



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE FISIOTERAPIA**

FRANCINE PREIS

**SATISFAÇÃO SEXUAL DE GESTANTES QUE REALIZAM PRÉ-NATAL NAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ**

ARARANGUÁ/SC

2017

FRANCINE PREIS

(e-mail: fran-95@hotmail.com)

**SATISFAÇÃO SEXUAL DE GESTANTES QUE REALIZAM PRÉ-NATAL NAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ**

**Sexual Satisfaction of Pregnant Women Performing Prenatal Care in Basic Health Units
of the County of Araranguá**

Artigo científico apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Dra. Janeisa Franck Virtuoso

ARARANGUÁ/SC

2017

RESUMO

Introdução: No ciclo gravídico há uma prevalência de 73% de sintomas de disfunção sexual. Diante da crescente sensibilidade de alguns profissionais de saúde quanto à sexualidade feminina, sobretudo, a alta prevalência das disfunções sexuais e poucos estudos que avaliam a satisfação sexual em mulheres grávidas, são importantes fatores que concorrem para a importância do tema do estudo. **Objetivo:** Analisar a satisfação sexual das gestantes que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Araranguá. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, cujos instrumentos aplicados determinaram as gestantes elegíveis, analisaram a satisfação sexual (GRISS), identificaram os fatores que pudessem estar levando à insatisfação e os fatores associados ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico. Foi utilizado estatística inferencial, com nível de significância de 5%. **Resultados:** A amostra deste estudo foi composta por 67 mulheres com média de idade de 26,28 anos (DP= ±6,04) e idade gestacional de 25,82 semanas (DP= ±10,51). Quanto aos dados sociodemográficos, a maioria era casada (70,1%), recebia renda familiar entre dois e três salários mínimos (65,7%) e apresentava ensino médio completo (59,7%). Embora a maioria estivesse satisfeita com a prática de sexo durante esse período (98,5%), o medo foi o principal motivo para não praticar sexo durante a gestação. **Conclusão:** Conclui-se que as gestantes que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde são satisfeitas sexualmente.

Palavras chaves: Sexualidade, satisfação sexual e gravidez.

ABSTRACT

Introduction: In the pregnancy cycle there is a prevalence of 73% of symptoms of sexual dysfunction. Given the increasing sensitivity of some health professionals to female sexuality, especially the high prevalence of sexual dysfunction and few studies evaluating sexual satisfaction in pregnant women, are important factors that contribute to the importance of the study theme. **Objective:** The objective of the study is to analyze sexual satisfaction in pregnant women who perform prenatal care in the Basic Health Units of the County of Araranguá. **Methodology:** This's a cross-sectional study, whose applied instruments determined eligible pregnant women, analyzed sexual satisfaction (GRISS), identified factors that might be leading to dissatisfaction and factors associated with weakening pelvic floor muscles. Inferential statistics were used, with a significance level of 5%. **Results:** The sample of this study consisted of 67 women with mean age of 26.28 years ($SD = \pm 6.04$) and gestational age of 25.82 weeks ($SD = \pm 10.51$). Concerning the sociodemographic data, the majority were married (70.1%), received family income between two and three minimum wages (65.7%) and had a high school education (59.7%). Although most were satisfied with the practice of sex during this period (98.5%), fear was the main reason for not having sex during pregnancy (44,4%). **Conclusion:** It's concluded that pregnant women who perform prenatal care in the Basic Health Units are sexually satisfied.

Key-words: Sexuality, sexual satisfaction and pregnancy.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), a sexualidade constitui um aspecto fundamental do ser humano, envolvendo as identidades de gênero, sexo, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Dar importância à sexualidade é realista, porque o problema sexual pode ter vários efeitos sobre outros aspectos da vida pessoal e social (LOWENSTEIN et al., 2013). Nesse contexto observa-se a importância de conhecer a satisfação sexual de diferentes populações, já que no ciclo gravídico-puerperal, a vivência da sexualidade é influenciada pelas modificações anatômicas, fisiológicas ou psicológicas (ARTILES et al., 2006). Leite *et al.* (2009) afirmam que em torno de 86% a 100% de todos os casais são sexualmente ativos durante a gravidez e no estudo de Aydın *et al.* (2015) a taxa de disfunção sexual em mulheres grávidas foi significativamente maior do que aquelas não grávidas (91,08% vs. 67,61%).

Durante o período gestacional a função sexual passa por mudanças (AFRAKOTI, SHAHHOSSEINI, 2016), a mulher fica emocionalmente lábil e ainda mais ávida por carinho, apoio e compreensão (PRADO, 2013). 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. Leite *et al.* (2009) observaram uma prevalência de 73% de sintomas de disfunção sexual durante a gestação e Wallwiener *et al.* (2017) verificaram que a frequência de inatividade sexual foi de 24% no terceiro trimestre da gestação.

A crescente sensibilidade de alguns profissionais de saúde quanto à sexualidade feminina, sobretudo, a alta prevalência das disfunções sexuais e poucos estudos que avaliam a satisfação sexual em mulheres grávidas, são importantes fatores que concorrem para a importância do tema. Sabe-se que a função sexual é diminuída nas gestantes, porém a compreensão dos fatores que levam a essa diminuição ainda não está suficientemente estabelecida. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi analisar a satisfação sexual das gestantes que realizam pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal cuja população foi constituída por gestantes que realizavam consulta pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde, as quais foram convidadas à participar da pesquisa assinando um termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra foi recrutada no município de Araranguá e foram incluídas gestantes, independentemente da idade gestacional, primíparas e múltíparas, que estavam realizando o acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde. Foram excluídas gestantes que possuísem sintomas autorrelatados de infecção do trato urinário e gestação considerada de alto risco, como por exemplo diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial gestacional, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, ruptura prematura de membranas e gestação múltipla.

Foi aplicado um instrumento para rastreamento a fim de determinar as gestantes elegíveis à pesquisa, coletando as variáveis relacionadas aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. O instrumento utilizado para avaliação da satisfação sexual foi o Inventário de Satisfação Sexual Golombok-Rust (GRISS). Este instrumento validado foi elaborado por Golombok e Rust (1986) e é composto por 28 questões de auto resposta que avaliam a resposta sexual e o relacionamento com o parceiro, englobando sete domínios: frequência das relações, comunicação, satisfação, evitação, expressão da sensualidade, vaginismo/dispareunia e anorgasmia. Cada questão recebia uma pontuação de 0 a 4, onde 0 correspondia a “Nunca”, 1 a “Quase Nunca”, 2 a “Ocasionalmente”, 3 a “Geralmente” e 4 a “Sempre”. Quanto maior a pontuação, tanto para os domínios quanto para o escore total, maior a insatisfação sexual. Embora o inventário tenha sido desenvolvido para auto resposta, ele foi aplicado em forma de entrevista para não excluir do estudo gestantes não alfabetizadas.

Para identificar os motivos de insatisfação ou não realização do ato sexual durante o período gestacional, foi aplicado um instrumento tendo como base dados encontrados na literatura. As variáveis coletadas, em forma de questionamento, foram: dados pessoais da gestante (nome, idade, escolaridade e estado civil), idade gestacional em semanas, planejamento da gravidez, realização de atividade sexual com penetração durante a gestação, se o parceiro as procuravam, se elas sentiam vontade de praticar o ato sexual, se elas tomavam a iniciativa e se sentiam-se satisfeitas sexualmente. Também foi avaliado a frequência semanal com que praticavam o ato sexual na gestação e a frequência com que praticavam no período antes do gestacional, se elas possuíam alguma dúvida quanto à prática do ato sexual neste período e se elas receberam informações do médico ou outro profissional da saúde quanto à esse assunto. Por fim, foi aplicado um instrumento baseado em fatores amplamente

discutidos na literatura, de identificação de fatores associados ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico que pudessem influenciar na satisfação sexual. O instrumento foi dividido em sete subgrupos, sendo estes: fatores socioeconômicos, fatores hereditários, fatores ginecológicos, fatores obstétricos, fatores clínicos, fatores comportamentais e fatores antropométricos.

A aplicação dos quatro instrumentos foi realizada nos dias em que aconteciam as consultas obstétricas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Araranguá, em forma de entrevista individual, antes ou após a consulta com o médico (a), nos períodos entre junho a agosto de 2017, com duração em média de 20 minutos cada. Esta pesquisa foi fundamentada nos princípios éticos, com base na Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CEP: 70750-521).

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no programa Microsoft Excel® e cada participante foi cadastrada segundo um número codificador. A análise estatística foi realizada no pacote estatístico SPSS – Statistical Package for Social Sciences (versão 17.0). Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente por meio de frequência simples e porcentagens (variáveis categóricas) e medidas de posição e dispersão (variáveis numéricas). Para associação entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste de Qui Quadrado χ^2 ou exato de Fisher, quando necessário. A comparação entre os dois grupos, com variáveis numéricas, foi realizada por meio do teste t para amostras independentes ou teste de Mann-Whitney, conforme a distribuição dos dados. A comparação entre proporções foi realizada no Software MedCalc®. Para verificar a relação entre variáveis numéricas foi utilizado correlação de Pearson ou Spearman, conforme distribuição de dados. Foi adotado um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 67 mulheres com média de idade de 26,28 anos (DP= $\pm 6,04$) e idade gestacional de 25,82 semanas (DP= $\pm 10,51$). Quanto aos dados sociodemográficos, a maioria era casada (70,1%), recebia renda familiar entre dois e três salários mínimos (65,7%) e apresentava ensino médio completo (59,7%).

Entre as mulheres entrevistadas, 98,5% afirmaram ser satisfeitas sexualmente e não foi observada correlação entre a satisfação sexual e a idade gestacional ($\rho = -0,45$; $p = 0,716$). Com relação ao Inventário de Satisfação Sexual (GRISS), que avalia os domínios de infrequência sexual, falha na comunicação, insatisfação, evitação, falta de expressão, vaginismo e anorgasmia, obtiveram um escore de $49,4 \pm 8,31$ pontos, indicando satisfação sexual. O domínio que apresentou menor escore foi o de evitação sexual ($1,68 \pm 2,99$) e o maior escore foi o de anorgasmia ($7,95 \pm 1,98$). Os valores para cada domínio podem ser observados na Figura 1.

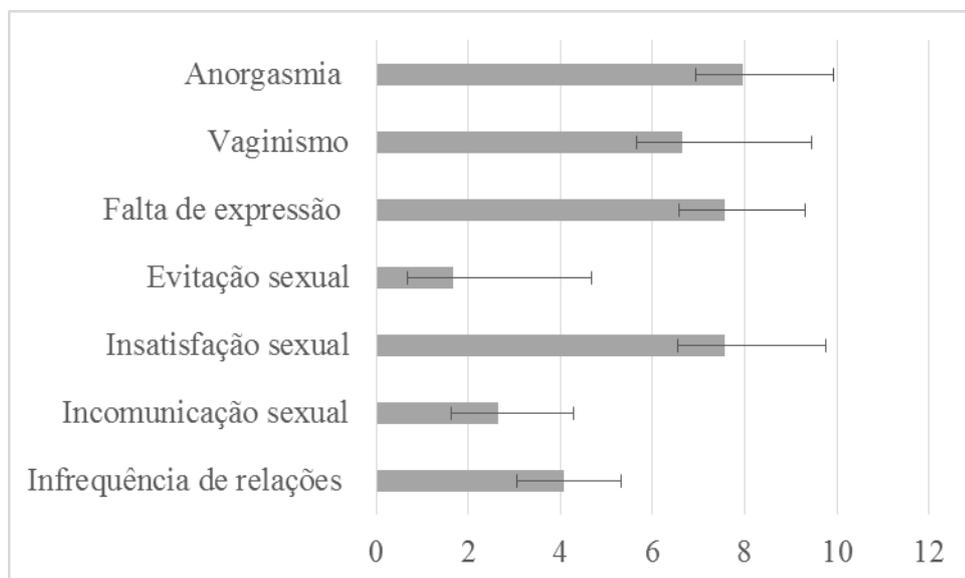


Figura 1 – média e desvio padrão dos domínios apresentados pelo Inventário de Satisfação Sexual (GRISS).

Na identificação dos fatores associados à satisfação sexual, a maioria das mulheres afirmaram não ter planejado a gravidez (52,2%), manter a relação sexual com penetração durante a gestação (86,6%) e sentir vontade de praticar o ato sexual (80,6%). No entanto, o principal fator que levou à não prática de sexo durante a gestação foi o medo (44,4%). As

variáveis que as levaram a não sentirem vontade de ter relação sexual podem ser observadas na Figura 2.

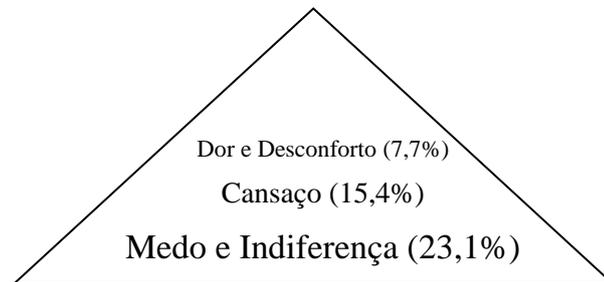


Figura 2 – Fatores que fizeram com que as gestantes não sentissem vontade de praticar o ato sexual: medo e indiferença, cansaço e dor e desconforto.

Dentre as entrevistadas, 88,1% relataram dúvidas quanto à prática de sexo durante a gestação sendo que machucar o bebê foi a principal delas (62,5%) e 70,1% relataram ter recebido informações do ginecologista (60%) sobre esse assunto.

O escore da satisfação sexual também foi correlacionado com alguns fatores orgânicos que podem estar associados as disfunções dos músculos do assoalho pélvico. Observou-se que idade ($\rho = -0,021$; $p = 0,866$) e número de gestações ($\rho = 0,209$; $p = 0,090$) não apresentaram relação com a satisfação. No entanto, conforme observa-se na Figura 3, quanto maior o Índice de Massa Corporal (IMC) das gestantes, maior a insatisfação sexual. No entanto, não houve correlação ($\rho = 0,292$; $p = 0,017$), de modo que apenas 8,5% da variação da satisfação sexual pôde ser creditada à variação do IMC.

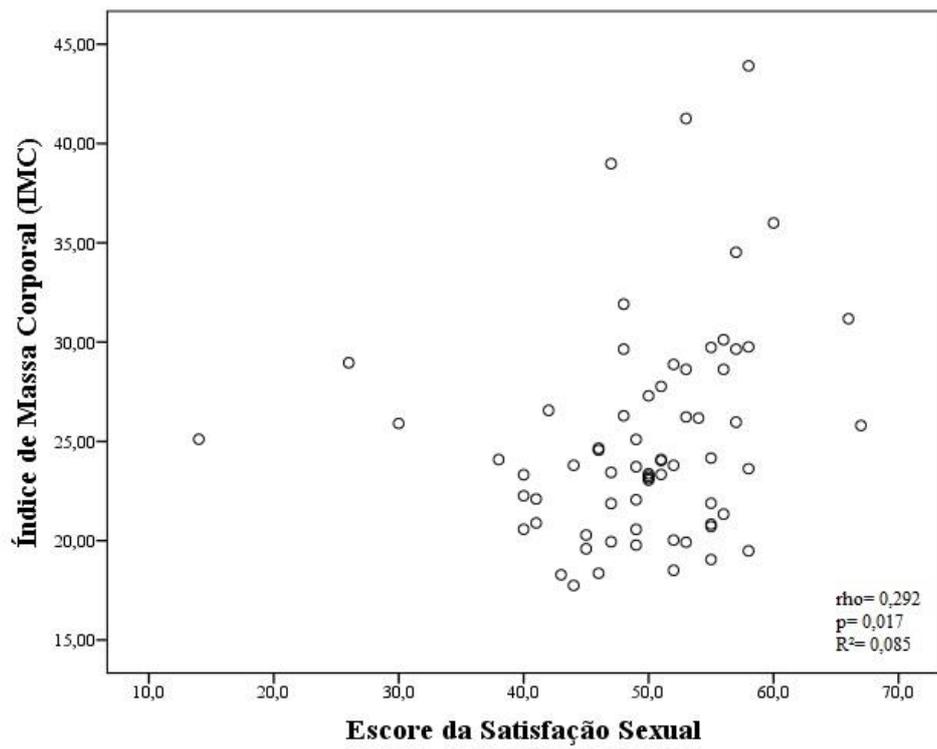


Figura 3 – Correlação entre o escore da satisfação sexual e o Índice de Massa Corporal das gestantes (IMC).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontam que, embora a maioria estivesse satisfeita com a prática de sexo durante esse período (98,5%), o medo foi o principal motivo para não praticar sexo durante a gestação (44,4%). Com relação ao Inventário de Satisfação Sexual (GRISS), o domínio menos prejudicado foi o de evitação sexual ($1,68 \pm 2,99$) e o mais prejudicado foi o de anorgasmia ($7,95 \pm 1,98$). Além disso, quanto maior o Índice de Massa Corporal das gestantes, maior a insatisfação sexual delas ($\rho = 0,292$; $p = 0,017$).

Bitzer e Alder (2015) compreendem que durante a gravidez, uma mulher é confrontada com um grande espectro de emoções e pensamentos. A alegria e o orgulho de estar grávida e ser capaz de obter uma criança são contrariados pela ansiedade e pelo medo sobre as necessidades e responsabilidades futuras. Visto que a gestação ocasiona modificações nas concepções e simbologias de cada indivíduo, inclusive nas sexuais, Rocha *et al.* (2014) obtiveram um gradual declínio no decorrer da gravidez ao questionarem sobre a satisfação sexual de 25 gestantes baseado no Questionário de Sexualidade na Gestação (QSGx). No entanto, ao analisarem individualmente os questionários, perceberam que algumas mulheres consideravam-se totalmente satisfeitas sexualmente, semelhante ao presente estudo, no qual embora a maioria das gestantes tenha afirmado ser satisfeita sexualmente, a coleta das informações por meio de entrevista pode ter gerado algum tipo de constrangimento pois trata-se de um assunto muito íntimo.

No estudo de Ferreira *et al.* (2012), composto por 51 gestantes, cerca de um terço assinalaram que estavam satisfeitas com a vida sexual (35,3%), enquanto 15,7% estavam muito satisfeitas, corroborando o presente estudo. Já Monteiro *et al.* (2016), concluíram em seu estudo com 225 gestantes, que a gravidez pode ser um fator causal importante de disfunção sexual, pois demonstra a satisfação como um dos domínios do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) mais afetados (2,71). Além disso, não encontraram uma diferença significativa na taxa de disfunção sexual comparada com os trimestres gestacionais, indo de encontro com a correlação feita entre a satisfação sexual e idade gestacional ($\rho = -0,45$; $p = 0,716$) nesse estudo.

Em um estudo realizado com 150 mulheres durante a sua 20^a e 37^a semana de gravidez, foi encontrada uma alta prevalência de insatisfação sexual (3,76%) por meio do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI), embora, 42,7% das mulheres entrevistadas estivessem satisfeitas (NIK-AZIN *et al.*, 2013). O mesmo estudo também revelou uma

correlação significativa entre satisfação sexual com a saúde ambiental englobando a percepção da pessoa no ambiente físico, recursos financeiros, liberdade, segurança física e ambiente doméstico (NIK-AZIN *et al.*, 2013). Assim como fatores de ordem emocional e social podem estar influenciando a satisfação sexual das gestantes do presente estudo.

Segundo o estudo de Torkestani *et al.* (2012), com 155 mulheres recrutadas, a razão mais prevalente para a diminuição da frequência de relações sexuais durante a gravidez foi o medo do aborto (39,45%). Conforme foi encontrado no presente estudo, o medo (44,4%) também foi o principal motivo que leva as gestantes a não praticarem o ato sexual, refletindo na queda da frequência sexual. Küçükdurmaz *et al.* (2016) também encontraram, entre 207 gestantes entrevistadas, o medo como a preocupação mais comum (35%) sobre o relacionamento sexual.

De acordo com esse estudo, 86,6% das gestantes mantêm relação sexual com penetração mesmo apresentando um declínio na frequência. Hyde *et al.* (2013) encontraram em seu estudo, realizado com 570 mulheres, que a frequência sexual caiu para 5 vezes por mês durante a gravidez e que as mulheres continuaram satisfeitas sexualmente. Assim como, Ninivaggio *et al.* (2016) também encontraram que a atividade diminuiu à medida que a gravidez progrediu, embora a maioria das mulheres relatou permanecerem ativas sexualmente, corroborando com o presente estudo. De acordo com uma revisão realizada em 2014 por Leeman *et al.*, sobre função sexual feminina, essa diminuição foi atribuída a um declínio no desejo, um aumento no desconforto físico, mudanças na imagem do corpo, e preocupação em prejudicar o feto ou a gravidez.

Segundo Ribeiro *et al.* (2014), as mulheres grávidas obesas também enfrentam dificuldades emocionais devido à baixa autoestima e imagem corporal, podendo afetar sua função sexual. Sacomori e Cardoso (2012) trazem como um fator adicional mecânico, pois as mulheres com um tamanho corporal maior podem ter mais dificuldades em encontrar posições adequadas e confortáveis para relações sexuais com o avanço da gravidez. Ribeiro *et al.* (2016) encontraram, em um total de 223 gestantes, uma proporção global de mulheres em risco de disfunção sexual (FSFI ≤ 26) significativamente maior entre o excesso de peso (67/105 = 64%) do que o peso normal das mulheres (56/118 = 48). Isso corrobora a correlação feita entre o escore da satisfação sexual e o Índice de Massa Corporal das gestantes do presente estudo, a qual indica que quanto maior o Índice de Massa Corporal (IMC) delas, maior a insatisfação sexual ($\rho = 0,292$; $p = 0,017$).

Sabe-se que existe a necessidade de uma mudança na frequência de discussões com as mulheres sobre a atividade sexual durante a gravidez, bem como com os seus parceiros.

Ninivaggio *et al.* (2016) destacam a importância do tema sexualidade e função sexual durante a gravidez, dando ênfase à necessidade de os prestadores de cuidados de saúde atenderem melhor estes problemas com as gestantes, para que elas pratiquem sua função sexual juntamente com seus parceiros de forma sadia. Outra maneira possível de melhorar esse aspecto, proposta por Ribeiro *et al.* (2014), é oferecer sessões de educação sexual para mulheres grávidas e casais, uma intervenção que mostrou ser efetiva na melhoria da função sexual feminina durante a gravidez. Lara *et al.* (2017) sugerem que o uso de protocolos pode facilitar a discussão de questões sexuais em configurações ginecológicas, e tem o potencial de fornecer uma abordagem efetiva para os aspectos complexos da disfunção sexual em mulheres.

Embora o tema proposto no presente estudo seja de grande importância pois se trata da saúde sexual feminina, existem poucos achados que abordem a satisfação sexual no período gestacional. Este estudo apresenta algumas limitações, tais como a coleta de dados ter sido feita em forma de entrevista, o que pode ter gerado algum tipo de constrangimento pois trata-se de um assunto muito íntimo e, não ter sido separado as gestantes por trimestre gestacional, de modo que as respostas de uma mulher no início da gestação podem ter variado muito com relação às respostas de uma mulher no fim da gravidez. E, apesar desse tema ainda ser tratado como um tabu por muitas pessoas, é necessário que as mulheres saibam dos mitos e verdades que surgem quando se trata de sexo durante a gestação. Os profissionais da saúde devem estar preparados para abordar esse tema com essas mulheres, para que elas continuem exercendo sua função sexual e evitem disfunções sexuais nesse período.

CONCLUSÃO

A maioria das gestantes entrevistadas afirmou ser satisfeita sexualmente, apesar do medo se mostrar como o principal motivo para elas não praticarem sexo durante a gestação, bem como reduzirem a frequência comparado ao período pré-gravídico. Outros fatores de ordem emocional e social dificultaram o entendimento de fatores associados à essa satisfação. Estudos que avaliem a questão da sexualidade e da função sexual também no período pré-gravídico, para que possa ser analisado se a gravidez interfere nesse tema devem ser incentivados. Bem como, acompanhar mulheres ao longo da gestação, observando as mudanças trimestrais e, desenvolver propostas fisioterapêuticas que possam ser abordadas diante dessa temática.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2012) WHO, Defining sexual health. Genebra.
2. LOWENSTEIN, L.; MUSTAFA, S.; BURKE, Y. Pregnancy and normal sexual function. Are they compatible? *The Journal of Sexual Medicine*. 2013, 10(3): 621-622.
3. ARTILES, P. V.; GUTIÉRREZ, S. M. D.; SANFÉLIX, G. J. Función sexual femenina y factores relacionados. *Aten Primaria*. 2006; 38(6):339-44.
4. LEITE, A. P.; CAMPOS, A. A.; DIAS, A. R.; AMED, A. M.; DE SOUZA, E.; CAMANO, L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(5):563-8.
5. AYDIN, M.; CAYONU, N.; KADIHASANOGLU, M.; IRKILATA, L.; ATILLA, M. K.; KENDIRCI, M. Comparison of sexual functions in pregnant and nonpregnant women. *Urol J*. 2015;12(5):2339–2344.
6. AFRAKOTI, N. B.; SHAHHOSSEINI, Z. Bio-Psycho-Social Factors Affecting Women's Sexual Function during Pregnancy: A Narrative Review. *Global Journal Of Health Science*. Mazandaran, 2016, 128-132.
7. PRADO, D. S.; LIMA, R. V.; LIMA, L. M. M. R. Impacto da gestação na função sexual feminina. Aracaju, 2013.
8. WALLWIENER, S. et al. Atividade sexual e disfunção sexual de mulheres no período perinatal: estudo longitudinal. *Gynecology And Obstetrics*, Berlim. 2017, 295(4):873-883.
9. GOLOMBOK, S.; RUST, J. *The Golombok and Rust inventory of sexual satisfaction*. London: NFER-Nelson; 1986.
10. BITZER, J.; ALDER, J. Sexuality During Pregnancy and the Postpartum Period, *Journal of Sex Education and Therapy*, 2015; 25(1):49-58.

11. ROCHA, M. G. F. *et. Al.* Viver a Sexualidade Feminina no Ciclo Gravídico. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2014, 18(3):209-218.
12. FERREIRA, D. Q.; NAKAMURA, M. U.; SOUZA, E.; NETO, C. M.; RIBEIRO, M. C.; SANTANA, T. G. M.; ABDO, C. H. N. Função sexual e qualidade de vida em gestantes de baixo risco, 2012.
13. MONTEIRO, M. N.; LUCENA, E. E. S.; CABRAL, P. U.; FILHO, J. Q.; QUEIROZ, J.; GONÇALVES, A. K. Prevalence of Sexual Dysfunction among Expectant Women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016, 38:559–563.
14. NIK-AZIN, A.; MOHAMMAD, R. N.; ZAMANI, M.; BAVOJDAN, M. R.; MOTLAGH, M. J. Evaluation of Sexual Function, Quality of Life, and Mental and Physical Health in Pregnant Women. *Journal of Family and Reproductive Health*, 2013, 7(4).
15. TORKESTANI, F.; HADAVAND, S. KHODASHENASE, Z.; BESHARAT, S.; DAVATI, A.; KARIMI, Z.; ZAFARGHANDI, N. Frequency and Perception of Sexual Activity during Pregnancy in Iranian Couples. *International Journal of Fertility and Sterility*. 2012, 6(2):107-110.
16. KÜÇÜKDURMAZ, F.; EFE1, E.; MALKOÇ, O.; KOLUS, E., AMASYALI, A. S.; RESIM, S. Prevalence and correlates of female sexual dysfunction among Turkish pregnant women. *Turk J Urol*. 2016, 42(3):178-83.
17. HYDE, J. S.; DELAMATER, J.; PLANT, A.; BYRD, J. M. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *Journal of Sex Research*. 2013, 33(2):143-151.
18. NINIVAGGIO, C.; ROGERS1, R. G.; LEEMAN, L.; MIGLIACCIO1, L.; TEAF1, D.; QUALLS, C. Sexual function changes during pregnancy. *Int Urogynecol J*. 2016, 28(6):923-929.
19. LEEMAN, L. M.; ROGERS, R. G.; BORDERS, N.; *et Al.* Contribution of the second stage of labour to pelvic floor dysfunction: a prospective cohort comparison of nulliparous women. *BJOG*. 2014, 121(9):1145–1153.

20. RIBEIRO, M. C.; NAKAMURA, M. U.; TORLONI, M. R.; SCANAVINO, M. T.; SCOMPARINI, F. B.; MATTAR, R. Female sexual function of overweight women with gestational diabetes mellitus – a cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2014, 9:95094.
21. SACOMORI, C.; CARDOSO, F. L. Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among brazilian women: a retrospective study. *J Sex Marital Ther*. 2012;36:124–36.
22. RIBEIRO, M. C.; NAKAMURA, M. U.; TORLONI, M. R.; SCANAVINO, MT. T.; MANCINI, P. E.; FORTE, B. M. B.; MATTAR, R. Maternal overweight and sexual function in pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2016, (95):45–51.
23. LARA, L. A. S.; SCALCO, S. C. P.; TRONCON, J. K.; LOPES, G. P. A Model for the Management of Female Sexual Dysfunctions. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017, 39(4):184-194.

AGRADECIMENTOS

Após finalizar esse trabalho, um mar de gratidão:

Primeiramente a Deus e Minha Nossa Senhora, por estarem sempre iluminando o meu caminho. Agradeço pela vida, por estarem guiando-me às escolhas certas e protegendo-me de todo mal;

Aos meus pais, que estiveram todo tempo ao meu lado, sempre me incentivando a ser uma pessoa melhor. Devo tudo o que sou à vocês;

Aos meus irmãos, obrigada por estarem sempre presentes e tornarem meus dias mais alegres, tenham a certeza que em muitos momentos vocês foram à razão de toda a dedicação, vocês são parte de mim e da minha vida. Espero ser exemplo mesmo com os meus defeitos;

À minha família toda, obrigada por sempre acreditarem em mim e me apoiarem. Obrigada por todas as orações, Vó!

Aos meus amigos, pessoas que tornam meus dias mais felizes. Sei que torceram por mim e vibraram com cada conquista;

À minha querida e linda Orientadora Janeisa Franck Virtuoso, minha fonte de inspiração. Mesmo passando por momentos difíceis, jamais deixou de dar assistência quando precisei. Você é incrível!

Aos membros da banca examinadora, Núbia Carelli Pereira de Avelar, Karoline Souza Scarabelot e Franciele Pereira, que aceitaram o convite para avaliar e colaborar com a execução deste trabalho. Fran, você é um anjo!

À todas as gestantes que participaram dessa pesquisa, obrigada por acreditarem no meu trabalho. Os resultados que vocês proporcionaram foram muito importantes.

E à todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho e que por ventura não foram contemplados nesses singelos agradecimentos, obrigada!

Normas da Revista Fisioterapia & Pesquisa

Este artigo foi escrito respeitando as normas da Revista Fisioterapia & Pesquisa, seguindo as seguintes orientações:

1 – Apresentação:

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2 – A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres);
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de 6 (casos excepcionais onde será considerado o tipo e a complexidade do estudo, poderão ser analisados pelo Editor, quando solicitado pelo autor principal, onde deverá constar a contribuição detalhada de cada autor);
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica, universidade, etc.), cidade, estado e país;
- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d”); no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título;
- f) endereço postal e eletrônico do autor correspondente;
- g) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso;
- f) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- h) no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) ou no Clinical Trials (<http://clinicaltrials.gov>).

3 – Resumo, abstract, descritores e keywords:

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O resumo e o abstract devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e keywords (sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)).

4 – Estrutura do texto:

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal:

- a) Introdução – justificar a relevância do estudo frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado e estabelecer o objetivo do artigo;
- b) Metodologia – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística;
- c) Resultados – sucinta exposição factual da observação, em seqüência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos. Deve-se ter o cuidado para não repetir no texto todos os dados das tabelas e/ou gráficos;
- d) Discussão – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores. Quando houver, apresentar as limitações do estudo;
- e) Conclusão – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados.

5 – Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas:

Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nas legendas, as quais devem permitir o entendimento do elemento gráfico, sem a necessidade de consultar o texto. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida compreensão das variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda.

Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações devem ser inseridas na legenda, a seguir ao título.

6 – Referências bibliográficas:

As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

7 – Agradecimentos:

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.