

MEIRELUCI COSTA RIBEIRO¹

MARY UCHIYAMA NAKAMURA²

CARMITA HELENA NAJJAR ABDO³

MARIA REGINA TORLONI⁴

MARCO DE TUBINO SCANAVINO⁵

ROSIANE MATTAR⁶

Gravidez e Diabetes Gestacional: uma combinação prejudicial à função sexual feminina?

Pregnancy and Gestational Diabetes: a prejudicial combination to female sexual function?

Artigo original

Palavras-chave

Gravidez
Diabetes Gestacional
Sexualidade
Comportamento sexual
Coito

Keywords

Pregnancy
Diabetes, Gestational
Sexuality
Sexual behavior
Coitus

Resumo

OBJETIVO: Comparar a função sexual de grávidas adultas saudáveis à de mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) no terceiro trimestre da gravidez. **MÉTODOS:** Estudo transversal com dois grupos de gestantes em acompanhamento pré-natal. Foram critérios de inclusão: idade materna ≥ 20 anos, idade gestacional ≥ 28 semanas, relacionamento heterossexual com o mesmo parceiro há pelo menos 6 meses e ser alfabetizada. Os critérios de exclusão foram: presença de intercorrências clínicas e/ou obstétricas que contraindicassem atividade sexual; hipertensão arterial controlada por medicamentos; gravidez resultante de estupro; parceiro sexualmente indisponível ou ausente no último mês; internação hospitalar no último mês; uso de cremes vaginais nos últimos 30 dias; gestação gemelar; uso regular de álcool e/ou drogas ilícitas; uso de medicamentos que interferissem na função sexual. Oitenta e sete pacientes preencheram os critérios de seleção e participaram do estudo. Para avaliação da função sexual destes grupos utilizou-se o questionário Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F). Testes χ^2 e *t* de Student foram utilizados para comparar diferenças entre os grupos, com valores $p < 0,05$ considerados estatisticamente significantes. A análise estatística foi realizada com o *software* Instat 3. **RESULTADOS:** A idade gestacional média nos dois grupos era de 34 semanas. Não foram detectadas diferenças significantes nos escores médios totais do QS-F nos dois grupos (62,5 saudáveis vs 62,8 DMG, $p=0,9$). Aproximadamente metade das participantes (47 e 47,5% das saudáveis e DMG, respectivamente, $p=0,9$) teve escores totais de até 60 na escala do QS-F, o que indica comprometimento em algum dos domínios avaliados (desejo e satisfação sexual, excitação, orgasmo, dispareunia e vaginismo). **CONCLUSÕES:** A prevalência de comprometimento do desempenho sexual foi alta em gestantes no terceiro trimestre, não diferindo significativamente entre mulheres saudáveis e aquelas com DMG.

Abstract

PURPOSE: To compare the sexual function of healthy adult pregnant women with that of gestational diabetes patients (GDM) in the third trimester. **METHODS:** This cross-sectional study enrolled two groups of women managed antenatal care clinics. Inclusion criteria were: maternal age ≥ 20 years, gestational age at least 28 weeks, being in a heterosexual relationship with the same partner for at least 6 months, and being able to read. We excluded women with a medical recommendation for sexual abstinence due to clinical or obstetric disorders; hypertension controlled through medications; pregnancy resulting from rape; absent or sexually unavailable partner in the last month; hospital admission in the last month; use of vaginal creams in the last 30 days; multiple pregnancy, regular use of alcohol or illicit drugs or use of medications that can interfere with sexual function. Eighty-seven patients fulfilled the selection criteria and were included in the study. The Sexual Quotient – Feminine Version (QS-F) questionnaire was used to assess sexual function. Student's *t* and χ^2 tests were used to compare differences between groups and $p < 0.05$ was considered significant. **RESULTS:** The mean gestational age of the participants was 34 weeks. There were no significant differences in the mean QS-F scores between groups (62.5 healthy vs 62.8 GDM women, $p=0.9$). Approximately half the participants (47 and 47.5% of the healthy and GDM women, respectively, $p=0.9$) had total scores up to 60, indicative of dysfunction in one of the assessed domains (desire, sexual satisfaction, arousal, orgasm, dyspareunia and vaginismus). **CONCLUSIONS:** The prevalence of sexual dysfunction was high among women in the third trimester of pregnancy and did not differ significantly between healthy women and women with GDM.

Correspondência:

Meireluci Costa Ribeiro
Rua Napoleão de Barros, 875 – Vila Clementino
CEP: 04024-002 – São Paulo (SP), Brasil

Recebido

27/04/2011

Aceito com modificações

25/05/2011

Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM – São Paulo (SP), Brasil.

¹ Aluna do Programa de Pós-graduação em Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM – São Paulo (SP), Brasil.

² Professora associada livre-docente do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM – São Paulo (SP), Brasil.

³ Professora livre-docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Médica tocoginecologista do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM – São Paulo (SP), Brasil.

⁵ Médico assistente do Programa de Estudos em Sexualidade – ProSex – do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP – São Paulo (SP), Brasil.

⁶ Professora livre-docente do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM – São Paulo (SP), Brasil.

Introdução

As disfunções sexuais afetam parcela significativa da população em todo o mundo¹⁻³. Segundo estudo nacional com mais de sete mil indivíduos, quase um terço da população feminina em idade reprodutiva apresenta dificuldades para o orgasmo e aproximadamente 10% têm inibição do desejo⁴. As alterações da função sexual são também frequentes durante a gestação, sendo que mais de 70% das gestantes brasileiras apresentam sintomas de disfunção sexual no terceiro trimestre⁵.

As dificuldades sexuais mais frequentes durante a gestação estão associadas a fatores psicológicos⁶, físicos⁷⁻⁹, relacionais^{10,11}, socioculturais e religiosos^{12,13}, além de medos e mitos quanto à sexualidade feminina durante a gravidez¹²⁻¹⁵. De modo geral, todas as fases do ciclo de resposta sexual descritas por Kaplan¹⁴ (desejo, excitação e orgasmo) podem estar comprometidas durante o período gestacional de mulheres saudáveis, especialmente no terceiro trimestre^{6,13,16,17}. Diversos estudos indicam que a queixa de dispareunia parece aumentar com o avançar da gestação^{5,15,16,18}, afetando até 80% das mulheres no último trimestre¹⁸, enquanto a satisfação sexual diminui à medida que o momento do parto se aproxima^{5,10,18}.

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma doença relativamente frequente na gestação, afetando de 1 a 14% das mulheres, variando de acordo com a população estudada e os critérios diagnósticos utilizados¹⁷. No Brasil, estima-se que 2,4 a 7,2% de todas as gestantes desenvolvam DMG¹⁹, o que significa mais de 200.000 casos novos por ano. Devido ao aumento da prevalência de obesidade, estima-se que o número de mulheres com DMG cresça substancialmente nos próximos anos, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento¹⁸.

Além da ansiedade e fantasias usualmente relacionadas à gestação e ao parto que a maioria das mulheres saudáveis apresenta durante este período de vida, a gestante com DMG tem que enfrentar preocupações adicionais. Para otimizar os resultados gestacionais e reduzir o risco de complicações maternas e perinatais, as mulheres com DMG devem modificar hábitos e submeterem-se a acompanhamento médico rigoroso até o parto. É recomendado manter alimentação regrada e adequada para assegurar controle no ganho de peso, estilo de vida ativa, monitoramento contínuo do nível de glicose e, por vezes, injeções diárias de insulina. Além disso, como parte do seu acompanhamento, estas pacientes recebem informações sobre os riscos do DMG e as possíveis complicações fetais associadas à doença, como polidrâmnio, macrosomia, parto prematuro e tocotrauma²⁰. Apesar de existirem estudos sobre distúrbios emocionais como ansiedade e estresse²¹ em mulheres com diagnóstico de DMG, a literatura carece de estudos que avaliem a função sexual destas mulheres.

Este estudo visa investigar se as gestantes com DMG apresentam maior comprometimento da função sexual quando comparadas a gestantes saudáveis no terceiro trimestre gestacional.

Métodos

Foi realizado estudo transversal com gestantes em acompanhamento nos ambulatórios de pré-natal da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM), entre março e dezembro de 2010. O projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida universidade e todas as participantes assinaram um termo de consentimento informado.

A amostra foi constituída por dois grupos: gestantes com e sem diagnóstico de DMG (sem outras comorbidades que pudessem prejudicar a função sexual). Para ambos os grupos, foram critérios de inclusão: relacionamento heterossexual com o mesmo parceiro há pelo menos seis meses; ser alfabetizada; ter 19 ou mais anos de idade e ter completado 28 semanas de gestação. Os critérios de exclusão foram: presença de intercorrências clínicas e/ou obstétricas que contraindicassem atividade sexual (como placenta prévia, rotura prematura de membrana e trabalho de parto prematuro); hipertensão arterial controlada por medicamentos; gravidez resultante de estupro; parceiro sexualmente indisponível ou ausente no último mês; internação hospitalar no último mês; uso de cremes vaginais nos últimos 30 dias; gestação gemelar; uso regular de álcool e/ou drogas ilícitas; uso de medicamentos que interferissem na função sexual (por exemplo, antidepressivos, tranquilizantes, hormônios) ou estar em trabalho de parto.

Em nossa instituição, todas as gestantes realizam curva glicêmica de 75g entre 24 – 28 semanas. Pacientes com glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL confirmada e/ou curva glicêmica de 75g com valor de 2h ≥ 140 mg/dL recebem o diagnóstico de DMG, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde²² e são encaminhadas para continuar seu pré-natal no Centro de Diabetes. O grupo de grávidas saudáveis foi selecionado entre aquelas que apresentaram curva glicêmica normal e não apresentavam comorbidades que pudessem interferir na função sexual.

As pacientes foram abordadas pela pesquisadora principal (MCR) e convidadas a participar do estudo enquanto aguardavam suas consultas de pré-natal nos ambulatórios de Obstetrícia Fisiológica (grupo saudável) e no Centro de Diabetes de nossa instituição (grupo DMG).

Cem mulheres foram convidadas a participar do estudo. Dez foram excluídas por intercorrências anteriores ao momento da entrevista: uma havia sido internada recentemente; duas tinham companheiros ausentes; uma

fez uso de creme vaginal no último mês; duas relataram hipertensão e uso de anti-hipertensivo; uma era medicada com anticonvulsivante e três não mantinham relações sexuais desde o início da gestação, por vontade do companheiro. Além disso, dois questionários estavam incompletos e uma era semianalfabeta. Oitenta e sete mulheres preencheram os critérios de seleção e participaram do estudo (44 com DMG e 43 saudáveis).

Os questionários foram preenchidos de forma individual, escrita e anônima, em aproximadamente 10 minutos. Foram colhidos dados sociodemográficos (idade, idade gestacional, escolaridade, etnia, estado civil, religião, ocupação, renda familiar e número de filhos). Em seguida, as pacientes responderam ao Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), questionário para avaliação da função sexual, elaborado e validado por Abdo²³. Este instrumento é composto por dez questões que investigam cada fase do ciclo de resposta sexual e outros aspectos da atividade sexual. Contempla os seguintes domínios: desejo e interesse sexual (questões 1, 2 e 8); preliminares (questão 3); excitação pessoal e sintonia com o parceiro (questões 4 e 5); conforto (questões 6 e 7); orgasmo e satisfação (questões 9 e 10). Conseqüentemente, o QS-F permite identificar disfunções específicas do desejo, da excitação, do orgasmo, dispareunia ou vaginismo. Cada uma das perguntas oferece alternativas com pontuação que varia de 0 a 5, sendo que o escore individual ≤ 2 indica comprometimento no domínio. O desempenho/satisfação sexual global é avaliado pelo escore final computado a partir da soma dos escores das dez perguntas e multiplicada por dois. O resultado do desempenho/satisfação sexual é interpretado por meio de uma escala que varia de 0 (mínimo) a 100 (máximo) pontos, assim distribuída: 82 – 100 pontos (bom a excelente); 62 – 80 (regular a bom); 42 – 60 (desfavorável a regular); 22 – 40 (ruim a desfavorável); 0 – 20 (nulo a ruim).

O tamanho amostral foi calculado tomando-se por base a prevalência de 73% de disfunção sexual em grávidas brasileiras adultas no terceiro trimestre gestacional⁵ e a hipótese de que pacientes com DMG teriam uma prevalência aproximadamente 20% mais alta deste distúrbio (95%). Para se detectar esta diferença, com um erro $\alpha=0,05$ e $\beta=90\%$, seria necessário incluir 42 participantes em cada grupo. A caracterização das participantes foi expressa por estatística descritiva. O teste *t* de Student foi utilizado para comparar as variáveis sociodemográficas contínuas (idade e idade gestacional) e o teste do χ^2 foi utilizado para comparação das variáveis categóricas nos dois grupos (saudáveis e com DMG). Utilizou-se o teste *t* de Student para comparar diferenças entre os grupos quanto aos escores médios de cada domínio do QS-F. Valores $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. A análise estatística foi realizada com o *software* Instat 3.

Resultados

A idade das participantes variou de 20 a 40 anos, com média de $29,2 \pm 5,5$ e $30,8 \pm 5,2$ nos grupos sem e com DMG, respectivamente, não havendo diferença estatisticamente significativa entre ambos (Tabela 1).

A idade gestacional média no momento da avaliação foi de aproximadamente 34 semanas nos dois grupos, sendo que todas as pacientes com DMG haviam recebido o diagnóstico há pelo menos um mês. A maioria das mulheres era católica, casada, branca, com ensino médio completo, tinha até um filho, trabalhava e tinha renda mensal familiar de até três salários mínimos (Tabela 1). A maioria das pacientes com DMG (75%) não usava insulina no período em que foi entrevistada.

Não foram detectadas diferenças significantes entre os grupos quanto aos escores médios dos domínios individuais avaliados pelo QS-F, nem no escore total referente ao desempenho sexual ($p=0,9$). Os escores mais baixos foram

Tabela 1. Características sociodemográficas de gestantes saudáveis e com diabetes gestacional

Variável	Grávidas saudáveis n=43		Grávidas com DMG n=44		Valor p
	n	%	n	%	
Idade					0,1*
	29,2	±5,5	30,8	±5,2	
Idade gestacional					0,8*
	33,9	±3,6	33,8	±3,0	
Estado civil					
Casada	41	95,3	44	100	0,5**
Solteira	2	4,6	0		
Religião					
Católica	27	62,8	25	56,8	0,7**
Evangélica	11	25,6	15	34,1	0,5**
Outras/nenhuma	5	11,6	4	9,1	1,0**
Escolaridade					
Ensino fundamental	9	20,9	15	34,1	0,2**
Ensino médio	24	55,8	26	59,1	0,9**
Ensino superior	10	23,3	3	6,8	0,1**
Etnia					
Branca	23	53,5	24	54,5	0,9**
Não branca	20	46,5	20	45,5	0,9**
Ocupação					
Do lar	11	25,6	14	31,8	0,7**
Trabalha	28	65,1	27	61,4	0,9**
Desempregada	4	9,3	3	6,8	1,0**
Renda mensal familiar					
<1 salário-mínimo	6	13,9	9	20,5	0,6**
1 a 3 salários-mínimos	27	62,8	26	59,0	0,9**
>3 salários-mínimos	10	23,3	9	20,5	0,9**
Paridade					
Nulíparas	20	46,5	14	31,8	0,2**
Múltiparas	23	53,5	30	68,2	0,2**

DMG: Diabetes Mellitus Gestacional; *valores apresentados como média desvio padrão (teste *t* de Student); **valores apresentados como N % (teste do χ^2).

os referentes aos domínios desejo e interesse sexual, bem como orgasmo. A Tabela 2 detalha estes resultados.

Quase metade das participantes, 47% das saudáveis e 47,5% daquelas com DMG, tiveram escores totais de até 60 na escala do QS-F, pontuação que sugere comprometimento na função sexual.

A Tabela 3 apresenta a distribuição de mulheres saudáveis e com DMG com dificuldades sexuais. A maioria das gestantes saudáveis (77%) relatou não ter pensado em sexo espontaneamente no último mês, e embora o percentual tenha sido maior no grupo com DMG (79,5%), não houve diferença significativa ($p=0,9$).

Cerca de metade das participantes nos dois grupos (49% do grupo saudável e 57% do grupo com DMG) observou dificuldades com o desejo e interesse sexual ($p=0,6$).

Metade das mulheres com DMG referiu dificuldades na concentração durante a atividade sexual enquanto 37% das mulheres saudáveis relataram o mesmo ($p=0,3$).

Quase um terço das grávidas (28 e 29,5%, $p=0,9$ das saudáveis e das pacientes com DMG, respectivamente) declarou que as preliminares não foram suficientes para estimulá-las a continuarem o intercurso sexual.

Quase um terço (32%) das participantes com DMG referiu ter mais dificuldade de sintonia com o parceiro

Tabela 2. Escores médios dos domínios avaliados pelo Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F), de 87 gestantes saudáveis e com diabetes gestacional

Domínios	Grávidas saudáveis n=43 Média±DP	Grávidas com DMG n=44 Média±DP	Valor p*
Desejo e interesse sexual			
1. Desejo	2,2±1,0	2,3±1,0	0,8
2. Desejo e interesse sexual	2,9±1,5	2,9±1,6	1,0
8. Desejo e interesse sexual (concentração)	3,2±1,5	3,0±1,6	0,7
Preliminares			
3. Preliminares	3,6±1,5	3,5±1,7	0,7
Excitação pessoal e sintonia com o parceiro			
4. Excitação pessoal (lubrificação)	3,3±1,5	3,1±1,6	0,9
5. Excitação pessoal e sintonia com o parceiro	3,6±1,5	3,4±1,6	0,6
Conforto			
6. Vaginismo	3,4±1,5	3,4±1,6	0,9
7. Dispareunia	3,2±1,4	3,1±1,4	0,8
Orgasmo e satisfação			
9. Orgasmo	2,6±1,7	2,4±1,6	0,6
10. Satisfação	3,1±1,7	3,0±1,8	0,7
Total	62,5±18,6 (regular a bom)	62,8±17,6 (regular a bom)	0,9

DMG: Diabetes Mellitus Gestacional; *valor p para os escores dos domínios acessados utilizando-se análise de variância (teste *t* de Student).

Tabela 3. Prevalência de comprometimento sexual¹ em gestantes saudáveis e com diabetes gestacional segundo o Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F)

Domínios	Grávidas saudáveis n=43		Grávidas com DMG n=44		Valor p ²
	n	%	n	%	
Desejo e interesse sexual					
1. Desejo espontâneo	33	76,7	35	79,5	0,9
2. Desejo e interesse sexual	21	48,8	25	56,8	0,6
8. Desejo e interesse sexual (concentração)	16	37,2	22	50	0,3
Preliminares					
3. Preliminares	12	27,9	13	29,5	0,9
Excitação pessoal e sintonia com o Parceiro					
4. Excitação pessoal (lubrificação)	15	34,9	15	34,1	0,9
5. Excitação pessoal e sintonia com o parceiro	10	23,2	14	31,8	0,5
Conforto					
6. Vaginismo	14	32,5	13	29,5	0,9
7. Dispareunia	10	23,2	8	18,2	0,7
Orgasmo e satisfação					
9. Orgasmo	23	53,5	20	45,4	0,6
10. Satisfação	15	34,9	19	43,2	0,6

DMG: Diabetes Mellitus Gestacional; ¹segundo o instrumento, escores individuais ≤ 2 são indicativos de comprometimento sexual; ²teste do χ^2 .

durante o intercuro, ou seja, não perceberam que se sentiam mais estimuladas na medida em que o companheiro mostrava-se mais excitado. Observou-se o mesmo em 23% das mulheres saudáveis ($p=0,5$).

Uma entre três mulheres (32,5% do grupo saudável e 29,5% do grupo com DMG) sentiu desconforto durante a atividade sexual devido à falta de relaxamento necessário para a penetração ($p=0,9$).

O percentual de mulheres com dor durante o ato sexual foi ligeiramente maior no grupo saudável (23%) em comparação ao de diabéticas (18%) ($p=0,7$).

As grávidas saudáveis queixaram-se mais de dificuldades com orgasmo (53,5%) do que as com DMG (45%) ($p=0,6$).

Finalmente, as mulheres com DMG mostraram-se mais insatisfeitas (43%) do que as saudáveis (35%), porém esta diferença não alcançou significância estatística ($p=0,6$).

Discussão

Os resultados deste estudo confirmam a alta prevalência de dificuldades sexuais em gestantes no final da gestação e que o DMG parece não afetar a função sexual feminina. Nossos achados estão em concordância com outros investigadores que, utilizando diversos instrumentos de avaliação, também identificaram alta prevalência de comprometimento sexual no final da gestação de mulheres saudáveis^{5,6,12,15,16,18,24,25}.

O desejo foi a fase do ciclo de resposta sexual mais comprometida em nosso estudo, visto que aproximadamente 80% das mulheres relataram não pensar espontaneamente em sexo. Em pesquisa que acompanhou 150 gestantes turcas saudáveis até a 34ª semana de gestação, a frequência de desejo sexual mostrou-se diminuída de forma significativa do primeiro ao terceiro trimestre gestacional, sendo que 68,7% das participantes relataram dificuldades neste domínio no terceiro trimestre¹⁹. O mesmo foi observado (32,5% de 188 casos) entre grávidas portuguesas saudáveis que referiram diminuição do desejo sexual no final da gestação⁶. Em um grupo de 81 mulheres primíparas suecas entrevistadas no terceiro trimestre, 75% relatavam ter dificuldades com o desejo¹⁰.

Vale ressaltar que o QS-F, no domínio desejo, avalia também a capacidade da mulher de se envolver, se excitar e permanecer concentrada após o estímulo sexual. Em nosso estudo, o número de entrevistadas que relataram dificuldades nestes aspectos diminuiu para cerca da metade das mulheres, em relação ao desejo espontâneo. Porém, mesmo sem diferença significativa, o grupo com DMG apresentou mais dificuldades com a concentração durante a atividade sexual. Talvez isto se deva ao aumento da ansiedade, frequentemente encontrado em pacientes com diagnóstico de DMG²¹.

Um terço das mulheres de ambos os grupos referiu insatisfação com as preliminares ao intercuro. Não encontramos estudos que tivessem analisado este aspecto durante a gestação. No entanto, Masters e Johnson²⁶ ressaltaram a importância das preliminares para um ciclo de resposta sexual satisfatório. Se os estímulos não forem adequados, a fase de excitação pode prolongar-se demasiadamente ou se interromper, não havendo tensão sexual suficiente para o orgasmo.

Neste estudo, em ambos os grupos, aproximadamente 34% das grávidas referiram dificuldades com excitação pessoal/lubrificação. Gokyildiz e Beji¹⁸ observaram que 20% das mulheres grávidas saudáveis queixavam-se de dificuldades de lubrificação vaginal no último trimestre.

Embora não tenha apresentado diferença significativa, mais grávidas saudáveis referiram dificuldade para o orgasmo do que aquelas com DMG. Resultados semelhantes foram relatados em outro estudo, em que 52,7% das gestantes saudáveis referiram dificuldades para o orgasmo no terceiro trimestre gestacional¹⁶. Em estudo envolvendo 589 grávidas turcas nos três trimestres gestacionais, 81% delas referiram dificuldade para o orgasmo¹⁷. A frequência de orgasmos em 141 grávidas canadenses foi investigada: 34% referiram dificuldade²⁴. O índice mais baixo encontrado foi de 9,7% entre 190 grávidas em um estudo egípcio⁹.

Vários trabalhos investigaram a dispareunia em gestantes saudáveis^{5,7,9, 11-13,15,16,18,25,27}. Dois destes estimaram a prevalência e encontraram 24¹¹ e 17%¹⁶, índices próximos do nosso, que foi de 20%. O vaginismo é definido como espasmo involuntário recorrente ou persistente da musculatura do terço externo da vagina que interfere no coito, causando sofrimento ou dificuldade interpessoal²⁸. O QS-F revelou que aproximadamente uma em cada três gestantes tem dificuldade para aceitar a penetração.

Não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos quanto à satisfação sexual. Aparentemente, este domínio não é afetado, nem mesmo quando dificuldades para o desejo estão presentes. Achados semelhantes, com escores mais baixos para desejo e excitação, mas com nível de satisfação sexual sem comprometimento no terceiro trimestre gestacional, foram descritos por Aslan et al.¹⁵. Tal resultado coincide com o que Basson^{29,30} afirma sobre o desejo feminino: pode ou não estar presente no início da atividade sexual, sendo desencadeado pela interação com o parceiro e a um nível variável²⁹. É importante salientar que, mesmo sem sentir desejo, a mulher pode sentir-se sexualmente satisfeita³⁰.

Dentre os pontos positivos deste estudo destacamos a originalidade do tema, uma vez que não foi encontrada na literatura alguma investigação sobre a função sexual

de grávidas após o diagnóstico do DMG. Acreditamos também que o instrumento utilizado foi de grande valia, pois o QS-F permite avaliar a função sexual feminina de forma específica, assim como já foi caracterizada²⁹.

A homogeneidade da amostra quanto às características sociodemográficas foi outro ponto positivo deste estudo, pois fatores como grau de instrução, paridade e nível socioeconômico, dentre outros, podem interferir na função sexual feminina. Por outro lado, esta homogeneidade também é uma limitação, pois impede que os resultados aqui apresentados sejam estendidos a gestantes de outros níveis socioeconômicos.

Nossos achados sugerem que pacientes com DMG não apresentam maior frequência de dificuldades na função sexual do que gestantes sem DMG na mesma idade gestacional e, portanto, não necessitam de abordagem diferenciada quanto a este aspecto.

Agradecimentos

Este projeto teve suporte financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Processo nº 9/54509-6).

Referências

- Frank E, Anderson C, Rubinstein D. Frequency of sexual dysfunction in "normal" couples. *N Engl J Med*. 1978;299(3):111-5.
- Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachmann GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther*. 1993;19(3):171-88.
- Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav*. 1990;19(4):389-408.
- Abdo CH, Valadares AL, Oliveira Junior WM, Scanavino MT, Afif-Abdo J. Hypoactive sexual desire disorder in a population-based study of Brazilian women: associated factors classified according to their importance. *Menopause*. 2010;17(6):1114-21.
- Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(5):563-8.
- Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med*. 2010;7(1 Pt 1):136-42.
- Kennedy CM, Turcea AM, Bradley CS. Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;105(3):236-9.
- Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2006;46(4):282-7.
- Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN, Toson MM. Influence of gestational period on sexual behavior. *J Egypt Public Health Assoc*. 2007;82(1-2):65-90.
- Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Arch Sex Behav*. 1991;20(1):35-45.
- Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011;2011:856586.
- Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84(10):934-8.
- Shojae M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;279(3):353-6.
- Kaplan HS. Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther*. 1977;3(1):3-9.
- 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.
- 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.
- Brody SC, Harris R, Lohr K. Screening for gestational diabetes: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Obstet Gynecol*. 2003;101(2):380-92.
- Gökylidiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(3):201-15.
- Schmidt MI, Duncan BB, Reichelt AJ, Branchtein L, Matos MC, Costa e Forti A, et al. Gestational diabetes mellitus diagnosed with a 2-h 75-g oral glucose tolerance test and adverse pregnancy outcomes. *Diabetes Care*. 2001;24(7):1151-5.
- Perkins JM, Dunn JP, Jagasia SM. Perspectives in gestational diabetes mellitus: a review of screening, diagnosis and treatment. *Clin Diabetes*. 2007;25(2):57-62.
- Daniells S, Grenyer BF, Davis WS, Coleman KJ, Burgess JA, Moses RG. Gestational diabetes mellitus: is a diagnosis associated with an increase in maternal anxiety and stress in the short and intermediate term? *Diabetes Care*. 2003;26(2):385-9.
- World Health Organization. Definition, diagnosis and classification of mellitus and its complications. Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization; 1999.
- Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *RBM Rev Bras Med*. 2006;63(9):477-82.
- Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG*. 2000;107(8):964-8.
- Pauls RN, Occhino JA, Drythout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med*. 2008;5(8):1915-22.
- Masters WV, Johnson VE. A resposta sexual humana. São Paulo: Rocca; 1984.
- Oruç S, Esen A, Laçin S, Adigüzel H, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behaviour during pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1999;39(1):48-50.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington (DC): APA; 2000.
- Basson R. Human sex-response cycles. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(1):33-43.
- Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ*. 2005;172(10):1327-33.