

Impacto da gestação na função sexual feminina

Impact of pregnancy on female sexual function

Artigo Original

Palavras-chave

Comportamento sexual
Disfunção sexual fisiológica
Gravidez
Prevalência
Sexualidade

Keywords

Sexual behavior
Sexual dysfunction, physiological
Pregnancy
Prevalence
Sexuality

Resumo

OBJETIVO: Pesquisar o impacto da gestação na função sexual feminina. **MÉTODOS:** Foi realizado um estudo analítico, do tipo transversal, com 181 mulheres não gestantes e 177 gestantes. Foram incluídas mulheres com idade entre 18 e 45 anos, gestantes e não gestantes, na pré-menopausa, sexualmente ativas e com parceiro fixo e excluídas aquelas em uso de antidepressivos ou com diagnóstico de depressão. Dessas, 11 (6,2%) encontravam-se no primeiro trimestre; 50 (28,2%), no segundo e 116 (65,5%), no terceiro. A avaliação se deu por entrevista na qual foi aplicado o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF). Os dados foram analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 16.0. Para a comparação entre as médias do IFSF entre gestantes e não gestantes, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. **RESULTADOS:** A disfunção sexual entre gestantes foi de 40,4% e entre não gestantes de 23,3%, sendo significativa a diferença entre os escores dos grupos estudados ($p=0,01$). Também foi significativa ($p<0,0001$) a diferença entre as médias globais do IFSF entre os grupos. Foram observadas diferenças significativas entre gestantes e não gestantes no tocante aos escores dos domínios desejo ($p<0,0001$), excitação ($p=0,003$), lubrificação ($p=0,02$), orgasmo ($p=0,005$) e satisfação ($p=0,03$). O mesmo não foi observado no domínio dor. **CONCLUSÃO:** Diante dos resultados, concluímos que a gestação influencia negativamente a função sexual feminina, particularmente nos domínios desejo e excitação, revelando a importância da abordagem do tema pelos profissionais que lidam com gestantes.

Abstract

PURPOSE: To investigate the impact of pregnancy on female sexual function. **METHODS:** An analytical, cross-sectional study was conducted on 181 non-pregnant and 177 pregnant women aged 18 to 45 years. The study included premenopausal, sexually active women with a steady partner and excluded those taking antidepressants or with a diagnosis of depression. Eleven of these women (6.2%) were in the first trimester, 50 (28.2%), in the second trimester and 116 (65.5%), in the third trimester of pregnancy. The evaluation consisted of an interview in which the Female Sexual Function Index (FSFI) was applied. The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 16.0. The nonparametric Mann-Whitney test was used to compare the mean FSFI values of pregnant and non-pregnant women. **RESULTS:** Sexual dysfunction was 40.4% among pregnant women and 23.3% among non-pregnant women, with a significant difference between the scores of the studied groups ($p=0.01$). The difference in the mean global FSFI values between the groups was also significant ($p<0.0001$). There were significant differences between pregnant and non-pregnant women regarding desire ($p<0.0001$), excitation ($p=0.003$), lubrication ($p=0.02$), orgasm ($p=0.005$) and satisfaction ($p=0.03$). The same was not observed regarding pain. **CONCLUSION:** We conclude that pregnancy negatively influences female sexual function, particularly the desire and excitement domains, revealing the importance of addressing the issue by professionals dealing with pregnant women.

Correspondência

Daniela Siqueira Prado
Universidade Federal de Sergipe
Rua Cláudio Batista, s/n
Bairro Santo Antônio
CEP: 49060-100
Aracaju (SE), Brasil

Recebido

04/11/2012

Aceito com modificações

07/05/2013

Trabalho realizado no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

¹Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

²Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Sergipe – UFS – Aracaju (SE), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Uma vez reconhecida a importância da saúde sexual para a longevidade das relações afetivas e como parte da saúde global e bem-estar do indivíduo, critérios foram estabelecidos de modo a distinguir o patológico do não patológico¹. De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (1994), entende-se disfunção sexual como distúrbios no desejo e nas alterações psicofisiológicas que caracterizam a resposta sexual e causam angústia e dificuldades interpessoais².

Muitos estudos mostram que esse distúrbio é altamente prevalente na população feminina³⁻⁷. O estudo americano *National Health and Social Life Survey* demonstrou que 43% das mulheres avaliadas apresentavam algum tipo de disfunção sexual³. Recentemente, um trabalho desenvolvido em Bangladesh revelou que 51,8% das pacientes estudadas queixavam-se de um ou mais problemas sexuais⁴. No Brasil, o Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS) detectou dificuldade sexual em 30% das mulheres, cujas principais queixas foram falta de desejo (34,6%) e dificuldades para obtenção de orgasmo (29,3%)⁵.

Além da idade, estado civil, renda e grau de instrução³, a função sexual pode ser também influenciada por doenças crônicas⁸⁻¹⁰, uso de medicamentos¹¹⁻¹³, disfunção sexual do parceiro¹⁴, paridade e gravidez^{3,15-21}, esta caracterizada como um momento de mudanças físicas e psicológicas, sob influência cultural, social, religiosa e emocional que pode levar a mudanças no padrão de vida sexual do casal.

Em um estudo transversal com 139 gestantes realizado no Canadá, 71% relataram redução da atividade sexual durante a gravidez ao comparar com o período pré-gestacional¹⁹, mudança atribuída principalmente ao receio de prejudicar a gestação, provocar nascimento prematuro do filho ou romper bolsa^{19,22}.

Não obstante à alta prevalência da disfunção sexual feminina³⁻⁷, em especial no período gestacional¹⁹, pouco se aborda sobre atividade sexual nos consultórios médicos^{23,24}. Grande parte dessas mulheres não busca ajuda médica²⁵ e poucos são os ginecologistas que questionam sobre a função sexual de suas pacientes^{24,26}.

Diante da escassez de trabalhos sobre disfunção sexual em gestantes em nosso meio, o presente estudo teve por objetivo comparar o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF) de mulheres grávidas e não grávidas para avaliar o impacto da gestação na função sexual feminina.

Métodos

Foi realizado um estudo analítico, do tipo transversal, entre setembro de 2011 e fevereiro de 2012, no qual foram incluídas 358 mulheres, sendo 177 gestantes e 181 não gestantes, atendidas no Centro de Referência da Mulher e nas Unidades Básicas de Saúde Dona Sinhazinha e Francisco Fonseca no município de Aracaju (SE). Dois

grupos distintos foram considerados: o primeiro grupo composto por 177 gestantes (G) e o segundo por 181 não gestantes (NG).

Os critérios de inclusão foram: ser do sexo feminino, com idade entre 18 e 45 anos, gestantes e não gestantes, no período pré-menopausa, que possuíam parceiro fixo, fossem sexualmente ativas, o que implica ter tido relação sexual nos últimos seis meses, e que concordassem em participar do estudo sob a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas mulheres em uso de antidepressivos ou com diagnóstico de depressão.

As mulheres eram chamadas em sala reservada nesses serviços, onde eram convidadas a participar da pesquisa após explicação dos objetivos da mesma, deixando claro que sua participação não era obrigatória. A confidencialidade quanto à identificação e aos dados cedidos era garantida e em qualquer momento a entrevistada poderia retirar seu consentimento, inclusive diante de constrangimento.

Inicialmente, foram coletados dados referentes a idade, estado civil, grau de instrução, nível socioeconômico, idade de início da atividade sexual, antecedentes ginecológicos e obstétricos, idade gestacional no momento da pesquisa. Questionou-se também sobre comorbidades e uso de medicamentos. O estado civil foi estratificado em solteira ou com união estável e casada; grau de instrução, em ensino fundamental, médio e superior; nível socioeconômico, em até 1 salário mínimo, entre 1 e 5 salários mínimos e 5 salários mínimos ou mais; e antecedentes obstétricos, em até 1, 2 ou 3 e 4 ou mais partos normais, cesáreos e abortos.

Foi aplicado o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF), escala breve, específica e multidimensional, adaptado à língua portuguesa, que apresenta significativa confiabilidade e validade²⁷ e transforma medidas subjetivas em dados objetivos, quantificáveis e analisáveis²⁸. O IFSF é composto por 19 questões agrupadas em seis domínios, desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação sexual e dor ou desconforto, cujas opções de resposta recebem pontuação entre 0 e 5. Para se chegar ao escore total, deve-se proceder à soma dos valores das questões, multiplicar essa soma pelo fator de correção e, então, somar os valores de cada domínio. Os escores finais podem variar de 2 a 36, sendo que escores mais altos indicam um grau melhor de função sexual^{27,29}. Mulheres que apresentam escores inferiores a 26,55 devem ser consideradas portadoras de disfunção sexual³⁰.

Os dados foram analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 16.0. As variáveis numéricas foram expressas em média e desvio padrão, já as categóricas, descritas através de frequências simples e relativas e intervalo de confiança para 95% quando mais adequado. Para o teste de hipóteses relativo às variáveis

categóricas, utilizou-se o teste do χ^2 de Pearson. A análise das variáveis contínuas normalmente distribuídas foi realizada mediante teste *t* de Student para amostras independentes. Para a comparação entre as médias do IFSF entre gestantes e não gestantes, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, enquanto que, para a comparação entre as médias do IFSF entre trimestres gestacionais, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, uma vez que os dados não seguem a distribuição normal. A avaliação do pressuposto de normalidade foi realizada através do teste de Shapiro-Wilk. O nível de confiança foi 0,05 para erro α e poder de 0,8.

Para o cálculo do tamanho da amostra, levou-se em consideração a prevalência de disfunção sexual em mulheres na população de 25%³¹ e em gestantes de 40%²⁰, com um nível de significância de 5%, um poder de 80%, utilizando o programa WinPepi. Assim, o tamanho mínimo da amostra foi de 330 mulheres, 165 em cada um dos dois grupos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 0115.0.107.000.11) e pela Coordenação de Núcleo de Educação Permanente em Saúde de Sergipe.

Resultados

Foram entrevistadas 362 mulheres e, dessas, quatro não participaram da pesquisa por estarem em uso de antidepressivos. Foram analisados, portanto, dados de 358 mulheres. O primeiro grupo (G) foi composto por 177 gestantes das quais 11 (6,2%) encontravam-se no primeiro trimestre; 50 (28,2%), no segundo trimestre e 116 (65,5%), no terceiro trimestre. O segundo grupo (NG) foi composto por 181 não gestantes.

Houve homogeneidade entre os grupos no que tange às médias de idade ($p=0,07$), estado civil ($p=0,2$), escolaridade ($p=0,4$), nível socioeconômico ($p=0,07$), médias da idade de início da atividade sexual ($p=0,2$) e número de partos normais, cesarianas e abortos entre as entrevistadas ($p=0,3$; $p=0,8$; $p=0,8$) (Tabela 1).

A maioria das entrevistas (73,7%) não apresentava comorbidades. Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus foram as mais citadas entre as mulheres que referiam alguma doença.

A taxa de disfunção sexual global dessa pesquisa foi de 31,7%, sendo mais prevalente em gestantes (40,4%) que em não gestantes (23,3%) ($p=0,01$). A média global do IFSF para gestantes e não gestantes apresentou diferença significativa ($p<0,0001$) (Tabela 2).

Quando analisados os domínios da função sexual, foram observadas diferenças significativas entre gestantes e não gestantes no tocante aos escores dos domínios desejo ($p<0,0001$), excitação ($p=0,003$), lubrificação ($p=0,02$),

Tabela 1. Comparação entre as características epidemiológicas e socioeconômicas e antecedentes ginecológicos e obstétricos dos grupos de gestantes e não gestantes atendidas no Centro de Referência da Mulher e em duas unidades básicas de saúde de Aracaju (SE)

Categoria	G (n=177) (%)	NG (n=181) (%)	Valor p*
Idade – média±SD	28,7±6,5	30,0±6,7	0,07
Início da atividade sexual - média±SD	17±4	18±3	0,2
Estado civil			
Casada	75 (42,4)	69 (38,1)	0,2
Solteira	94 (53,1)	109 (60,2)	
Outro	8 (4,5)	3 (1,7)	
Escolaridade			
Sem escolaridade	34 (19,2)	25 (13,8)	0,4
Ensino fundamental	40 (22,6)	36 (19,9)	
Ensino médio	92 (52)	105 (58)	
Ensino superior	11 (6,2)	15 (8,3)	
Nível socioeconômico			
≤1 salário mínimo	88 (49,7)	77 (42,5)	0,07
>1–5 salários mínimos	83 (46,9)	88 (48,6)	
≥5 salários mínimos	6 (3,4)	16 (8,8)	
Antecedentes obstétricos			
Partos normais			
≤1	136 (76,8)	128 (70,7)	0,3
2–3	32 (18,1)	44 (24,3)	
≥4	9 (5,1)	9 (5)	
Partos cesáreos			
≤1	166 (93,8)	163 (90)	0,8
2–3	9 (5,1)	18 (9,9)	
≥4	2 (1,1)	0 (0)	
Abortos			
≤1	161 (91)	168 (92,8)	0,8
2–3	15 (8,5)	12 (6,6)	
≥4	1 (0,5)	1 (0,6)	

*Teste *t* de Student. G: gestantes; NG: não gestantes.

Tabela 2. Comparação entre o Índice de Função Sexual Feminina de mulheres gestantes e não gestantes atendidas no Centro de Referência da Mulher e em duas unidades básicas de saúde de Aracaju (SE)

IFSF e domínios	G (n=177) média±SD	NG (n=181) média±SD	Valor p*
IFSF	26,5±5,81	28,54±4,52	<0,0001
Desejo	3,57±1,02	3,97±1,09	<0,0001
Excitação	4,07±1,16	4,43±0,97	0,003
Lubrificação	4,88±1,37	5,22±1,04	0,02
Orgasmo	4,33±1,41	4,75±1,11	0,005
Satisfação	4,98±1,16	5,19±1,02	0,03
Dor	4,67±1,53	4,96±1,26	0,1

*Teste não paramétrico de Mann-Whitneys para amostras independentes; IFSF: Índice de Função Sexual Feminina; G: gestantes; NG: não gestantes.

orgasmo ($p=0,005$) e satisfação ($p=0,03$). O mesmo não foi observado no domínio dor, cuja diferença entre os grupos não foi significativa ($p=0,1$) (Tabela 2).

Não foram observadas diferenças significativas entre os trimestres gestacionais quando comparadas as médias dos respectivos IFSF e por domínios (Tabela 3).

Tabela 3. Média e Desvio Padrão do Índice de Função Sexual Feminina de mulheres gestantes atendidas no Centro de Referência da Mulher e em duas unidades básicas de saúde de Aracaju (SE), separadas por trimestre

IFSF e domínios	Trimestre			Valor p*	Valor p** (1°x2°)	Valor p** (2°x3°)	Valor p** (1°x3°)
	1°	2°	3°				
IFSF	27,7±1,58	26,3±6,25	26,5±5,89	1,0	1,0	0,9	0,8
Desejo	3,49±0,88	3,52±1,08	3,60±1,01	0,7	1,0	0,5	0,6
Excitação	4,34±0,66	4,06±1,21	4,05±1,18	0,9	0,8	1,0	0,7
Lubrificação	5,29±0,91	4,66±1,37	4,93±1,41	0,2	0,2	0,1	0,7
Orgasmo	4,62±0,74	4,36±1,48	4,28±1,44	0,8	1,0	0,6	0,8
Satisfação	4,90±0,78	4,90±1,36	5,02±1,10	0,7	0,4	1,0	0,4
Dor	5,13±0,96	4,78±1,36	4,59±1,64	0,7	0,5	0,8	0,4

*Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para três amostras independentes; **Teste não paramétrico de Mann-Witneys para duas amostras independentes; IFSF: Índice de Função Sexual Feminina.

Discussão

Nesse estudo, a prevalência de disfunção sexual entre as entrevistadas foi de 31,7%, sendo 23,3% entre as não gestantes, similar ao encontrado por outros estudos^{16,31}, um dos quais também realizado em Sergipe³¹. No entanto, tal prevalência é inferior à observada em estudo nacional que demonstrou que 50,9% das mulheres possuem algum tipo de disfunção sexual³². Tal fato pode se dever à diferença dos instrumentos utilizados para investigação, bem como à possível dificuldade que as mulheres da região nordeste do Brasil têm de falar sobre sua sexualidade.

A prevalência de disfunção sexual foi significativamente superior no grupo de mulheres grávidas, coincidente com o encontrado na literatura^{20,21}. Vale frisar que os grupos analisados foram homogêneos no tocante à idade, estado civil, grau de instrução, nível socioeconômico, idade de início da vida sexual e antecedentes obstétricos, de modo que se pode atribuir à gestação a influência negativa na vida sexual. As mudanças corporais, psicológicas e hormonais inerentes a esse período, bem como o receio de que o intercuro sexual possa culminar com complicações obstétricas ou machucar o bebê^{18,19,21} podem justificar tal impacto negativo da gestação na função sexual feminina.

Entre os domínios da função sexual, os mais prejudicados foram o desejo e a excitação, também similar ao observado em outros estudos^{20,21}. A indisposição e sonolência que as gestantes experimentam no início da gestação, bem como a mudança da autoimagem corporal que ocorre a partir do segundo trimestre podem levar à redução do desejo e, conseqüentemente, a fase da excitação também fica prejudicada. Mas vale notar que, apesar de a satisfação ter sido também significativamente diferente entre os grupos, tal diferença não foi tão importante quanto nos domínios desejo e excitação, o que é reforçado pela teoria de Basson, segundo a qual só ocasionalmente a mulher começa a experiência sexual com desejo. A maioria das mulheres, em relacionamentos longos e monogâmicos,

parte de um estado de neutralidade e, em função dos “ganhos”, tais como proximidade com o parceiro, afeição e carinho, elas deliberadamente escolhem experienciar a estimulação sexual e têm uma vida sexual satisfatória¹⁶. Resultados semelhantes a esses foram descritos por outros autores^{15,33}.

Foi limitação deste estudo o pequeno número de gestantes no primeiro e segundo trimestres, o que retrata a inadequada assistência pré-natal, que deveria se iniciar o mais precoce possível. A dificuldade pode estar relacionada à falta de conscientização por parte das próprias grávidas da importância do início precoce do pré-natal e do comparecimento às consultas ou pela falta de profissionais e unidades básicas de saúde suficientes pra atender à demanda. Esse fato impediu que os dados por trimestre fossem adequadamente analisados. Parceiros sexuais não terem sido entrevistados constitui outra limitação. Sabe-se que, em alguns casos, é o parceiro quem perde a libido e decide por não ter relações sexuais nesse período¹⁹.

Para as mulheres, de um modo geral, afeto, carinho e respeito mútuo são aspectos que influenciam a relação sexual⁵. Vivemos em um momento em que tem havido deterioração destes elementos. Na gestação, a mulher fica emocionalmente lábil e ainda mais ávida por carinho, apoio e compreensão. Somando-se a isso as mudanças corporais, os tabus mantidos pela falta de orientação médica adequada e a ansiedade quanto ao parto e maternidade influenciam diretamente a resposta sexual feminina em todos os seus domínios.

Diante do exposto, a influência negativa da gestação na função sexual feminina é notória e, portanto, não deve ser negligenciada, de modo que os médicos devem ser capazes de investigar a incidência de disfunção sexual entre as pacientes, minimizar a ansiedade destas quanto às mudanças trazidas pela gravidez, estimular a participação dos parceiros nas consultas médicas, sanar dúvidas e desmistificar tabus.

Referências

1. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33(3):162-7.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 1994.
3. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281(6):537-44.
4. Jahan MS, Billah SM, Furuya H, Watanabe T. Female sexual dysfunction: facts and factors among gynecology outpatients. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38(1):329-35.
5. Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS. Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. *Rev Bras Med.* 2002;59(4):250-7.
6. Shaeer O, Shaeer K, Shaeer E. The Global Online Sexuality Survey (GOSS): female sexual dysfunction among Internet users in the reproductive age group in the Middle East. *J Sex Med.* 2012;9(2):411-24.
7. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163(3):888-93.
8. Martelli V, Valisella S, Moscatiello S, Matteucci C, Lantadilla C, Costantino A, et al. Prevalence of sexual dysfunction among postmenopausal women with and without metabolic syndrome. *J Sex Med.* 2012;9(2):434-41.
9. Lu LL, Jiang R. Impact of hypertension on female sexual function. *Zhonghua Nan Ke Xue.* 2011;17(12):1121-4. Chinese.
10. Dimitropoulos K, Bargiota A, Mouzas O, Melekos M, Tzortzis V, Koukoulis G. Sexual functioning and distress among premenopausal women with uncomplicated type 1 diabetes. *J Sex Med.* 2012;9(5):1374-81.
11. Graham CA, Bancroft J, Doll HA, Greco T, Tanner A. Does oral contraceptive-induced reduction in free testosterone adversely affect the sexuality or mood of women? *Psychoneuroendocrinology.* 2007;32(3):246-55.
12. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med.* 2008;29:89-106.
13. Doulmas M, Anyfanti P, Lazaridis N. Effects of antihypertensive therapy on female sexual dysfunction: clinically meaningful? *J Hypertens.* 2012;30(6):1263-4.
14. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause.* 2006;13(1):46-56.
15. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res.* 2005;17(2):154-7.
16. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ.* 2005;172(10):1327-33.
17. Cayan S, Akbay E, Bozlu M, Canpolat B, Acar D, Ulusoy E. The prevalence of female sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Turkish women. *Urol Int.* 2004;72(1):52-7.
18. Eryilmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. *Gynecol Obstet Invest.* 2004;57(2):103-8.
19. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG.* 2000;107(8):964-8.
20. Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(5):563-8.
21. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med.* 2007;4(5):1381-7.
22. Murtagh J. Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Womens Health.* 2010;55(5):438-46.
23. Martinez L. More education in the diagnosis and management of sexual dysfunction is needed. *Fertil Steril.* 2008;89(4):1035.
24. Smith LJ, Mulhall JP, Devenci S, Monaghan N, Reid MC. Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *J Sex Med.* 2007;4(5):1247-53.
25. Berman L, Berman J, Felder S, Pollets D, Chhabra S, Miles M, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril.* 2003;79(3):572-6.
26. Lara LAS, Silva ACJSR, Romão APMS, Junqueira FRR. The assessment and management of female sexual dysfunction. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(6):312-21. Portuguese.
27. Leite APL, Moura EA, Campos AAS, Mattar R, Souza E, Camano L. Validation of the Female Sexual Function Index in Brazilian pregnant women. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(8):396-401. Portuguese.
28. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208.
29. Hentschel H, Alberton DL, Capp E, Goldim JR, Passos EP. Validação do Female Sexual Function Index (FSFI) para uso em língua portuguesa. *Rev HCPA.* 2007;27(1):10-4.
30. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1-20.
31. Prado DS, Mota VPLP, Lima TIA. [Prevalence of sexual dysfunction in two women groups of different socioeconomic status]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(3):139-43. Portuguese.
32. Abdo CHN. Estudo da vida sexual do brasileiro. São Paulo: Bregantini; 2004.
33. Bertolino V, Bechara AJ. Female sexual dysfunction: a tale of two sides? *J Sex Med.* 2006;3(2):375.