



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE-FPS

**ANÁLISE DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS
SECUNDÁRIAS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ESTUDO DE
CORTE TRANSVERSAL**

Thuany Lacerda Medeiros

RECIFE-PE

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE-FPS

**ANÁLISE DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS
SECUNDÁRIAS À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ESTUDO DE
CORTE TRANSVERSAL**

Artigo científico submetido como Trabalho
de Conclusão de Curso (TCC) no curso de
medicina na Faculdade Pernambucana de
Saúde (FPS) no ano 2021/2022

Autor: Thuany Lacerda Medeiros

Co-autor: Arthur Lima Xavier de Azevedo

Co-autora: Carmem Laryssa Lima de Queiroz

Co-autora: Laura Helena Sousa de Medeiros

Orientadora: Julianna de Azevedo Guendler

Co-orientadora: Melania Maria Ramos de Amorim

RECIFE-PE

Outubro/2022

Autores

Thuany Lacerda Medeiros

Estudante de graduação do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (87) 991481085. Rua Dom Manoel da costa, 125, Madalena, Recife-PE,
50.710-395 E-mail: tlacerdamedeiros@gmail.com

Arthur Lima Xavier de Azevedo

Estudante de graduação do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (81) 99541-1161. Rua Ernesto de Paula Santos, 1355, Boa Viagem, Recife- PE,
51.021-330. E-mail: arthurlima.imip@gmail.com

Carmem Laryssa Lima de Queiroz

Estudante de graduação do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (87) 996120061. Rua Jorge de Lima, 245, Imbiribeira, Recife-PE, 51.160-
070. E-mail: carmemllq@gmail.com

Laura Helena Sousa de Medeiros

Estudante de graduação do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (81) 994371668. Rua Nogueira de Saouza, 326, Pina, Recife-PE, 51.110-110.
E-mail: laurahmedeiros21@gmail.com

Julianna de Azevedo Guendler

Fisioterapeuta, Mestre em Patologia pela UFPE, Doutora em Saúde Materno Infantil pelo IMIP, Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde, Coordenadora do Ambulatório de Fisioterapia da Mulher do IMIP. Rua Amazonas, 282, Boa Viagem, Recife-PE, 51.0110-020.

Telefone: (81)91117072. E-mail: julianna@fps.edu.br

Melania Maria Ramos de Amorim

Médica pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestre em Saúde Materno Infantil pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). Doutora em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Pós-doutorado pela Universidade Estadual de Campinas. Pós-doutorado na Organização Mundial de Saúde (OMS), Genebra. Professora da Pós-Graduação em Saúde Integral do IMIP.

Telefone: (83) 98815151. E-mail: profmelania.amorim@gmail.com

ARTIGO ORIGINAL

**ANÁLISE DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS SECUNDÁRIAS À
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL**

**ANALYSIS OF
FEMALE SEXUAL DYSFUNCTIONS SECONDARY TO
OBSTETRIC VIOLENCE: A CROSS-SECTIONAL STUDY**

Thuany Lacerda Medeiros¹, Arthur Lima Xavier de Azevedo¹, Carmem Laryssa Lima de Queiroz¹, Laura Helena Sousa de Medeiros¹, Julianna de Azevedo Guendler², Melania Maria Ramos de Amorim².

¹ Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Recife-PE, Brasil. CEP: 51150-000

² Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Rua dos Coelho, 300, Recife-PE, Brasil. CEP: 50070-550

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência e os fatores associados a disfunções sexuais secundárias à violência obstétrica em suas diferentes dimensões. **Método:** Estudo do tipo corte transversal, com coleta de dados entre dezembro de 2021 e março de 2022, a partir de formulário online, participando 185 mulheres das 5 regiões do Brasil. Seguindo critérios de elegibilidade, com idade entre 18 e 40 anos, com último parto há menos de um ano e mantiveram relações sexuais nas últimas 4 semanas do preenchimento do formulário. **Resultados:** Responderam ao questionário 185 mulheres, com faixa etária mais prevalente entre 26 a 35 anos. Quanto ao tipo de parto, 60% tiveram parto normal, e 47,57% em hospital privado. Das participantes da pesquisa, 22,7% tiveram toques vaginais repetitivos, 17,3% passaram pela situação de apertarem ou subirem em sua barriga e 28,11% foram submetidas à episiotomia. Das participantes, 54,59% sentiram-se ameaçadas pela atitude ou fala de algum profissional, 69,19% sentiram-se inferior, vulneráveis, inseguras e 64,32% expostas ou sem privacidade, 18,37% apresentavam disfunção de excitação, 25,40% relataram sofrer problemas com o orgasmo, 18,37% com a satisfação nas relações sexuais e 26,49% apresentavam dor na relação. **Conclusão:** O histórico de violência obstétrica está relacionado com o aumento da prevalência de disfunções sexuais femininas.

Palavras-chave: Violência Obstétrica, Disfunções Sexuais Fisiológicas, Disfunções Sexuais Psicogênicas.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence and factors associated with sexual dysfunctions secondary to obstetric violence in its different dimensions. **Method:** A cross-sectional study, with data collection between December 2021 and March 2022, using an online form, with 185 women from the 5 regions of Brazil participating. Following eligibility criteria, aged between 18 and 40 years, with last delivery less than a year ago and had sexual intercourse in the last 4 weeks of completing the form. **Results:** 185 women answered the questionnaire, with the most prevalent age group being between 26 and 35 years old. As for the type of delivery, 60% had normal delivery, and 47.57% in a private hospital. Of the participants, 22.7% had repetitive vaginal touches, 17.3% went through the situation of squeezing or climbing on their belly and 28.11% underwent episiotomy. Of the participants, 54.59% felt threatened by the attitude or speech of some professional, 69.19% felt inferior, vulnerable, insecure and 64.32% were exposed or without privacy, 18.37% had arousal dysfunction, 25.40% reported having problems with orgasm, 18.37% with satisfaction in sexual intercourse and 26.49% had pain in the relationship. **Conclusion:** The history of obstetric violence is related to the increased prevalence of female sexual dysfunction.

Key words: Obstetric Violence, Sexual Dysfunction, Physiological, Sexual Dysfunction, Physiological.

INTRODUÇÃO

As disfunções sexuais apresentam como característica principal a incapacidade de participar do relacionamento sexual com satisfação, se apresentando de forma multifacetada e se manifestando a partir de uma etiologia biopsicossocial, que pode resultar de um fator biológico ou condição orgânica, uma condição psicológica e/ou uma condição social.¹ Elas acometem ambos os sexos, porém afetam, de forma prevalente, as mulheres, somando cerca de 41% dos casos ao redor do mundo. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, a determinação da etiologia das disfunções sexuais é feita principalmente a partir do início da dificuldade e se ela está limitada ou não a determinadas estimulações, situações ou parcerias, levando em consideração que a resposta sexual tem base biológica essencial, embora seja vivenciada em um contexto intrapessoal, interpessoal e cultural.²

Dentre os domínios da sexualidade, a deterioração da resposta sexual feminina pode se manifestar nos mais diversos elementos, destacando-se: na excitação, lubrificação, satisfação e dispareunia, além do orgasmo e desejo.³ Somado a isto, a disfunção sexual feminina acarreta os seguintes transtornos: transtorno de interesse/excitação sexual, transtorno orgástico feminino e dor genitopélvica.⁴

Dentro do contexto do ciclo gravídico-puerperal, as mudanças psicológicas, como apreensão sobre a gravidez, dúvidas sobre o trabalho de parto e expectativas sobre a própria maternidade são reconhecidamente fatores que influenciam no interesse e desempenho sexual feminino.⁵ Atrelado a isto, a via de parto tem impacto direto e importante no bem-estar futuro da mulher, de forma que possíveis intercorrências físicas e psicológicas durante o trabalho de parto podem impactá-la negativamente a curto e longo prazo.⁶ Percebe-se este fato nos primeiros meses após

os partos vaginais assistidos que contam com uma maior probabilidade de ocorrência de dor perineal, incontinência urinária, hemorroidas e intercuro sexual doloroso, estando esses fatores relacionados diretamente ao tempo de trabalho de parto e ao grau de laceração perineal ocorrido.⁷

Apesar dessa realidade, ainda existe um déficit referencial quanto ao processo de tipificação nas classificações da violência obstétrica. Esse processo parece ser decorrente da falta de estímulo para o desenvolvimento científico e educacional acerca do tema. De acordo com o Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, a violência obstétrica pode ser categorizada segundo o caráter: físico; psicológico; sexual; institucional; material; midiático.⁸ Estão incluídos como caráter físico da violência obstétrica os procedimentos sem embasamento científico que causem dor ou dano físico, já a violência psicológica configura-se como ações verbais que provoquem sentimento de vulnerabilidade e/ou inferioridade na mulher.

O dano sexual incide na integridade sexual e reprodutiva da mulher, a exemplo da episiotomia e de toques vaginais invasivos e frequentes. Já a violência de caráter institucional impera sobre o cerceamento direto e indireto dos direitos da mulher, como a negação do acesso aos serviços de saúde. O dano material se caracteriza pela obtenção de benefícios financeiros indevidos em detrimento da prestação de serviços de qualidade na assistência à saúde da mulher. Por fim, o dano midiático concerne atitudes profissionais através de meios de comunicação dirigidas a violar os direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal.^{8,9}

Nesse contexto, práticas como parto à fórceps e a realização de episiotomias ainda são uma realidade em muitos centros obstétricos, procedimentos estes que estão mais propensos a apresentarem não só danos físicos diretos, mas também sintomas

como depressão e ansiedade.¹⁰ Entende-se, dessa forma, que o uso de instrumentos obstétricos e o grau de laceração perineal apresentam relação direta com a severidade da dor genitopélvica pós-parto, satisfação sexual e habilidade de atingir o orgasmo¹¹. Ademais, se for considerado uma análise específica das mulheres que passaram pela episiotomia de rotina, os índices em função sexual feminina são ainda mais baixos.^{12,13}

Tomando como base uma diminuição na frequência e na satisfação sexual, com redução significativa em todos os domínios da sexualidade durante a gravidez, o entendimento das condições físicas e psicológicas das mulheres após o parto se torna ainda mais valioso, principalmente quando considerado um trabalho de parto laborioso e traumático para o eixo materno-infantil.¹⁴ Associado a isso, tem-se a falta de conhecimento e preparação dos profissionais para o devido aconselhamento a respeito das mudanças em saúde sexual no pós-parto.¹⁵ Assim, pesquisas são insuficientes até o momento para identificar os problemas no desempenho sexual feminino, principalmente relacionadas às mudanças que ocorrem no ciclo gravídico puerperal, atreladas à falta de assistência adequada sobre o exercício da sexualidade.¹⁶

Esse cenário contribui para a prevalência das disfunções sexuais femininas, fazendo com que estudos relacionados à avaliação do impacto das práticas profissionais no manejo do parto sejam necessários, de forma a planejar práticas em saúde integral e incluir o aconselhamento sexual como parte do acompanhamento pré-natal, a fim de impactar positivamente na saúde sexual dessas mulheres.¹⁷

MÉTODOS

Essa pesquisa foi desenvolvida no formato de corte transversal, com coleta de dados virtuais a partir da aplicação de formulário pelo *Google Forms* envolvendo a participação de 185 mulheres das 5 regiões do Brasil. Essas mulheres cumpriam com os critérios de elegibilidade relacionados a faixa etária, com idade entre 18 e 40 anos, e

critérios relacionados ao perfil obstétrico e sexual, tendo o último parto há menos de um ano e que mantiveram relações sexuais nas últimas 4 semanas do preenchimento do formulário.

Para controle da população alvo do estudo, a primeira parte do questionário foi dedicada ao “*check-list*” com os critérios de inclusão para participação da pesquisa, de modo que a participante só poderia prosseguir caso se enquadrasse em todos os critérios.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2021 e março de 2022 a partir da aplicação de formulário online, posterior a aprovação do comitê de Ética em Pesquisa da FPS. As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa por meio da divulgação do estudo nas mídias sociais das redes de mulheres, ONGs feministas e de humanização do parto.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário anônimo estruturado, contemplando questões de múltipla escolha abrigadas no *Google Forms*, plataforma online, que possui a capacidade de gerar Tokens individualizados (chaves), de forma que apenas a pessoa que recebe token poderá acessar o questionário. Sendo assim, o questionário foi enviado para as participantes, que tiveram acesso ao conteúdo de coleta somente após concordar com o TCLE.

Para confecção do formulário foram utilizados três instrumentos de coleta de dados: questionário Sociodemográfico, Questionário de Avaliação de Violência no Parto em versão adaptada pelos integrantes deste estudo, o qual analisa as características dos cuidados perinatais e o *Female Sexual Function Index* (FSFI – Índice de Função Sexual Feminina) versão validada em português, que avalia a disfunção sexual.

Estudo de caráter quantitativo com objetivo de analisar os dados observados, sendo utilizada estatística descritiva (frequência, média, desvio padrão, máximos e

mínimos). O conjunto de dados analisados consistem de informações de 185 pacientes, onde não houve dados excluídos por falta de informação. Para as análises, o software estatístico utilizado foi o R-Studio versão 3.6.3, que utiliza a linguagem de programação R e é gratuito.

Este projeto seguiu a Resolução 510/16 para pesquisas em seres humanos e foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FPS. Houve aplicação do TCLE para todas as participantes do presente estudo, seguindo as normas éticas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob número de CAAE: 51171221.5.0000.5569

RESULTADOS

Para compor o presente estudo, responderam ao questionário 185 mulheres, cuja faixa etária predominante está entre 18 e 40 anos (94,05%). A cor/etnia mais prevalente entre as participantes, é a branca (67,03%), seguida da cor parda (31,89%). Além disso, a maior parte das voluntárias é casada ou apresenta-se em união estável (82,7%). Em relação ao nível de escolaridade 44,86% das participantes tem pós-graduação e 25,95% apresenta ensino superior completo. Já no que tange à renda familiar, apenas 40,54% das voluntárias afirmaram receber acima de 5 salários mínimos. Ao responderem acerca de suas regiões de residência, foi percebido que as participantes se dividiram entre a região Sudeste (42,7%) e Nordeste (30,27%). Ademais, cerca de 55,14% das mulheres não residem na capital de seu estado e, destas, 60,65% residem na zona urbana (grande centro). Já das mulheres que residem na capital de seu estado (44,86%), 73,49% residem na zona urbana (grande centro).

No que se refere ao número de gestações anteriores, 58,92% das voluntárias foram primigestas e 41,08% foram multigestas.

Dentre as informações coletadas no questionário, avaliou-se acerca dos possíveis cenários de parto das mulheres. Desta forma, quanto ao tipo de parto 39,46% tiveram

seu parto normal, sem indução; 20,54% tiveram parto normal, com indução; 15,68% realizaram cesárea, após entrar em trabalho de parto; 10,81% tiveram sua cesárea agendada e 10,27% precisaram realizar uma cesárea de emergência. Dentre as mulheres que realizaram cesariana, 9,19% desejaram este tipo de parto já no início da gestação, enquanto 11,89% queriam parto normal, porém a equipe de saúde fez cesariana, mesmo contra a vontade da gestante. Já no caso das mulheres que realizaram parto normal, 59,46% desejaram este tipo de parto já no início da gestação e 4,86% queriam cesariana, mas a equipe de saúde fez parto normal, mesmo contra sua vontade. Das voluntárias, 45,41% realizaram seu parto em hospital público e 47,57% em hospital privado. Por fim, das mulheres que tiveram parto normal, 11,35% foram atendidas por enfermeira (o) obstetra e 52,97% por médica (o) obstetra.

As mulheres foram questionadas, também, acerca de algumas atitudes da equipe de saúde que participou da realização do trabalho de parto e acerca de impressões subjetivas da gestante frente às atitudes da equipe. Assim, das mulheres que responderam ao questionário, 36,52% afirmaram que durante o trabalho de parto elas foram ameaçadas, 32,43% afirmaram que houveram gritos com elas e 24,32% que mandaram elas pararem de gritar. Além disso, 37,3% das participantes afirmaram que fizeram piada sobre o seu comportamento, 36,19% foram criticadas por seus lamentos ou choros de dor e 40,54% afirmaram que fizeram comentários irônicos para elas em tom de deboche. Somado a estes dados, 18,38% das voluntárias afirmaram que foram chamadas por algum apelido desagradável, 31,35% foram impedidas de estarem na presença de acompanhantes e 56,76% sentiu-se pouco à vontade para fazer perguntas, porque não a respondiam ou a respondiam mal. Por fim, 54,59% das mulheres sentiu-se ameaçada pela atitude ou fala de algum profissional, 69,19% sentiu-se inferior, vulnerável, insegura e 64,32% sentiu-se exposta ou sem privacidade.

Através do questionário foram levantados, também, pontos acerca de procedimentos realizados pela equipe de saúde durante o trabalho de parto das voluntárias. Assim, dentre as participantes da pesquisa, 22,7% afirmaram terem recebido toque vaginais repetitivos, enquanto 77,3% não receberam. Além disso, 26,49% das mulheres afirmaram que profissionais realizaram o rompimento artificial da sua bolsa, enquanto 73,51% negaram a realização deste procedimento. Das gestantes em trabalho de parto, 17,3% afirmaram que alguém da equipe de assistência apertou ou subiu na sua barriga para “ajudar” o bebê a nascer. Além disso, 28,11% das participantes afirmou ter sofrido episiotomia (corte no períneo, “pique lá embaixo”). Somado a esses dados, 27,03% das mulheres foram privadas da possibilidade de adotar a postura mais confortável para realizar os puxos, e 37,84% tiveram “puxos dirigidos” pelo profissional de saúde, ou seja, ele dizia a frequência e o modo como ela deveria fazer força, sem respeitar o ritmo da mulher. Por fim, 10,27% das mulheres afirmaram que foram realizados procedimentos sem seu consentimento ou sem explicar por que eram necessários. De maneira geral, o grau de satisfação das mulheres com o atendimento da equipe de saúde durante seu parto/cesárea, em uma escala de 1 (péssimo) a 10 (excelente) foi de 20% considerando o atendimento péssimo e 15,68% considerando excelente.

A tabela 1 relaciona o parto normal (com e sem indução) com procedimentos médicos que foram realizados durante o trabalho de parto. Neste cruzamento, foi percebido que das mulheres que realizaram parto normal 75,68% fizeram uso de ocitocina. Ademais, 74,77% tiveram toques vaginais repetitivos e 76,58% tiveram toques vaginais feitos por diferentes pessoas. Somado a estes dados, 81,98% das mulheres que realizaram parto normal (com e sem indução) passaram pela situação de

apertarem ou subirem na sua barriga para “ajudar” o bebê a nascer. E ainda, 58,56% dessas mulheres foram submetidas à episiotomia.

A tabela 2 relaciona o tipo de trabalho de parto com o estímulo sexual ou ato sexual com a dificuldade e a frequência com que a mulher atingiu o orgasmo. Desta forma, foi percebido que das mulheres que tiveram parto normal (com e sem indução), 27,03% afirmaram que quase sempre ou sempre atingiram ao orgasmo, em contrapartida, 17,12% afirmaram que quase nunca ou nunca atingiram ao orgasmo. Já as participantes que realizaram cesárea, 28,57% afirmaram que quase sempre ou sempre atingiram o orgasmo, porém 10,2% afirmaram que quase nunca ou nunca conseguiram atingir ao orgasmo. Já no que se refere à dificuldade de atingir o orgasmo, as mulheres que passaram por um parto normal, 19,82% afirmaram ser nada difícil, enquanto 65,76% afirmaram terem algum grau de dificuldade para atingir ao orgasmo. Das voluntárias que tiveram a cesariana como tipo de parto, 26,53% afirmaram ser nada difícil de atingir o orgasmo, contudo, 61,22% afirmam algum grau de dificuldade em atingir o orgasmo.

Das voluntárias que realizaram parto normal, 25,23% afirmaram que quase nunca ou nunca sentiram desconforto ou dor durante a penetração vaginal, enquanto 15,32% afirmaram que quase sempre ou sempre sentem desconforto ou dor durante a penetração vaginal. Já em relação às mulheres que foram submetidas à cesárea, 28,57% afirmaram que quase nunca ou nunca sentiram desconforto, contudo 20,41% quase sempre ou sempre sentem desconforto ou dor durante a penetração vaginal.

A tabela 3 relaciona a realização durante o trabalho de parto, sem o consentimento da mulher e sem ser explicado por que o procedimento era necessário, de episiotomia com a frequência com que a mulher atingiu o orgasmo, a dificuldade em atingir o orgasmo e o desconforto da mulher durante a penetração vaginal. Das mulheres que

responderam ao questionário e foram submetidas à episiotomia, 19,23% afirmaram que quase sempre ou sempre conseguiram atingir o orgasmo, no entanto 28,85% afirmaram que poucas vezes conseguiram atingir o orgasmo. Em relação ao grau de dificuldade em atingir o orgasmo, 13,46% das mulheres submetidas à episiotomia, afirmaram ser nada difícil, em contrapartida, 75% das mulheres relataram algum grau de dificuldade em atingir o orgasmo. Por fim, das mulheres que realizaram episiotomia, 17,31% afirmaram que quase nunca ou nunca sentiram desconforto ou dor durante a penetração vaginal, porém, 23,08% referem quase sempre ou sempre terem desconforto ou dor durante a penetração vaginal.

A tabela 4 apresenta as informações acerca dos resultados obtidos pelas pontuações do FSFI em que foram observadas algumas disfunções sexuais nas mulheres que responderam ao questionário. Das mulheres que participaram da pesquisa, 10,81% apresentavam disfunção de desejo, 18,37% de excitação e 16,75% de lubrificação. Além disso, 25,40% das mulheres relataram sofrer problemas com o orgasmo, 18,37% com a satisfação nas relações sexuais e 26,49% apresentavam dor na relação.

DISCUSSÃO

No que se refere ao contexto socioeconômico do presente estudo, a maior parte das participantes se auto afirmaram brancas, com pós-graduação completa e salário maior do que 5 salários mínimos. Tais resultados podem estar correlacionados a condição do questionário ser aplicado remotamente, o que presume que as participantes precisariam ter acesso aos meios de comunicação online e à conexão com internet, o que não é comum a grande parte da população brasileira devido às desigualdades socioeconômicas do país.¹⁸

Com relação à região onde residem as participantes, a maior parte afirmou residir na região Sudeste, seguida da região Nordeste. Com relação à zona onde residiam, a

maioria afirmou residir na zona urbana (grande centro), tanto as que vivem na capital do seu estado quanto as que não viviam. A relação entre a maioria residir em áreas mais nobres, à despeito de áreas rurais e periféricas, reforça o padrão socioeconômico das participantes da pesquisa, a qual abrangeu mais mulheres com níveis socioeconômicos e educacionais maiores do que os da população em geral.¹⁹

No tocante ao passado obstétrico, foi visto que o maior número de voluntárias era primípara. Tal dado está em consonância com um relatório publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPS) no Brasil que demonstra o declínio da taxa de fecundidade no país, atingindo a média de 1,7 filhos por mulher de 2010 a 2015.²⁰ Essa média está associada, principalmente, às mulheres com mais anos de estudo e com condições socioeconômicas mais favoráveis do que a população em geral, isso pode ser atribuído à dificuldade em conciliar trabalho e família dada as desigualdades de gênero ainda presentes no país.^{20,21}

No que tange à via de parto foi visto que aproximadamente 60% participantes tiveram parto normal e que 81,08% das voluntárias tinha preferência de parto normal no final da gestação. Também foi visto pelo questionário que 22 das 185 participantes queriam o parto via vaginal, mas a equipe de saúde realizou cesariana, mesmo contra a vontade materna. Em contrapartida, 9 das participantes que queriam cesariana tiveram parto normal como desfecho, ainda que fosse contra sua vontade, o que também configura uma prática de violência obstétrica.²²

Essa diferença entre o desejo por parto natural e quem realmente chegou a tê-lo pode estar associada tanto às indicações pertinentes de cesariana, levando em conta o risco de complicações materno-fetais, quanto às indicações indiscriminadas da cirurgia, o que configura uma prática de violência obstétrica. Nesse contexto, Diniz e Chacham (2006) referem diferentes estudos que buscaram entender a preferência das mulheres

brasileiras pela cesariana e esses mostraram que a maioria das mulheres declarava preferência pelo parto normal, como também foi visto no presente estudo.^{6,7} No entanto, através da apresentação de dados superestimados de risco fetal, da interpretação da dor da parturiente como uma exigência para a realização da cesárea, assim como a priorização das agendas e conveniências dos médicos, esses acabavam optando pela cesárea, contrariando o desejo das mulheres de terem um parto normal.^{23,24}

O estudo também visou avaliar o caráter da assistência ao parto prestada pela equipe de saúde. Com relação às práticas que podem ser configuradas como violência obstétrica de caráter físico, toques vaginais repetitivos foram vivenciados por 42 participantes. Além de ser uma intervenção incomoda para a parturiente, não há evidências científicas que demonstrem benefícios na realização de repetitivos toques vaginais durante o trabalho de parto.²⁵ Um estudo publicado pela Cochrane sobre o tema, referiu que ao comparar-se exames vaginais de duas horas com exames vaginais de quatro horas no trabalho de parto, não foi encontrado diferença na duração do trabalho de parto.²⁶

Outro procedimento obsoleto que também se configura como violência obstétrica física é a “manobra de Kristeller”, que consiste em pressionar o útero para “ajudar” o período expulsivo.²² Tal prática é contraindicada tanto pelo Ministério da Saúde, quanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), dada as evidências científicas que apontam a associação entre a manobra ao maior número de lacerações perineais e a indução da utilização da episiotomia, fraturas claviculares e danos cerebrais severos no recém-nascido.^{22,27,28} No presente estudo, 17,3% das participantes referiram ter sofrido a manobra de Kristeller, o que demonstra o quão essa prática indevida ainda está presente na assistência ao parto.

Ainda no que tange à violência física, 52 das 133 voluntárias foram submetidas a episiotomia durante o seu trabalho de parto. Ainda que estudos controlados desestimulem seu uso devido a sua associação com o aumento do risco de laceração perineal de terceiro e quarto grau, de infecção e de hemorragia, a episiotomia é realizada inadvertidamente.¹¹ De acordo com a FEBRASGO, a episiotomia seletiva e com técnica adequada, pode proteger contra lacerações perineais graves, mas os estudos sobre esses efeitos são conflitantes.^{29,30}

De acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), “*com base nas evidências existentes, não há situação específica em que a episiotomia seja essencial, e a decisão de realizar uma episiotomia deve ser baseada em considerações clínicas*”.³¹ Um ensaio clínico randomizado realizado em um hospital terciário de Recife-PE, demonstrou que é possível implementar um protocolo de não episiotomia para um grupo de mulheres com gravidez a termo e fetos em posição cefálica sem quaisquer diferenças estatisticamente significativas em relação à prática seletiva do procedimento.³²

Apesar de não ser possível analisar o contexto em que foi realizado a episiotomia nas participantes (se de forma indiscriminada ou seletiva), estudos como os referidos anteriormente reforçam que a prática de episiotomia, ainda que seletiva, não têm associação clara com os bons desfechos perinatais.^{29,30,31,32} Além disso, não há dados bem estabelecidos sobre o que seria um procedimento seletivo bem indicado, o que pode vir a dar margem para a realização de episiotomias mal indicadas.

Outro aspecto observado no estudo foi que parte significativa das participantes (27,03%) foi privada da possibilidade de adotar uma postura mais confortável para realizar os puxos. Em consonância com esse dado, o estudo *Nascer no Brasil*, realizado com 23.940 gestantes de risco habitual demonstra que a incidência da adoção da

posição de litotomia alcançou mais de 90% das parturientes.³³ Tal situação vai de encontro ao que é referido tanto nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), quanto nas Recomendações da OMS na Assistência ao Parto Normal (1996).^{34,35} Ambos incentivam a liberdade de posição e movimento da gestante durante o trabalho de parto e estímulo a posições não supinas tendo em vista dos benefícios de posições verticalizadas tanto para a gestante quanto para o feto, respeitando-se a preferência da gestante.^{33,34,35} Importante elencar, também, que durante a análise dos dados obtidos neste estudo, foi observado que 70 das 185 participantes tiveram “puxos dirigidos” pelo profissional de saúde, configurando mais um fator de violência obstétrica.

Com relação às participantes que foram submetidas a cirurgia cesariana, foi visto uma menor incidência de práticas que podem ser configuradas como violência obstétrica. Porém, ainda assim, 10,27% das voluntárias afirmaram que foram submetidas a procedimentos sem seu consentimento ou sem explicação da sua necessidade.

Dentre os fatores que afetam de forma significativa a memória das mulheres em relação à experiência do parto e do nascimento, merece destaque o relacionamento dela com a equipe dos profissionais de saúde. Elas valorizam o conforto físico, suporte psicológico, privacidade, e o cuidado fornecido mesmo que por um número pequeno de profissionais, desde que sejam atentos e responsivos as suas perguntas e reconheçam suas necessidades. Contudo, observa-se que ao longo das últimas décadas, esses significados tem sido ignorados e os sentimentos de satisfação das mulheres com o cuidado são considerados menos importantes do que sua segurança e a de seu bebê, tratando a gravidez apenas como um episódio médico isolado. Assim, tem-se registrado inúmeras críticas a esse modelo de assistência da equipe de saúde.⁴² Fato levantando,

também, nos dados deste estudo em que, de maneira geral, o grau de satisfação das mulheres com o atendimento da equipe de saúde durante seu parto/cesárea, em uma escala de 1 (péssimo) a 10 (excelente) foi de 20% considerando o atendimento péssimo e 15,68% considerando excelente.

Além de avaliar questões relacionadas a violência obstétrica, este estudo foi realizado para analisar possíveis disfunções sexuais das participantes e compreender a relação entre esses dois componentes. A avaliação da função sexual foi realizada através do *Female Sexual Function Index* (FSFI - Índice de Função Sexual Feminina) que categoriza as disfunções em de desejo, de excitação, de lubrificação, de orgasmo, de satisfação e, por fim, de dor ou desconforto vaginal durante a penetração -dispareunia (dor na relação sexual).³⁶

A disfunção que apresentou maior frequência dentre as participantes foi a relacionada a dispareunia; 26,49%. Foi visto que daquelas que tiveram episiotomia, 71,15% tiveram desconforto ou dor durante a penetração vaginal em alguma frequência. Destas, 23,08% relataram ter essa condição quase sempre ou sempre. Em consonância com esses dados, uma revisão sistemática publicada no *Jornal Internacional de Obstetrícia e Ginecologia*, mostrou que a episiotomia foi associada maiores chances da ocorrência de dispareunia (OR 1,64, IC 95% 1,25–2,14), mas não à outras disfunções sexuais (OR 1,90, IC 95% 0,94–3,84).³⁷ Outro estudo realizado com 975 mulheres Colombianas, com 6 meses ou mais de pós-parto e sexualmente ativas, mostrou que a prevalência de dispareunia foi de 35,69% e o fator de risco mais envolvido foi a episiotomia (OR 1,58; IC 95% 1,29-2,15; $p = 0,003$).³⁸ Desse modo, deve-se ater nos possíveis riscos que a realização de episiotomia causa na vida sexual das mulheres, devendo sua indicação ser ponderada.

No que compreende as disfunções relacionadas ao orgasmo, 47 das 185 voluntárias se enquadraram nessa categoria. Ao correlacionar a dificuldade em alcançar orgasmos com o tipo de parto, percebeu-se que 65,76% das participantes que tiveram parto normal tiveram algum grau de dificuldade em alcançar o orgasmo, destas 11,71% referiram extrema dificuldade em alcançá-lo. Dentre as voluntárias que foram submetidas a cesariana, 61,21% afirmaram essa dificuldade, dentre elas 12,24% relataram extrema dificuldade. A pequena diferença entre esses dados pode mostrar que a via de parto, por si só, pode não interferir de maneira significativa na função sexual feminina, mas outros aspectos relacionados a lesão obstétrica pélvica devem ser avaliados. A literatura não apresenta consenso sobre qual via de parto sugere mais disfunções sexuais, contudo o histórico de lesão obstétrica pélvica atrapalha o retorno das atividades sexuais.³⁹

Ainda no que se diz respeito as disfunções orgásticas, foi visto que dentre as participantes da pesquisa que tiveram parto normal e referiram ter puxos dirigidos, 70,01% afirmaram ter dificuldade em atingir o orgasmo em alguma frequência, destas 24,29% alegaram ter essa dificuldade quase sempre ou sempre. Também se percebeu que das pacientes que tiveram puxos dirigidos, 74,28% relataram ter dor ou desconforto durante a penetração vaginal em alguma frequência. Um ensaio cínico randomizado comparou os impactos do tipo de puxo na estrutura e função do assoalho pélvico, o puxo dirigido foi mais associado a um impacto negativo na musculatura do assoalho pélvico, podendo ser um potencial causador de trauma perineal, o que pode repercutir na qualidade da saúde sexual feminina.^{40,41} Desse modo, de acordo com as evidências científicas, a adoção de puxos espontâneos de acordo com o desejo da parturiente deve ser priorizado.

As limitações deste estudo incluem o fato de ter sido realizado de maneira remota, pois, para tal, as participantes teriam que ter acesso à internet e à meios de comunicação, o que presume um nível socioeconômico razoável, afastando participantes de níveis econômicos menos favorecidos. Além disso, o preenchimento dos critérios de inclusão foi realizado pelas participantes, não se podendo validá-los de outras maneiras. Outro ponto que limitou o estudo foi o questionário extenso, o que poderia desestimular seu preenchimento por completo. Ademais, por se tratar de um questionário que possa acessar questões delicadas, como a violência obstétrica, este poderia a vir despertar sentimentos incômodos nas participantes, desencorajando-as a participarem do estudo.

REFERÊNCIAS

1. O'Malley D, Higgins A, Begley C, Daly D, Smith V. Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; A longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;
2. Sena T. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: inflexões sobre normalizações e normatizações. Vol. 11, *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*. 2014. 96 p.
3. Guendler JA, Katz L, Flamini MEDM, Lemos A, Amorim MM. Prevalence of Sexual Dysfunctions and their Associated Factors in Pregnant Women in an Outpatient Prenatal Care Clinic. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2019;41(9):555–63.
4. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: A systematic review and qualitative analysis

- through gender inequality paradigms. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):1–15.
5. McBride HL, Olson S, Kwee J, Klein C, Smith K. Women’s Postpartum Sexual Health Program: A Collaborative and Integrated Approach to Restoring Sexual Health in the Postpartum Period. *J Sex Marital Ther*. 2017 Feb 17;43(2):147–58.
 6. Hosseini L, Iran-Pour E, Reza Safa- M. Sexual Function of Primiparous Women After Elective Cesarean Section and Normal Vaginal Delivery Mode of Delivery and Sexual Function | Hosseini et al. Vol. 9, *UROLOGY JOURNAL*. 2012.
 7. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women’s psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Nov 28;12.
 8. Parto R. Violência Obstétrica “Parirás com dor .” 2012; 9. Palma CC. *Psico*. 2017;48(3):216–30.
 9. Saleh DM, Hosam F, Mohamed TM. Effect of mode of delivery on female sexual function: A cross-sectional study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2019;
 10. Sayed Ahmed WA, Kishk EA, Farhan RI, Khamees RE. Female sexual function following different degrees of perineal tears. *Int Urogynecol J*. 2017;
 11. Gün İ, Doğan B, Özdamar Ö. Long- and short-term complications of episiotomy. *J Turkish Soc Obstet Gynecol*. 2016;
 12. Doğan B, Gün İ, Özdamar Ö, Yılmaz A, Muşcu M. Long-term impacts of vaginal birth with mediolateral episiotomy on sexual and pelvic dysfunction and perineal pain. *J Matern Neonatal Med*. 2017;
 13. Beck CT. A Secondary Analysis of Mistreatment of Women During Childbirth in Health Care Facilities. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018 Jan 1;47(1):94–104.
 14. Guendler, Julianna; Katz, Leila MD, PhD; Flamini, Maria Eduarda; Lemos, Andrea MD, PhD; Amorim, Melania MD, PhD Prevalence of Sexual

- Dysfunctions and Orientations on Sexuality in Postpartum Women: Cross-Sectional Study [4T], *Obstetrics & Gynecology*: May 2019 - Volume 133 -Issue - p 213S-214S. doi: 10.1097/01.AOG.0000559105.67034.96
15. Pereira TRC, Dottori EH, Mendonça FM de AF, Beleza ACS. Avaliação da função sexual feminina no puerpério remoto : um estudo transversal. *Rev Bras Saúde Matern e Infant*. 2018;18(2):295–300.
 16. Helena C, Abdo N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Trat*. 2009;14(2):89–1.
 17. Mattos, Fernando Augusto Mansor de e Chagas, Gleison José do Nascimento. Desafios para a inclusão digital no Brasil. *Perspectivas em Ciência da Informação* [online]. 2008, v. 13, n. 1 [Acessado 28 Setembro 2022] , pp. 67-94. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-99362008000100006>>. Epub 06 Maio 2008. ISSN 1981-5344. <https://doi.org/10.1590/S1413-99362008000100006>.
 18. Tipologia Intraurbana Espaços de diferenciação socioeconômica nas concentrações urbanas do Brasil [Internet]. [place unknown]; 2017 Oct 20 [cited 2022 Sep 28]. Available from: https://geoftp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/tipologias_do_territorio/tipologia_intraurbana/Tipologia_Intraurbana.pdf
 19. FECUNDIDADE E DINÂMICA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA. Fundo de População das Nações Unidas no Brasil [Internet]. 2018 Dec 01 [cited 2022 Sep 28]:8-40. Available from: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swop_brasil_web.pdf
 20. Simao AB, Zanatta Coutinho R, Ramalho Guedes G. Desejo por filhos entre mulheres de alta escolaridade: conflitos, mudanças e permanências. *Rev. bras.*

- estud. popul. [Internet]. 28º de setembro de 2020 [citado 29º de setembro de 2022];37:1-23. Disponível em: <https://rebep.org.br/revista/article/view/1440>
21. Palma CC, Donelli TMS. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico* [Internet]. 29º de setembro de 2017 [citado 29º de setembro de 2022];48(3):216-30. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25161>
 22. DINIZ, Carmen Simone Grilo e CHACHAM, Alessandra S. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Pau. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006 Tradução. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo. Acesso em: 20 set. 2022.
 23. Zanardo, Gabriela Lemos de Pinho et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. *Psicologia & Sociedade* [online]. 2017, v. 29 [Acessado 29 Setembro 2022] , e155043. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>>. Epub 10 Jul 2017. ISSN 1807-0310. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>.
 24. Gluck O, Ganer Herman H, Tal O, Grinstein E, Bar J, Kovo M, Ginath S, Weiner E. The association between the number of vaginal examinations during labor and perineal trauma: a retrospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. 2020 Jun;301(6):1405-1410. doi: 10.1007/s00404-020-05552-z. Epub 2020 Apr 23. PMID: 32328711.
 25. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD010088.

DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub2. Accessed 29 September 2022.

26. Lima GEOVANA ALBUQUERQUE FÉLIX DE, LOPES MARIA CLARA ARAGÃO. Violência Obstétrica: Riscos do Uso da Manobra de Kristeller Durante o Parto [Trabalho de conclusão de curso on the Internet]. [place unknown]: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac; 2019. Violência Obstétrica: Riscos do Uso da Manobra de Kristeller Durante o Parto; [cited 2022 Sep 28]; p. 22. Available from: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/312/1/Geovana_0003971_Maria_Clara_0003676#:~:text=A%20Manobra%20de%20Kristeller%2C%20que,que%20pode%20causar%20lesões%20graves
27. MEDEIROS, M. Q. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres de risco habitual de uma Maternidade de referência do Ceará. 2016. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
28. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetricia [Internet]. [place unknown]; 2018 Dec 10. Recomendações Febrasgo parte II - Episiotomia; [cited 2022 Sep 28]; Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>.
29. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of third- and fourth-degree perineal tears. Green-top Guideline No. 29. London: RCOG; 2015. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2022
30. Colégio Americano de Obstetras-Ginecologistas. Boletim de Prática

- ACOG. Boletim Prático No. 165: Prevenção e Manejo de Lacerações Obstétricas no Parto Vaginal. Abril 2016. *Obstet Gynecol.* 2016;128:e1–e15.
31. M. Amorim, M., Coutinho, I.C., Melo, I. et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health* 14, 55 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0315-4>
 32. MEDEIROS, M. Q. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres de risco habitual de uma Maternidade de referência do Ceará. 2016. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.
 33. DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL [bibliography on the Internet]. 1st ed. [place unknown]: MS/CGDI; 2017 [cited 2022 Sep 28]. 53 p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
 34. Pacagnella, Rodolfo de Carvalho et al. Adaptação transcultural do Female Sexual Function Index. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2008, v. 24, n. 2 [Acessado 28 Setembro 2022] , pp. 416-426. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200021>>. Epub 01 Fev 2008. ISSN 1678-4464.
 35. Cattani, L, De Maeyer, L, Verbakel, JY, Bosteels, J, Deprest, J. Predictors for sexual dysfunction in the first year postpartum: A systematic review and meta- analysis. *BJOG.* 2022; 129: 1017– 1028. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16934>
 36. Hoz Franklin J. Espitia-De La. Prevalência e caracterização dos fatores associados à dispareunia em mulheres com história de parto normal ou cesariana. *Rev. chil. obstetrícia. ginecol.* [Internet]. Outubro de 2021 [citado em 28 de setembro

- de 2022]; 86(5): 435-443. Disponível em:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000500435&lng=en. <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000024>.
37. Parente ACC, Regis KSC, Costa DL da. Fatores relacionados à disfunção sexual feminina no puerpério: uma revisão sistemática. RSD [Internet]. 23 de janeiro de 2022 [citado em 28 de setembro de 2022];11(2):e23111225638. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25638>
38. Schaffer JI, Bloom SL, Casey MB, McIntire D, Nihira MA, Leveno KJ. Randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *Am J Obstetrics Gynecol*. 2005; [citado em 28 de setembro de 2022]; 192, 1692–6. doi:10.1016/j.ajog.2004.11.043.
39. Neta JN, Amorim MM, Guendler J, Delgado A, Lemos A, Katz L. Vocalization during the second stage of labor to prevent perineal trauma: A randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022 Aug;275:46-53. doi: 10.1016/j.ejogrb.2022.06.007. Epub 2022 Jun 15. PMID: 35728488.
40. Domingues Rosa Maria Soares Madeira, Santos Elizabeth Moreira dos, Leal Maria do Carmo. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2003 Sep 16 [cited 2022 Sep 29];S52-S62:52-62. Available from: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v20s1/06.pdf

Tabela 1. Relação entre o parto normal (com e sem indução) com procedimentos médicos realizados durante o trabalho de parto.

Variável	N=111	%
Dos que selecionaram normal (com e sem indução)		
X Uso de ocitocina		
	84	75,68
	27	24,32
Dos que selecionaram normal (com e sem indução) X		
Toques vaginais repetitivos		
Sim	83	74,77
Não	28	25,23
Dos que selecionaram normal (com e sem indução) X		
Toques vaginais feitos por diferentes pessoas		
Sim	85	76,58
Não	26	23,42
Dos que selecionaram normal (com e sem indução)		
X Apertaram ou subiram na sua barriga para		
“ajudar” o bebê a nascer		
Sim	91	81,98
Não	20	18,02
Dos que selecionaram normal (com e sem indução) X		
Episiotomia		
Sim	65	58,56
Não	46	41,44

Legenda: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Tabela 2. Relação entre tipo de trabalho de parto com o estímulo sexual ou ato sexual com a dificuldade e a frequência com que a mulher atingiu o orgasmo

Variável	N	%
Dos que selecionaram normal (com e sem indução)		
relacionar com “Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?”	111	
Sem atividade sexual	17	15,32
Quase nunca ou nunca	19	17,12
Poucas vezes	19	17,12
Algumas vezes	14	12,61
A maioria das vezes	12	10,81
Quase sempre ou sempre	30	27,03
Dos que selecionaram cesárea (agendada + após entrar em trabalho de parto + agendada) relacionar com “Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?”	49	
Sem atividade sexual	7	14,29
Quase nunca ou nunca	5	10,2
Poucas vezes	8	16,33
Algumas vezes	10	20,41
A maioria das vezes	5	10,2
Quase sempre ou sempre	14	28,57
Dos que selecionaram normal (com e sem indução)	111	

relacionar com “Nas últimas 4 semanas, quando você		
teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua		
dificuldade em você atingir o orgasmo		
(“clímax/gozou”)?		
Sem atividade sexual	16	14,41
Extremamente difícil	13	11,71
Muito difícil	11	9,91
Difícil	15	13,51
Ligeiramente difícil	34	30,63
Nada difícil	22	19,82
<hr/>		
Dos que selecionaram cesárea (agendada + após		
entrar em trabalho de parto + agendada) relacionar		
com “Nas últimas 4 semanas, quando você teve		
estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua		
dificuldade em você atingir o orgasmo		
(“clímax/gozou”)?		
	49	
Sem atividade sexual	6	12,24
Extremamente difícil	6	12,24
Muito difícil	1	2,04
Difícil	8	16,33
Ligeiramente difícil	15	30,61
Nada difícil	13	26,53
<hr/>		
Legenda: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.		

Tabela 3. Relação realização, durante o trabalho de parto, sem o consentimento da mulher e sem ser explicado por que o procedimento era necessário, de episiotomia com a frequência com que a mulher atingiu o orgasmo, a dificuldade em atingir o orgasmo e o desconforto da mulher durante a penetração vaginal.

Variável	N	%
Durante o trabalho de parto e parto foram realizados os seguintes procedimentos médicos SEM QUE TENHAM PEDIDO SEU CONSENTIMENTO OU EXPLICADO POR QUE ERAM NECESSÁRIOS (marque APENAS o que ocorreu com você): relacionar a alternativa “9. Episiotomia” com “Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, com que frequência (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?	52	
Sem atividade sexual	6	11,54
Quase nunca ou nunca	7	13,46
Poucas vezes	15	28,85
Algumas vezes	5	9,62
A maioria das vezes	9	17,31
Quase sempre ou sempre	10	19,23
Durante o trabalho de parto e parto foram realizados os seguintes procedimentos médicos SEM QUE TENHAM PEDIDO SEU CONSENTIMENTO OU EXPLICADO POR QUE ERAM NECESSÁRIOS (marque APENAS o que ocorreu com você):	52	

relacionar a alternativa “9. Episiotomia” **com** “Nas
últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual
ou ato sexual, qual foi sua dificuldade em você atingir
o orgasmo (“clímax/gozou”)?

Sem atividade sexual	6	11,54
Extremamente difícil	6	11,54
Muito difícil	6	11,54
Difícil	10	19,23
Ligeiramente difícil	17	32,69
Nada difícil	7	13,46

Legenda: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.

Tabela 4. Relação das disfunções sexuais de acordo com as pontuações do FSFI.

Variável	N	%
FSFI (ponto de corte 26,55)		
Acima	49	26,49
Abaixo	136	73,51
Desejo (ponto de corte 4,28)		
Acima	20	10,,81
Abaixo	165	89,19
Excitação (ponto de corte 5,08)		
Acima	34	18,37
Abaixo	151	81,63
Lubrificação (ponto de corte 5,45)		
Acima	31	16,75
Abaixo	154	83,25
Orgasmo (ponto de corte 5,05)		
Acima	47	25,40
Abaixo	138	74,60
Satisfação (ponto de corte 5,04)		
Acima	34	18,37
Abaixo	151	81,63
Dor (ponto de corte 5,51)		
Acima	49	26,49
Abaixo	136	73,51

Legenda: N = frequência absoluta; % = frequência relativa.