do casal iniciam regularmente atividade sexual enquanto que na gravidez o parceiro masculino tem mais tendência a iniciar. As mulheres que tomam a iniciativa independentemente do seu trimestre apresentam valores mais elevados de satisfação sexual (Sacomori & Cardoso, 2010).

As mulheres afirmam que a maior motivação para terem relações sexuais na gravidez é consolidar a intimidade emocional do casal, enquanto que os homens ressalvam a importância das necessidades sexuais como motor (Sagiv-Reiss et al., 2012).

Naldoni e Witting constataram que as mulheres grávidas tinham uma maior satisfação com as suas relações do que as não grávidas, associando-se a maior satisfação sexual e redução das disfunções sexuais (Naldoni et al., 2011; Witting et al., 2008).

A importância da intervenção dos profissionais de saúde

Muitos casais não estão preparados para a ocorrência de problemas sexuais durante a gravidez devido à iliteracia relacionada com a saúde (Gałaogonekzka et al., 2015; Serati et al., 2010).

A maioria das mulheres não discute a sua sexualidade com os médicos (Esmer et al., 2013; Yee Fok et al., 2005), mostrando haver uma necessidade de mudar a frequência de discussões relacionadas com este tema em ambiente clínico.

Por um lado, muitas das mulheres com disfunções sexuais na gravidez não procuram tratamento por sentirem estigma e falta de acessibilidade por parte dos profissionais de saúde (Panea Pizarro et al., 2019; Pauls et al., 2008), sendo que referenciar adequadamente estas mulheres poderia ajudar a minimizar o seu sofrimento a longo prazo (Vannier & Rosen, 2017). Por outro lado, a falta de tempo e de formação para lidar com questões da sexualidade faz com que este tema não seja suficientemente discutido por parte dos profissionais de saúde em consultas pré-natais, locais que são propícios à abordagem da função sexual feminina (Murtagh, 2010). Os médicos têm um papel importante no aconselhamento de casais devendo informá-los que a gravidez é uma altura de flutuações hormonais e fisiológicas que se refletem na sexualidade (Pauleta et al., 2010).

É importante que quem acompanhe a gravidez forneça esclarecimentos quanto à interferência da atividade sexual com a normal progressão da gravidez e forneça informação acerca da ocorrência de uma redução da frequência de atividade sexual e diminuição da libido e de orgasmo (Serati et al., 2010), normalizando alterações trazidas pela gravidez e investigando a presença de disfunções sexuais de modo a não negligenciar a influência que a gravidez tem na função sexual feminina (Prado, 2012). Dificuldades sexuais que influenciam a relação do casal na gravidez podem influenciar o pós-parto e ter repercussões a longo termo (Vannier & Rosen, 2017; Yildiz, 2015).

Contrariamente à maioria dos autores, Wannakosit e Phupong realizaram um estudo com uma amostra de 32 grávidas que não receberam educação sexual e 39 que receberam, não tendo sido encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos: ambos tiveram uma diminuição na frequência de atividade sexual, desejo, excitação, orgasmo e satisfação, com o progredir da gravidez. Estes resultados levam a crer que existam relações culturais, emocionais e físicas que provocam a redução de atividade sexual e não a falta de educação. Não obstante,

pode ter ocorrido viés visto ser uma amostra pequena e os parceiros não terem participado no programa de educação (Wannakosit & Phupong, 2010).

Pode existir uma grande queda da frequência da atividade sexual sem a presença de disfunção sexual (Jawed-Wessel & Servick, 2017), podendo ser útil definir-se um novo normal de função sexual na gravidez dado o período de alterações e a enorme prevalência de disfunções (Ninivaggio et al., 2017). Adicionalmente só uma pequena percentagem de mulheres com problemas sexuais durante a gravidez apresenta sofrimento com isto e beneficiaria de mais investigação (Vannier & Rosen, 2017).

Tendo em conta que o melhor preditor de frequência sexual no fim da gravidez foi o receio de lesar o feto, a sexualidade na gravidez deveria ser abordada em ambiente clínico nas consultas pré-natais de forma a evitar equívocos e diminuir as preocupações (Radoš et al., 2014). Ressalva-se a importância da educação sexual para desmitificar crenças de que o sexo durante uma gravidez de baixo risco pode lesar o feto, induzir parto pré-termo ou comprometer a gravidez ou a saúde materna (através de hemorragia por exemplo) (Kračun et al., 2019; Ribeiro et al., 2017).

Deve ainda haver uma abordagem multidisciplinar tendo em conta as influências socioculturais e não só as fisiológicas (Jawed-Wessel & Sevick, 2017).

Beveridge sugeriu que as intervenções focadas em minimizar o medo de atividade sexual na gravidez podem não ser essenciais para promover o bem-estar sexual e da relação (visto este medo não ser preponderante na decisão de ter ou não atividade sexual durante a gravidez), mas podem ajudar a reduzir a ansiedade durante este período (Beveridge et al., 2018). Intervenções mais focadas em normalizar as alterações da função sexual neste período parecem ser mais benéficas (Johnson, 2011).

Conclusão

Ao longo da gravidez há uma tendência para a diminuição da libido e da frequência da atividade sexual, principalmente no terceiro trimestre, concomitantemente com o surgimento de disfunções sexuais. O segundo trimestre é o período que apresenta mais discrepâncias na literatura, existindo autores que defendem uma melhoria da função sexual e outros que defendem uma queda progressiva ao longo dos três trimestres. O índice de função sexual feminina na gravidez é tendencialmente inferior comparativamente ao padrão prévio à gravidez e comparativamente a mulheres não grávidas. A maioria dos estudos associa um pior funcionamento sexual a menor satisfação sexual, no entanto existem estudos que o contradizem.

Dentro dos motivos subjacentes às alterações no funcionamento sexual na gravidez encontram-se os sintomas fisiológicos deste período, como as náuseas e fadiga, a dispareunia (1 em cada 5 mulheres grávidas apresentam dispareunia na gravidez) e receio de lesar o feto e de complicações obstétricas. A percepção negativa da auto-imagem foi apontada também como um fator por alguns autores, no entanto não parece ser a razão principal para as alterações. Não se encontraram associações entre os níveis de hormonas sexuais e o índice de função sexual feminina. Outras variáveis que mostraram afetar a função sexual foram a idade gestacional, incontinência urinária e excesso de ganho de peso.

O surgimento ou amplificação de disfunções sexuais na gravidez pode causar um grande impacto na qualidade de vida da mulher através da diminuição da qualidade das relações, da auto-estima e da persistência de dor e depressão no pós-parto.

Muitas das mulheres com disfunções sexuais na gravidez não procuram tratamento por sentirem estigma e falta de acessibilidade por parte dos profissionais de saúde. Um receio pronunciado é preditor da frequência sexual e satisfação sexual e o receio de lesar o feto, o que não é justificado numa gravidez de baixo risco. Propõe-

se que uma abordagem em ambiente clínico poderia evitar equívocos e reduzir a ansiedade.

Limitações ao trabalho

Como limitações desta revisão literária destaca-se o facto de vários estudos terem populações pequenas, homogéneas, sem randomização e serem estudos retrospectivos, assim como a utilização de diferentes métodos para avaliar a função sexual durante a gestação.

A maioria dos estudos utiliza o sexo vaginal como a única medida para avaliar o comportamento sexual, aliado ao facto de vários estudos corresponderem a diferentes períodos e países em que os conceitos de sexualidade podem ser díspares, o que corresponde a um viés cultural.

Por outro lado, não existe uma larga amostra de estudos que faça comparação com o período antes da gravidez de forma a anotar se as disfunções sexuais aumentam realmente com a gravidez ou se já estariam presentes previamente.

Existe um número muito reduzido de estudos em casais do mesmo sexo ou mães solteiras, sendo que por outro lado, em casais heterossexuais raramente é avaliada a perspetiva do parceiro.

Salienta-se ainda o facto da literatura muitas vezes basear-se na procura de um problema clínico e não na constatação de alterações fisiológicas.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Diogo Telles Correia pela disponibilidade para aceitar orientar este trabalho.

Agradeço ao Doutor Rui Marques Carvalho pela disponibilidade para aceitar co-orientar este trabalho, e pelo acompanhamento e sugestões necessárias para a realização do mesmo.

Bibliografia

- Association, A.P (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Bookpoint US, Washington, DC
- World Health Organization. Defining Sexual Health Report of a Technical Consultation on Sexual Health. Geneva 2002:1–5
- Beveridge, J. K., Vannier, S. A., & Rosen, N. O. (2018). Fear-based reasons for not engaging in sexual activity during pregnancy: associations with sexual and relationship well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 39(2), 138–145. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1312334>
- Clayton, A. H., & Groth, J. (2013). Etiology of female sexual dysfunction. *Women's Health*, 9(2), 135–137. <https://doi.org/10.2217/whe.13.6>
- Dwarica, D. S., Collins, G. G., Fitzgerald, C. M., Joyce, C., Brincat, C., & Lynn, M. (2019). Pregnancy and Sexual Relationships Study Involving wOmen and meN (PASSION Study). *Journal of Sexual Medicine*, 16(7), 975–980. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.04.014>
- Esmer, A. C., Akca, A., Akbayir, O., Goksedef, B. P. C., & Bakir, V. L. (2013). Female sexual function and associated factors during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(6), 1165–1172. <https://doi.org/10.1111/jog.12048>
- Fox, N. S., Gelber, S. E., & Chasen, S. T. (2008). Physical and sexual activity during pregnancy and near delivery. *Journal of Women's Health*, 17(9), 1431–1435. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0730>
- Gałaogonekzka, I., Drosdzol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M., & Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Changes in the Sexual Function During Pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 445–454. <https://doi.org/10.1111/jsm.12747>
- Jawed-Wessel, S., Santo, J., & Irwin, J. (2019). Sexual Activity and Attitudes as Predictors of Sexual Satisfaction During Pregnancy: A Multi-Level Model Describing the Sexuality of Couples in the First 12 Weeks. *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), 843–854. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1317-1>
- Jawed-Wessel, S., & Sevcik, E. (2017). The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. In *Journal of Sex Research* (Vol. 54, Issues 4–5, pp. 411–423). Routledge. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1274715>
- Johnson, C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME). *Journal of Sexual Medicine*, 8(5), 1267–1284. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x>
- Jones, C., Chan, C., & Farine, D. (2011). Sex in pregnancy. *CMAJ*, 183(7), 815–818. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091580>
- Kračun, I., Tul, N., Blickstein, I., & Velikonja, V. G. (2019). Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*, 47(3), 335–340. <https://doi.org/10.1515/jpm-2018-0206>
- Murtagh, J. (2010). Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: Implications for practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55(5), 438–446. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.12.006>
- Naldoni, L. M. V., Pazmiño, M. A. V., Pezzan, P. A. O., Pereira, S. B., Duarte, G., & Ferreira, C. H. J. (2011). Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant

- women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 37(2), 116–129. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.560537>
- Ninivaggio, C., Rogers, R. G., Leeman, L., Migliaccio, L., Teaf, D., & Qualls, C. (2017). Sexual function changes during pregnancy. *International Urogynecology Journal*, 28(6), 923–929. <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3200-8>
- Panea Pizarro, I., Domínguez Martín, A. T., Barragán Prieto, V., Martos Sánchez, A., & López Espuela, F. (2019). Behaviour and attitudes towards the sexuality of the pregnant woman during the last trimester. Phenomenological study. *Atencion Primaria*, 51(3), 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.003>
- Pascoal, P. M., Rosa, P. J., & Coelho, S. (2019). Does Pregnancy Play a Role? Association of Body Dissatisfaction, Body Appearance Cognitive Distraction, and Sexual Distress. *Journal of Sexual Medicine*, 16(4), 551–558. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.01.317>
- Pauleta, J. R., Pereira, N. M., & Graça, L. M. (2010). Sexuality during pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*, 7(1 PART 1), 136–142. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x>
- Pauls, R. N., Occhino, J. A., & Dryfhout, V. L. (2008). Effects of pregnancy on female sexual function and body image: A prospective study. *Journal of Sexual Medicine*, 5(8), 1915–1922. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00884.x>
- Plácido Lima Leite, A., Aurélia Salles Campos, A., Roberto Cardoso Dias, A., Amed, M., de Souza, E., & Camano, L. (2009). PRevalence Of sexual dysfunctiOn duRing PRegnancy. In *Artigo Original Rev Assoc Med Bras* (Vol. 55, Issue 5).
- Prado, D. S., Lima, R. V., & Lima, L. M. M. R. (2012). *Impacto da gestação na função sexual feminina Impact of pregnancy on female sexual function*.
- Radoš, S. N., Vraneš, H. S., & Šunjić, M. (2014). Limited role of body satisfaction and body image self-consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. *Journal of Sex Research*, 51(5), 532–541. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.744954>
- Ribeiro, M. C., de Tubino Scanavino, M., do Amaral, M. L. S. A., de Moraes Horta, A. L., & Torloni, M. R. (2017). Beliefs About Sexual Activity During Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. In *Journal of Sex and Marital Therapy* (Vol. 43, Issue 8, pp. 822–832). Routledge. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1305031>
- Rossi, M. A., Mooney, K. M., Binik, Y. M., & Rosen, N. O. (2019). A Descriptive and Longitudinal Analysis of Pain During Intercourse in Pregnancy. *Journal of Sexual Medicine*, 16(12), 1966–1977. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.011>
- Sacomori, C., & Cardoso, F. L. (2010). Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among brazilian women: A retrospective study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(2), 124–136. <https://doi.org/10.1080/00926230903554503>
- Sagiv-Reiss, D. M., Birnbaum, G. E., & Safir, M. P. (2012). Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. In *Archives of Sexual Behavior* (Vol. 41, Issue 5, pp. 1241–1251). <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9839-9>
- Serati, M., Salvatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M., Khullar, V., Cromi, A., Ghezzi, F., & Bolis, P. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *Journal of Sexual Medicine*, 7(8), 2782–2790. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x>

- Tosun Güleroğlu, F., & Gördeles Beşer, N. (2014). Evaluation of Sexual Functions of the Pregnant Women. *Journal of Sexual Medicine*, 11(1), 146–153. <https://doi.org/10.1111/jsm.12347>
- Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U., & Petru, E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46(4), 282–287. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2006.00592.x>
- Vannier, S. A., & Rosen, N. O. (2017). Sexual Distress and Sexual Problems During Pregnancy: Associations With Sexual and Relationship Satisfaction. *Journal of Sexual Medicine*, 14(3), 387–395. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.239>
- Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Kuon, R. J., Plewniok, K., Feller, S., Wallwiener, M., Reck, C., Matthies, L. M., & Wallwiener, C. (2017). Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period: a longitudinal study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(4), 873–883. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4305-0>
- Wannakosit, S., & Phupong, V. (2010). Sexual behavior in pregnancy: Comparing between sexual education group and nonsexual Education Group. *Journal of Sexual Medicine*, 7(10), 3434–3438. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01715.x>
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(1), 1–20. <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>
- Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., von der Pahlen, B., Varjonen, M., Ålgars, M., & Sandnabba, N. K. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34(2), 89–106. <https://doi.org/10.1080/00926230701636163>
- Yee Fok, W., Yik-si Chan, L., & Yuen, P. M. (2005). Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. In *Obstet Gynecol Scand* (Vol. 84).
- Yenieli, A. O., & Petri, E. (2014). Pregnancy, childbirth, and sexual function: Perceptions and facts. In *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* (Vol. 25, Issue 1, pp. 5–14). <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2118-7>
- Yildiz, H. (2015). The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: A prospective study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(1), 49–59. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811452>
- Zahumensky, J., Zverina, J., Sottner, O., Zmrhalova, B., Driak, D., Brtnicka, H., Dvorska, M., Krcmar, M., Kolarik, D., Citterbart, K., Otcenasek, M., & Halaska, M. (2008). Comparison of labor course and women's sexuality in planned and unplanned pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(3), 159–165. <https://doi.org/10.1080/01674820701821047>