

DENISE QUEIROZ FERREIRA¹

MARY UCHIYAMA NAKAMURA²

EDUARDO DE SOUZA²

CORINTIO MARIANI NETO³

MEIRELUCI COSTA RIBEIRO¹

TÂNIA DAS GRAÇAS MAUADIE SANTANA⁴

CARMITA HELENA NAJJAR ABDO⁵

Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco

Sexual function and quality of life of low-risk pregnant women

Artigo Original

Palavras-chave

Gravidez
Qualidade de vida
Sexualidade
Comportamento sexual
Questionários

Keywords

Pregnancy
Quality of life
Sexuality
Sexual behavior
Questionnaires

Resumo

OBJETIVO: Avaliar em gestantes saudáveis no segundo trimestre a associação entre função sexual e qualidade de vida, e função sexual e satisfação sexual. **MÉTODOS:** Estudo transversal com 51 gestantes em acompanhamento em ambulatório de pré-natal de baixo risco. A função sexual foi aferida por meio do Quociente Sexual – Versão Feminina (QS-F). A qualidade de vida e a satisfação sexual foram avaliadas pelo Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref). Os critérios de inclusão foram idade gestacional entre a 15^a e a 26^a semana, idade materna igual ou superior a 20 anos, mínimo de 5 anos de educação escolar, ter parceiro fixo há pelo menos 6 meses, ter tido relação sexual com penetração vaginal nos últimos 15 dias. Foram excluídas mulheres vítimas de violência sexual, com história pregressa ou atual de depressão, antecedente de aborto habitual ou complicações na gestação atual (amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro ou hemorragia). Para a análise dos dados foram utilizados os testes do χ^2 e exato de Fisher e $p < 0,05$ foi considerado significativo. A análise estatística foi realizada com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). **RESULTADOS:** A maioria das gestantes (64,8%) obteve o QS-F de “regular a excelente” e 58,8% classificaram sua qualidade de vida como “boa”. Assinalaram que estavam satisfeitas com a vida sexual 35,3% das gestantes, e 15,7% estavam muito satisfeitas. O estudo mostrou que existe associação entre QS-F “nulo a ruim” com qualidade de vida “ruim” ($p = 0,002$) e que QS-F “regular a bom” e “bom a excelente” estão associados com “satisfação” e “muita satisfação” sexual ($p < 0,001$). **CONCLUSÃO:** A função sexual está associada à qualidade de vida e à satisfação sexual em gestantes saudáveis, no segundo trimestre da gestação.

Abstract

PURPOSE: To evaluate, in healthy women in the second trimester of pregnancy, a possible association between sexual function and quality of life, and between sexual function and sexual satisfaction. **METHODS:** This cross-sectional study involved 51 pregnant women managed at a low-risk antenatal care clinic. Sexual function was evaluated through the Sexual Quotient – Female Version (QS-F) questionnaire. Quality of life and sexual satisfaction were evaluated through the brief version of the World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL-bref). Inclusion criteria were pregnancy between 15–26 weeks, maternal age 20 or more years, at least five years of schooling, in a relationship with a single partner for the last 6 months, having sexual intercourse with vaginal penetration in the last 15 days. We excluded women with a history of sexual violence, previous or current depression, habitual abortion or obstetric complications in the index pregnancy (premature rupture of membranes, preterm labor or hemorrhage). The χ^2 and Fisher exact tests were used for statistical analyses and $p < 0.05$ was considered significant. **RESULTS:** Most of the participants (64.8%) obtained “regular to excellent” grades on the QS-F and 58.8% classified their quality of life as “good”. As to sexual satisfaction, 35.3 and 15.7% declared that they were “satisfied” and “very satisfied” with their sexual life, respectively. The study detected significant associations between “bad to poor” QS-F grades with a “poor” quality of life ($p = 0.002$), and with “regular to good” and “good to excellent” QS-F grades with “satisfaction” or “high” sexual satisfaction” ($p < 0.001$). **CONCLUSIONS:** Sexual function is associated with quality of life and with sexual satisfaction in healthy women in the second trimester of pregnancy.

Correspondência

Denise Queiroz Ferreira
Rua Napoleão de Barros, 875 – Vila Clementino
CEP: 04024-002
São Paulo (SP), Brasil

Recebido

05/06/2012

Aceito com modificações

24/08/2012

Trabalho realizado no Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM – e Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros – São Paulo (SP), Brasil.

¹Programa de Pós-graduação em Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM – São Paulo (SP), Brasil; Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros – São Paulo (SP), Brasil.

²Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

³Departamento de Saúde do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros – São Paulo (SP), Brasil.

⁴Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros – São Paulo (SP), Brasil.

⁵Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

Introdução

A mulher vivencia sua sexualidade de forma peculiar nos diversos períodos de sua vida¹, especialmente durante a gestação, quando pode ter sua função sexual e qualidade de vida comprometidas. Somente o fato de tomar conhecimento da gravidez, logo nas primeiras semanas, parece afetar a atividade sexual feminina, diminuindo o número de coitos². Estudos mostram que nos mais diversos contextos socioeconômico e cultural as mulheres podem apresentar dificuldades com desejo, excitação, orgasmo, lubrificação, além de insatisfação sexual e dispareunia na gravidez²⁻¹⁵.

Os sintomas de disfunção sexual nesse período ocorrem mesmo para as gestantes de baixo risco, ou seja, aquelas saudáveis que não apresentam intercorrências clínicas e/ou obstétricas¹⁶. No Brasil, dois estudos mostraram que a função sexual de grávidas brasileiras e saudáveis era mais comprometida conforme se aproximava o momento do parto^{17,18}. Também recentemente, foi verificado que a prevalência de sintomas de disfunção sexual feminina era alta tanto em grávidas saudáveis, quanto naquelas com *diabetes mellitus* gestacional, durante o terceiro trimestre da gestação^{19,20}.

A qualidade de vida também vem sendo estudada em mulheres grávidas. Pesquisadores compararam este aspecto em dois grupos de gestantes turcas saudáveis: adolescentes e adultas. Verificaram que em ambos os grupos, a qualidade de vida diminuía no primeiro trimestre, aumentava no segundo e novamente declinava no último trimestre gestacional²¹. A qualidade de vida está, ainda, associada a fatores sociodemográficos como idade, nível educacional, planejamento familiar, horas trabalhadas e acompanhamento pré-natal²².

No entanto, apesar da alta prevalência de sintomas de disfunção sexual durante a gestação, bem como o comprometimento da qualidade de vida de mulheres nesse período, não encontramos na literatura estudos que avaliassem a associação entre a qualidade de vida e a função sexual feminina de gestantes.

Também não foi encontrado trabalho utilizando o questionário de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), *World Health Organization Quality of Life — bref* (WHOQOL-bref), em mulheres grávidas. Esta lacuna na literatura nos motivou a pesquisar sobre o tema. Nosso objetivo foi avaliar em gestantes saudáveis, no segundo trimestre, a associação entre função sexual e qualidade de vida, bem como entre função sexual e satisfação sexual.

Métodos

Trata-se de estudo transversal realizado entre janeiro e dezembro de 2010, nos ambulatórios de pré-natal de baixo

risco do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (UNIFESP–EPM) e do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB). Este projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UNIFESP e HMLMB. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram incluídas mulheres matriculadas no ambulatório de pré-natal de uma das instituições acima mencionadas, que não apresentavam doenças clínicas e/ou obstétricas e, portanto, consideradas de baixo risco. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 20 anos; ter parceiro fixo com quem coabitavam há pelo menos 6 meses; ter tido relação sexual com penetração vaginal nos últimos 15 dias; saber ler e escrever, estar cursando ou ter estudado no mínimo até o quinto ano do ensino fundamental. As gestantes deveriam estar no segundo trimestre de gestação (entre a 15^a e a 26^a semana). A idade gestacional foi calculada com base na data da última menstruação e ultrassonografia obstétrica precoce. Quando houve discordância entre as datas, a idade gestacional foi considerada pela ultrassonografia.

Foram excluídas mulheres vítimas de violência sexual, quadro de depressão anterior ou atual e história de aborto habitual, ruptura prematura das membranas ovulares, hemorragias na gestação e parto prematuro (de acordo com informações obtidas da gestante ou no prontuário).

As grávidas foram convidadas pela pesquisadora principal (DQF) a participar da pesquisa enquanto aguardavam pela consulta pré-natal. As que aceitaram participar foram direcionadas individualmente a uma sala isolada para que pudessem ter privacidade para responder aos questionários. Após assinarem o termo de consentimento pós-informado, responderam aos formulários de forma individual, escrita e anônima.

Por não haver publicações sobre o tema, foi realizado estudo preliminar (piloto) para determinação do número de casos. Inicialmente foram incluídas 30 mulheres. Como não houve diferença estatística, incluímos mais 21. Portanto, a amostra foi composta de 51 gestantes.

Com o intuito de melhor caracterizar a população estudada, avaliamos as seguintes variáveis socioeconômicas e demográficas: idade em anos; idade gestacional em semanas; escolaridade (Ensino Fundamental, Ensino Médio e Ensino Superior); renda mensal familiar (menor que um, de um a três ou superior a três salários-mínimos); religião (católica, evangélica, espírita ou nenhuma); número de filhos vivos anteriores à gestação atual (nenhum, um a três ou mais que três filhos) e tempo de relacionamento com o atual parceiro (menos de três e mais de cinco anos).

A função sexual foi avaliada através do Quociente Sexual — Versão Feminina (QS-F), um questionário

brasileiro de fácil manuseio que, por meio de questões, abrange a função sexual feminina. Este instrumento é composto por 10 questões que avaliam cada fase do ciclo de resposta sexual. Contempla ainda outros domínios, a saber: 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 zero a cinco. O desempenho/satisfação sexual global é avaliado pelo escore final computado a partir do cálculo baseado nas dez perguntas individuais e oferece um valor em uma escala que vai de zero (mínimo) até cem (máximo) pontos. O desempenho/satisfação sexual global é calculado multiplicando-se a soma dos valores das 10 questões por 2, e é interpretado da seguinte forma: 82–100 pontos, bom a excelente; 62–80 pontos, regular a bom; 42–60 pontos, desfavorável a regular; 22–40 pontos, ruim a desfavorável e 0–20 pontos, nulo a ruim²³.

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizada a versão brasileira do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-bref). Este questionário é composto por 26 questões, sendo duas delas gerais sobre qualidade de vida e 24 divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A resposta para cada questão varia em uma escala de zero a cinco pontos, com o cinco representando escore máximo²⁴.

De acordo com os objetivos do nosso trabalho, utilizamos as questões 1 e 21 do questionário WHOQOL-bref. Questão 1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida? Com as seguintes opções: muito ruim; ruim; nem ruim nem boa; boa e muito boa. Questão 21 – Quão satisfeita você está com a sua vida sexual? Com as seguintes alternativas: muito insatisfeito; insatisfeito; nem satisfeito nem insatisfeito; satisfeito; muito satisfeito²⁴. As gestantes foram orientadas para que tivessem como referência as duas últimas semanas para responder aos questionários.

Para variáveis qualitativas foram utilizados os testes exato de Fisher e do χ^2 . Quando o teste mostrava haver diferença significativa foi complementado pela partição do χ^2 . Foram considerados estatisticamente significantes os valores de $p < 0,05$ e a análise estatística foi realizada com o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 para *Windows*.

Resultados

A idade das participantes variou de 20 a 37 anos, com média de 26,9 anos. A maioria cursou ou estava

cursando o Ensino Médio, tinha renda familiar entre um a três salários-mínimos, era católica, primigesta e estava com o mesmo parceiro há menos de três anos. A idade gestacional média quando responderam aos questionários era de 19,7 semanas (Tabela 1).

Avaliamos a função sexual e a qualidade de vida de gestantes saudáveis, no segundo trimestre, medidas respectivamente pelo QS-F e pelo WHOQOL-bref, os quais mostraram que a maioria (64,8%) das gestantes obteve escore final no QS-F classificado como regular a excelente (Tabela 2). Mais da metade das gestantes (58,8%) classificou sua qualidade de vida como boa (Tabela 2) e cerca de um terço (35%) referiu satisfação sexual, enquanto 15,7% afirmou estar sexualmente muito satisfeito (Tabela 3).

Ao comparar o escore final do QS-F e a questão 1 do WHOQOL-bref ($p=0,042$), verificamos que houve associação entre o resultado do QS-F classificado como “nulo a ruim” com “qualidade de vida ruim”, com valor $p=0,002$ (Tabela 2).

Da mesma forma, ao associar o escore final do QS-F com a questão 21 do WHOQOL-bref ($p=0,009$), concluímos que os resultados do QS-F classificados como “bom” e “bom a excelente” estão associados a “satisfação” e “muita satisfação sexual”, com valor $p < 0,001$ (Tabela 3).

Tabela 1. Características sociodemográficas das gestantes (n=51)

Variável	n	%
Idade (anos) (Média±DP)	26,9±5,3	
Idade gestacional (semanas) (Média±DP)	19,7±3,8	
Escolaridade		
Ensino Fundamental	11	21,6
Ensino Médio	31	60,8
Ensino Superior	9	17,6
Renda mensal familiar		
<1 salário-mínimo	2	3,9
1–3 salários-mínimos	27	52,9
>3 salários-mínimos	22	43,1
Religião		
Católica	26	51
Espírita	3	5,9
Evangélica	19	37,3
Nenhuma	3	5,9
Número de filhos		
0	25	49
1–2	22	43
≥3	4	8
Tempo de relacionamento com o parceiro		
<3 anos	24	47
>5 anos	18	35

Tabela 2. Qualidade de vida e função sexual das gestantes (n=51)

WHOQOL-bref	QS-F					Total
	Nulo a ruim	Ruim a desfavorável	Desfavorável a regular	Regular a bom	Bom a excelente	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ruim	3 (5,9)*	–	–	–	1 (2,0)	4 (7,8)
Nem ruim nem boa	1 (2,0)	1 (2,0)	3 (5,9)	2 (3,9)	1 (2,0)	8 (15,7)
Boa	1 (2,0)	4 (7,8)	4 (7,8)	13 (25,5)	8 (15,7)	30 (58,8)
Muito boa	–	1 (2,0)	–	4 (7,8)	4 (7,8)	9 (17,6)
Total	5 (9,8)	6 (11,8)	7 (13,7)	19 (37,3)	14 (27,5)	51 (100,0)

QS-F: Quociente Sexual – versão Feminina; WHOQOL-bref: World Health Organization Quality of Life-bref – Questão 1: “Como você avaliaria sua qualidade de vida?”; *p=0,002; p=0,042 (teste Exato de Fisher).

Tabela 3. Função sexual e satisfação sexual das gestantes (n=51)

WHOQOL-bref	QS-F					Total
	Nulo a ruim	Ruim a desfavorável	Desfavorável a regular	Regular a bom	Bom a excelente	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Muito insatisfeito	2 (3,9)	3 (5,9)	1 (2,0)	1 (2,0)	–	7 (13,7)
Insatisfeito	1 (2,0)	–	1 (2,0)	–	–	2 (3,9)
Nem satisfeito nem insatisfeito	2 (3,9)	3 (5,9)	3 (5,9)	5 (9,8)	3 (5,9)	16 (31,4)
Satisfeito	–	–	2 (3,9)	9 (17,6)*	7 (13,7)*	18 (35,3)
Muito satisfeito	–	–	–	4 (7,8)*	4 (7,8)*	8 (15,7)
Total	5 (9,8)	6 (11,8)	7 (13,7)	19(37,3)	14 (27,5)	51 (100,0)

QS-F: Quociente Sexual – versão Feminina; WHOQOL-bref: World Health Organization Quality of Life-bref – Questão 21: “Quão satisfeita você está com a sua vida sexual?”; *p<0,00; p=0,009 (teste Exato de Fisher); *p<0,001.

Discussão

Os resultados aqui encontrados confirmam a associação qualidade de vida/função sexual. Observamos que as mulheres que referiram qualidade de vida ruim, também obtiveram escore final no questionário QS-F classificado como ruim. Da mesma forma, os resultados comprovaram que a satisfação sexual associa-se à função sexual, pois as gestantes com escore no QS-F acima do ponto de corte para classificação de risco para disfunção sexual afirmaram estar sexualmente satisfeitas.

Apesar de diversos trabalhos analisarem a função sexual durante a gravidez^{3,4,7-11,19,25}, não encontramos estudos que a correlacionassem com a qualidade de vida em gestantes saudáveis. Sabe-se que a função sexual passa por mudanças na gestação, ocorrendo o aumento de sintomas de disfunção sexual, como a diminuição de desejo e a dispareunia nesse período^{9,11-13}.

Entretanto, o segundo trimestre parece ser o mais favorável quanto a esses aspectos^{4,14,25}. O exemplo disso é que metade das mulheres em nosso estudo referiu satisfação sexual, resultado semelhante ao encontrado em grávidas egípcias¹⁵ e nigerianas⁷ no mesmo período gestacional. Verificamos que aproximadamente 65% das gestantes com o resultado do QS-F classificado de regular a excelente, quando perguntadas

se estavam satisfeitas com sua vida sexual, 35% estavam satisfeitas e 16% estavam muito satisfeitas sexualmente. Esse resultado sugere que a satisfação sexual dessas gestantes está associada a uma boa resposta sexual.

A maior parte das mulheres (76%) avaliou sua qualidade de vida como “boa” ou “muito boa”, segundo o WHOQOL-bref, semelhante ao verificado em 503 gestantes turcas e saudáveis, que tiveram boa qualidade de vida durante o segundo trimestre gestacional²¹.

Por outro lado, observamos que as mulheres que avaliaram sua qualidade de vida como “ruim” também referiram função sexual “ruim”, o que parece comprovar nossa hipótese inicial de que realmente há associação entre qualidade de vida e função sexual.

Apesar de este estudo ter contado com participantes de um mesmo nível socioeconômico, o que impede que os resultados aqui apresentados sejam ampliados para mulheres de outros contextos culturais ou níveis socioeconômicos, ele apresenta vários pontos positivos. Destacamos, por exemplo, a originalidade do tema, uma vez que não existem estudos anteriores analisando a associação entre função sexual e qualidade de vida em grávidas. Outro ponto forte foi a utilização de dois questionários validados. O questionário QS-F, que é de fácil compreensão e acessa as fases do ciclo de resposta sexual feminina de forma precisa e específica²³,

assim como o WHOQOL-bref, instrumento mundialmente reconhecido para avaliação da qualidade de vida²⁶.

Finalmente, concluímos que existe associação entre função sexual “ruim” e qualidade de vida “ruim”, bem como entre função sexual “regular a boa” e “boa a excelente” com “satisfação” e “muita satisfação sexual”.

Agradecimentos

À Dra. Maria Regina Torloni, médica toginecologista do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina – UNIFESP/EPM, pela preciosa contribuição no manuscrito.

Referências

1. Basson R. Women's sexual function and dysfunction: current uncertainties, future directions. *Int J Impot Res.* 2008;20(5):466-78.
2. Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *J Sex Med.* 2012;9(7):1897-903.
3. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy.* 2009;110(7):427-31.
4. Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Arch Sex Behav.* 1991;20(1):35-45.
5. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84(10):934-8.
6. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med.* 2008;5(8):1915-22.
7. 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.
8. Pauleta JR, Pereira NM, Graca LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 1):136-42.
9. Eryilmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. *Gynecol Obstet Invest.* 2004;57(2):103-8.
10. 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.
11. 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.
12. Gökyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(3):201-15.
13. 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.
14. Orji EO, Ogunlola IO, Fasubaa OB. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *J Obstet Gynaecol.* 2002;22(2):166-8.
15. 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.
16. Coopland AT, Peddle LJ, Baskett TF, Rollwagen R, Simpson A, Parker E. A simplified antepartum high-risk pregnancy scoring form: statistical analysis of 5459 cases. *Can Med Assoc J.* 1977;116(9):999-1001.
17. 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.
18. Naldoni LM, Pazmiño MA, Pezzan PA, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CH. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. *J Sex Marital Ther.* 2011;37(2):116-29.
19. Ribeiro MC, Nakamura MU, Abdo CHN, Torloni MR, Scanavino MT, Mattar R. Pregnancy and gestational diabetes: a prejudicial combination to female sexual function? *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(5):219-24.
20. Ribeiro MC, Nakamura MU, Scanavino MT, Torloni MR, Mattar R. Female sexual function and gestational diabetes. *J Sex Med.* 2012;9(3):786-92.
21. Taşdemir S, Balci E, Günay O. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. *Ups J Med Sci.* 2010;115(4):275-81.
22. Lau Y, Yin L. Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. *Midwifery.* 2011;27(5):668-73.
23. Abdo CHN. Elaboração e validação do quociente sexual – versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Rev Bras Med.* 2006;63(9):477-82.
24. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83.
25. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med.* 2010;7(8):2782-90.
26. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assesment. The WHOQOL Group. *Psychol Med.* 1998;28(3):551-8.