

Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto

Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period

Juliana Bento de Lima Holanda¹

Erika de Sá Vieira Abuchaim²

Kelly Pereira Coca²

Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão²

Descritores

Comportamento sexual; Enfermagem obstétrica; Pesquisa em enfermagem; Disfunção sexual fisiológica; Período pós-parto; Questionários

Keywords

Sexual behavior; Obstetrical nursing; Nursing research; Physiological sexual dysfunction; Postpartum period; Questionnaires

Submetido

19 de Agosto de 2014

Aceito

26 de Agosto de 2014

Autor correspondente

Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão
Rua Napoleão de Barros, 754, São Paulo, SP, Brasil. CEP: 04024-002
ana.abrao@unifesp.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400093>

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência e os fatores associados à disfunção sexual no período pós-parto.

Métodos: Estudo transversal com 200 puérperas que retomaram a vida sexual ativa. Os dados foram coletados, em local privado, por meio de entrevista e registrados em formulário contendo informações pertinentes a vida sexual das puerperas.

Resultados: Dentre as mulheres pesquisadas verificou-se que 33,5%, 76,0% e 43,5% apresentavam disfunções sexuais antes da gravidez, durante e após o parto, respectivamente. Os tipos de disfunção identificados com maior frequência foram a dispareunia, seguida do vaginismo, disfunção do desejo, orgásmica e excitação. Os fatores significativamente associados foram as religiões católica ou evangélica, o parto vaginal com sutura, a dispareunia durante a gravidez, o vaginismo antes da gravidez e uma jornada de trabalho além de 8 horas/diárias.

Conclusão: A prevalência das disfunções sexuais foi alta e os fatores associados foram: religião, jornada de trabalho, história prévia de disfunção e tipo de parto.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in the postpartum period.

Methods: Cross-sectional study of 200 postpartum women in their resumption to sexual activity. Data were collected in a private place, through interviews and recorded in forms, containing information regarding sexual life of postpartum women.

Results: Among the women studied, it was found that 33.5%, 76.0% and 43.5% had sexual dysfunction before pregnancy, during and after delivery, respectively. The types of dysfunction most frequently identified were dyspareunia, vaginismus, dysfunction of desire, orgasmic and arousal. The significantly associated factors were Catholic or protestant religions, vaginal delivery with suture, dyspareunia during pregnancy, vaginismus before pregnancy and working hours over 8 hours/daily.

Conclusion: The prevalence of sexual dysfunction was high and associated factors were religion, working hours, previous history of dysfunction and type of delivery.

¹Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

²Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesse: Abuchaim ESV é Editor Associado da Acta Paulista de Enfermagem e não participou do processo de avaliação do manuscrito.

Introdução

A disfunção sexual, cuja prevalência varia entre 20 a 73% nas mulheres, é um comportamento resultante de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que se torna um bloqueio total ou parcial da resposta sexual do indivíduo, relacionada ao desejo, à excitação e ao orgasmo.^(1,2) Nesse sentido, constitui-se em um problema de saúde pública e, desse modo, merecedor de atenção dos profissionais de saúde.

Embora as dificuldades no exercício da sexualidade possam incidir nas diversas fases de vida do indivíduo, o ciclo gravídico puerperal, em especial o período pós-parto, merece um olhar mais atento, visto que promove importantes modificações na vida da mulher, do parceiro e da família.⁽³⁾

A necessidade de se adaptar às demandas do bebê e ao papel parental pode interferir negativamente na intimidade do casal, assim como as alterações na imagem corporal e a figura dessexualizada da mulher, cultivada pela sociedade. Tais aspectos, acrescidos ao medo de sentir dor na relação e/ou de engravidar, podem acarretar dificuldades angustiantes e limitadoras na vivência prazerosa da sexualidade feminina.^(1,4)

As dificuldades no retorno da atividade sexual, que ocorre geralmente por volta da 6ª semana pós-parto e por incentivo do parceiro, são comuns na maioria das puérperas. O diagnóstico precoce das disfunções sexuais femininas, nesse período, vem sendo pouco discutido na literatura científica, apesar da repercussão direta na qualidade de vida e na saúde da mulher. A identificação precoce é de suma importância para a detecção de conflitos emocionais e relacionais, além dos devidos encaminhamentos.^(3,5-7)

A dispareunia aparece na maioria dos estudos publicados como uma das principais disfunções sexuais no puerpério, comprometendo o desejo, a satisfação sexual e a frequência das relações sexuais. Supostamente relacionada ao parto normal, pela presença de episiotomia e/ou lacerações, e a amamentação, a dispareunia não é a única disfunção sexual que acomete as mulheres nesse período tão importante de suas vidas, me-

recendo uma ampliação dos estudos acerca dessa temática.^(4,7,8)

Pesquisas revelam que a integralidade na assistência às mulheres é negligenciada, visto que a maioria das orientações da equipe de saúde, acerca da sexualidade no pós-parto, limitam-se ao período recomendável para o retorno das atividades sexuais, sem abordar os aspectos inerentes à qualidade destas e as estratégias para lidar com as alterações decorrentes do ciclo gravídico-puerperal.^(1,9,10)

Conhecer os aspectos epidemiológicos das disfunções sexuais pode contribuir para o direcionamento de ações no processo assistencial. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência e os fatores associados à disfunção sexual no período pós-parto.

Métodos

Estudo observacional com delineamento transversal realizado em um ambulatório de pediatria no Estado de Alagoas, Região Nordeste do Brasil. A população foi composta por mulheres com parceiro no período da coleta, que já tivessem retomado as relações sexuais e estivessem entre o terceiro e sexto mês pós-parto. Considerou-se como critério de exclusão: mulheres grávidas e/ou com alguma patologia que contraindicasse a prática sexual. O cálculo amostral considerou: proporção de 50% na população, precisão absoluta de 7% e nível de significância de 5%; a amostra final foi estabelecida em 200 puérperas.

A coleta dos dados foi realizada por uma das pesquisadoras, por meio de entrevista com as mulheres elegíveis em local privado, preservando-se a individualidade das mesmas.

Os dados coletados foram registrados em formulário específico, desenvolvido especialmente para o estudo; e as variáveis estudadas relacionavam-se aos dados de identificação, história obstétrica e vida sexual, incluindo disfunção sexual, antes e durante a gravidez, e após o parto.

O armazenamento dos dados foi realizado em planilha eletrônica de dados (*Microsoft Excel*® 2003), na qual cada linha correspondeu a um formulário de coleta de dados. Duas entradas foram realizadas,

de forma independente e cega. As discordâncias foram sanadas por meio de consulta ao formulário.

Quanto à análise estatística, para as variáveis qualitativas, foram utilizadas as frequências absolutas (n) e relativas (%). Para as variáveis quantitativas, foram utilizadas como medidas-resumo a média, a mediana e o desvio padrão (mínimo e máximo) para apontar a variabilidade. Nas comparações das categorias das variáveis qualitativas foram usados os testes qui-quadrado ou exato de Fisher, quando necessário. Para a comparação da média entre os dois grupos de interesse, o teste utilizado foi o *t* de Student. Todos os testes tiveram um nível de significância de 5%.

A análise de regressão logística foi utilizada para verificar quais características influenciaram conjuntamente na disfunção sexual. Para essa análise, foram inseridas, no modelo inicial, as variáveis que apresentaram nível de significância <0,10 nas comparações univariadas, entre pacientes com e sem disfunção sexual. Nessa análise, por meio do método de *Stepwise Forward*, não foram incluídas no modelo final as variáveis que, analisadas conjuntamente, apresentavam-se sem significância estatística. Dessa forma, das variáveis inicialmente inseridas no modelo, apenas entraram no modelo final aquelas com significância estatística ($p < 0,05$); as demais não fizeram parte do modelo. Para todos os testes, foi considerado um nível de significância de 5%.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Foram incluídas 200 mulheres com as seguintes características sociodemográficas: idade média de 24 anos, com, em média, 7,8 anos de estudo, e renda familiar de um ou mais salários mínimos. Dentre as puérperas, 184 (92%) residiam com seus respectivos parceiros, 172 (86%) trabalhavam apenas no lar, tendo em média 8,5 horas de trabalho por dia, e 101 (50,5%) eram católica. Habitavam, na casa, em média, 4,6 pessoas.

Quanto aos dados obstétricos, verificou-se que 44,5% das mulheres eram primíparas. A maioria 55,5% havia sido submetida ao parto vaginal e, destas, 33,5% se encontravam no 3º mês pós-parto, 21,5% no 4º mês, 20% no 5º e 20% no 6º mês pós-parto. O retorno às atividades sexuais aconteceu, geralmente, entre 6 e 7 semana pós-parto e, na maioria das vezes 70%, por iniciativa do parceiro.

A prevalência de disfunção sexual identificada antes da gestação foi de 33,5%, aumentando para 76,0% durante a gravidez, decaindo para 43,5% no período após o parto.

Os dados da tabela 1 mostram a distribuição dos tipos de disfunção sexual apresentados no período pós-parto pelas mulheres investigadas.

Tabela 1. Tipos de disfunção sexual identificadas no período pós-parto

Tipos de disfunção*	n(%)
Disfunção do desejo	25(12,5)
Disfunção na fase de excitação	16(8,0)
Dispareunia	57(28,5)
Disfunção orgásmica	21(10,5)
Vaginismo	32(16,0)

*Algumas mulheres apresentaram mais de uma disfunção; n=87

Os dados da tabela 2 mostram a análise de regressão logística quanto à interferência conjunta das variáveis em relação à presença de disfunção sexual no período pós-parto.

Tabela 2. Interferência das variáveis em relação à presença de disfunção sexual no período pós-parto (n=200)

Variáveis	Coefficiente	p-value	Odds ratio	Intervalo de confiança
Religião				
Nenhuma		0,027		
Católica	1,03	0,010	2,81	(1,28-6,16)
Evangélica	0,99	0,036	2,69	(1,06-6,82)
Parto				
Cesáreo		0,014		
Vaginal com sutura	1,11	0,004	3,04	(1,41-6,54)
Vaginal sem sutura	0,22	0,575	1,25	(0,57-2,73)
Dispareunia				
Durante a gravidez	0,94	0,004	2,57	(1,34-4,92)
Vaginismo		0,000		
Antes da gravidez	2,14	0,024	8,53	(2,60-28,00)
Carga de trabalho				
Acima de 8 horas/dia	0,11		1,12	(1,02-1,24)

IC – Intervalo de Confiança

Discussão

Sendo o estudo observacional com delineamento transversal, não foi possível estabelecer relações de causa e efeito, apresentando-se como limites dos resultados da pesquisa.

Reconhecer que as disfunções sexuais apresentam-se como problema de saúde pública, acometendo a maioria das mulheres no ciclo gravídico puerperal, principalmente no período gestacional, e que, no pós-parto, embora apresente melhora, é mantido um índice significativo de disfunções, é de suma importância para os profissionais de saúde. Assistir integralmente à mulher, significa estar atento à saúde sexual da mesma, exigindo dos profissionais de enfermagem a busca por conhecimento teórico e prático acerca das estratégias de abordagem que possibilitem o enfrentamento dessa realidade.^(1,3,4,11)

Resultados semelhantes foram identificados em estudo realizado com mulheres nos primeiros 3 meses após o parto, no qual identificou-se que 83% delas vivenciaram problemas sexuais, declinando para 64% aos 6 meses – embora não atingindo os níveis pré-gestacionais de 38%.⁽¹²⁾ Nesse sentido, é fato que os profissionais de saúde precisam estar atentos aos aspectos relacionados à sexualidade das mulheres/casais.

O exercício satisfatório da sexualidade, incluindo a atividade sexual, durante a gravidez e após o parto, é uma preocupação não só da mulher, mas presente entre os casais, reforçando a necessidade do acolhimento das dificuldades pelos especialistas, principais agentes na promoção da saúde sexual, por meio de esclarecimentos acerca das flutuações normais que ocorrem na gravidez e após o parto, com relação à função e ao interesse sexuais.^(4,6,13)

Nesse sentido, apesar das disfunções sexuais serem bem conhecidas, elas não são diagnosticadas, em razão da inibição da mulher, que não apresenta a queixa, ou do médico, que se constrange em investigar. O diagnóstico é relevante, uma vez que esse problema interfere na qualidade de vida, além de estar associado às questões de saúde em geral. Estudos mostram que, embora muitos casais apresentem dificuldades sexuais, especialmente, após o nascimento do primeiro filho, poucos são aqueles que, de fato, procuram ajuda especializada.^(1,3,4,14)

Quanto aos tipos de disfunções sexuais identificadas no presente estudo, foram reconhecidas, com maior frequência, a dispareunia, seguida do vaginismo, disfunção do desejo, disfunção orgásmica e, por último, a disfunção na fase de excitação. Os fatores associados a essas disfunções foram: a mulher pertencer à religião católica ou evangélica; ter uma carga de trabalho além de 8 horas/diárias; o parto ter sido vaginal com sutura; a presença de dispareunia durante a gravidez; e a presença de vaginismo antes da gravidez.

O fato das mulheres de religião católica e evangélica apresentarem um risco quase três vezes maior para disfunção sexual do que aquelas sem religião convida a refletir acerca da manutenção do ideal secularmente cultuado da mulher/mãe imaculada e submissa como aquela que se dedica integralmente a seu filho, não devendo ou podendo vivenciar os prazeres advindos da atividade sexual.^(13,15)

Buscando conciliar a função materna às outras que desempenham na sociedade, como, por exemplo, a de trabalhadora, algumas mulheres acabam por colocar suas necessidades em último plano, ficando sem tempo, disposição e condições físicas e/ou emocionais para o exercício satisfatório de sua sexualidade.^(13,15) Os resultados confirmam tal fato ao destacarem que uma carga horária de trabalho além de 8 horas/diárias, potencializada em 12% a cada uma hora a mais na jornada de trabalho diária, contribui para a presença de disfunção sexual feminina.

Os resultados destacam ainda, como fator associado ao desenvolvimento de disfunção no puerpério, o tipo de parto, sendo que o vaginal com sutura representou um risco três vezes maior para disfunção sexual, quando comparado ao parto cesariana. Estudo realizado em 2010, ao comparar as mulheres com períneo íntegro, após o parto, àquelas submetidas à episiotomia ou às que sofreram lacerações de segundo grau do períneo, revela que estas apresentaram queixas de níveis menores de libido, orgasmo, satisfação sexual e dor durante a relação sexual.⁽¹¹⁾

No entanto, como mencionado, a literatura não é conclusiva na indicação do parto cesáreo como prática de proteção à função sexual feminina e promoção do retorno precoce das atividades sexuais

nesse período; ao contrário, os estudos divergem entre si acerca dos resultados publicados.^(4,5,12)

O desconhecimento do próprio corpo, bem como das modificações corporais e emocionais, características da gestação, pode incrementar o desenvolvimento de disfunção sexual em algumas mulheres e/ou casais.^(9,13) A elevada prevalência de disfunção sexual no ciclo gravídico puerperal, em especial da dispareunia, encontrada neste estudo e reforçada pela literatura, parece estar justificada por essas condições, além de outros fatores, como trauma perineal, cansaço, desconforto físico, medo de infecção, dor nas mamas, comprometimento da autoimagem e imagem corporal, e depressão.^(1,3,4,11)

A compreensão da associação do fator primiparidade com as disfunções sexuais femininas parece estar tanto na religião quanto na familiaridade dessas mulheres, no que diz respeito à sua corporalidade, aos seus direitos e seus deveres nas funções que exercem na sociedade. A educação baseada em preceitos tradicionais, velados, de uma sociedade machista, principalmente no que se refere à educação e à saúde sexual feminina, também parece estar presente nessa associação.⁽¹³⁾

A maioria das puérperas investigadas relacionam a dispareunia aos aspectos locais da genitália, como sutura, ressecamento vaginal, inflamação ou infecção. Estudos confirmam tais achados ao reiterarem que o trauma perineal, com ou sem sutura, a episiotomia e/ou o fórceps são fatores associados à lubrificação insuficiente e/ou dispareunia persistente no pós-parto.^(1,4,7,16)

O vaginismo correspondeu à segunda causa de disfunção sexual. Quando presente antes da gravidez, ele representou um risco de 8,5 vezes maior para a disfunção sexual no pós-parto. Entre as puérperas investigadas, as causas referidas para essa disfunção foram as mesmas da dispareunia, reforçando a hipótese, anteriormente citada, do pouco conhecimento das mesmas em relação ao próprio corpo e às suas manifestações, ao confundir dor e dificuldade ou impossibilidade inconsciente ao coito.^(7,15)

A deficiência ou a ausência de fantasias sexuais e de desejo de ter atividade sexual, definida como disfunção do desejo, representou a terceira disfunção sexual de maior prevalência na população estudada,

fato que pode estar relacionado à alteração na autoimagem e à maternidade.^(7,15,16) Estudos revelam que metade das mulheres experimenta alteração em sua libido no primeiro trimestre, com importante piora no último trimestre, podendo chegar a 90% de prevalência.^(1,3,4,6)

Na presente pesquisa, as causas mais frequentes referidas pelas mulheres para diminuição do desejo foram o estresse, o cansaço e a presença de dor na relação sexual. Resultado semelhante foi identificado em outro estudo, na qual o cansaço e a fadiga, além da dispareunia, depressão e amamentação, contribuíram para a redução do desejo sexual.^(1,3,4,15)

A disfunção orgásmica esteve presente em 10,5% das mulheres pesquisadas. Frequência bem maior, no mesmo período, foi identificada em outro estudo, com 41% nas primeiras 6 semanas, decrescendo para 27% aos 3 meses e 15% aos 6 meses, após o parto.⁽⁶⁾

Pesquisa realizada durante a gravidez e após o nascimento foi conduzida em mulheres inglesas e núbiparas. No 3º trimestre da gravidez, 67% delas relataram ausência de orgasmo nas relações sexuais. Já no pós-parto, esses percentuais foram menores, variando de 61%, 40% e 39% no período entre a 6ª, 12ª e a 24ª semana, respectivamente. A função orgásmica foi relatada pela maioria das mulheres em 12 semanas pós-parto, sendo semelhante ao período antes da gravidez.⁽¹⁷⁾

Em relação à alteração na fase de excitação, a disfunção esteve em um menor número de mulheres (8%). A dor foi uma das causas mais citadas para o desenvolvimento do déficit ou da ausência de lubrificação na relação sexual, muito provavelmente fundada no sentimento de não poder estar inteira na relação, dividindo-se entre os papéis de mulher, mãe e esposa.^(15,16)

Estudos vêm ao encontro da hipótese acima ao desvelarem a redução nos índices dessa disfunção, à medida que o tempo de pós-parto aumenta, ou seja, que a mulher se adapta à maternidade e às exigências da nova situação. Dentre esses índices, pode-se citar a falta de lubrificação presente em 51% das mulheres nas primeiras 6 semanas pós-parto, decrescendo para 29% e 13% no 3º e 6º meses pós-parto, respectivamente.^(4,17)

O fato de as mulheres de religião católica e evangélica apresentarem um risco quase três vezes maior para disfunção sexual do que aquelas sem religião convida a refletir acerca da manutenção das funções castradora e repressora da religião, perpetuando o ideal secularmente cultuado de mulher/mãe imaculada e submissa, como aquela que se dedica integralmente a seu filho, não devendo ou podendo sentir e desfrutar livremente do prazer sexual e erótico.⁽¹⁵⁾

Buscando conciliar a função materna às outras funções que desempenham na sociedade, como, por exemplo, a de trabalhadora, algumas mulheres acabam por colocar suas necessidades em último plano, ficando sem tempo, disposição e condições físicas e/ou emocionais para o exercício satisfatório de sua sexualidade.⁽¹⁵⁾

Os resultados confirmam tal fato ao destacarem a carga horária de trabalho além de 8 horas/diárias como fator associado à presença de disfunção sexual feminina, sendo potencializada em 12% a cada 1 hora acrescida na jornada de trabalho diária.

Embora frequentes, as disfunções sexuais, especialmente no pós-parto, podem passar despercebidas se os profissionais de saúde não estiverem atentos e não investigarem os tipos bem como os fatores associados a sua presença. É importante que haja integralidade na assistência à mulher, seja qual for a fase de vida em que ela se encontra.

Os problemas e dificuldades podem ser minimizados com orientações adequadas às mulheres e incentivo à presença de seus respectivos parceiros nos momentos de atendimento, o que fortalecerá uma melhor investigação e compreensão da dimensão sexual feminina.

Conclusão

A prevalência das disfunções sexuais foi elevada e os fatores associados foram: religião, jornada de trabalho, história prévia de disfunção e tipo de parto.

Colaborações

Holanda JBL; Abuchaim ESV; Coca KP e Abrão ACFV declaram que contribuíram com a concep-

ção do projeto, análise e interpretação dos dados; elaboração do artigo, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Badalotti M. [Sexuality and the postpartum period: a literature review]. *Rev HCPA*. 2012; 32(4):473-9. Portuguese.
2. Prado DS, Mota VP, Lima TI. [Prevalence of sexual dysfunction in two women groups of different socioeconomic status]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(3):139-43. Portuguese.
3. Acele EO, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J Clin Nurs*. 2012; 21(7-8):929-37.
4. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol*. 2012; 119(3):647-55.
5. Klein K, Worda C, Leibold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *J Womens Health (Larchmt)*. 2009; 18(8):1227-31.
6. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009; 145(2):133-7.
7. Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54(2):98-103.
8. Kennedy CM, Turcea AM, Bradley CS. Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium. *Int J of Gynecol Obstet*. 2009; 105(1):236-9.
9. Pancholy AB, Goldenhar L, Fellner AN, Crisp C, Kleeman S, Pauls R. Resident education and training in female sexuality: results of a national survey. *J Sex Med*. 2011; 8(2):361-6.
10. Shindel AW, Ando KA, Nelson CJ, Breyer BN, Lue TF, Smith JF. Medical student sexuality: how sexual experience and sexuality training impact U.S. and Canadian medical students comfort in dealing with patient's sexuality in clinical practice. *Acad Med*. 2010; 85(8):1321-30.
11. Ribeiro MC, Nakamura MU, Abdo CHN, Torloni MR, Scanavino MT, et al. [Pregnancy and Gestational Diabetes: a prejudicial combination to female sexual function?] *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33(5):219-24. Portuguese.
12. Belentani LM, Marcon SS, Peloso SM. [Sexuality patterns of mothers with high-risk infants]. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(1):107-13. Portuguese.
13. Salim NR, Gualda DM. Sexuality in the puerperium: the experience of a group of women. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):888-95.
14. Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med*. 2008; 5:1915-22.
15. Abuchaim ES, Silva IA. Vivenciando a amamentação e a sexualidade na maternidade: "Dividindo-se entre ser mãe e mulher". *Ciência Cuidado e Saúde*. 2006; 5(2):220-8.
16. Ejegård H, Ryding EL, Sjögren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest*. 2008; 66(2):1-7.
17. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2005; 16(1):263-7.