



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



LIENDNE PENHA ABREU

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO E TEMPO DE
RETORNO DAS ATIVIDADES SEXUAIS APÓS O PARTO: ANÁLISE DA COORTE
DE PRÉ-NATAL BRISA**

**SÃO LUÍS - MA
2023**

LIENDNE PENHA ABREU

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO E TEMPO DE
RETORNO DAS ATIVIDADES SEXUAIS APÓS O PARTO: ANÁLISE DA COORTE
DE PRÉ-NATAL BRISA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Rosangela Fernandes Lucena Batista.

SÃO LUÍS - MA

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Abreu, Liendne Penha.

Violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto: : Análise da Coorte de Pré-natal BRISA / Liendne Penha Abreu. - 2023. 96 f.

Orientador(a): Rosângela Fernandes Lucena Batista.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023.

1. Comportamento sexual. 2. Gravidez. 3. Período pós-parto. 4. Violência contra a mulher. 5. Violência por parceiro íntimo. I. Batista, Rosângela Fernandes Lucena. II. Título.

LIENDNE PENHA ABREU

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO E TEMPO DE
RETORNO DAS ATIVIDADES SEXUAIS APÓS O PARTO: ANÁLISE DA COORTE
DE PRÉ-NATAL BRISA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista.

Aprovada em: 24 / 03 / 2023

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profª Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Profª Dra. Susana Cararo Confortin - 1º membro
Examinadora Externo
Universidade Federal do Maranhão

Profª Dra. Poliana Pereira Costa Rabelo - 2º membro
Examinadora Interna
Universidade Federal do Maranhão

Profª Dra. Aline Sampieri Tonello
Membro Externo (suplente)
Universidade Federal do Maranhão

Profº Dr. Aurean D'Eça Junior
Membro Interno (suplente)
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho à minha mãe por todo cuidado e amor ofertados a mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade de concluir mais esta etapa na minha vida acadêmica e por ser meu refúgio e sustento diante das adversidades no caminho.

À minha mãe, Ariadne Penha Barreto, por ser minha maior incentivadora nos estudos e acreditar em mim incondicionalmente. Por não medir esforços para me ver crescer profissionalmente e para ajudar-me a conquistar meus objetivos. Minhas conquistas também são suas.

Ao meu pai, Nivaldo Ferreira Abreu e aos meus irmãos Wanderson e Wendel, pelo apoio prestado sempre e por entenderem a minha ausência tantas vezes.

A todos os meus familiares, em especial à minha tia Joselma Pestana Penha, por se fazerem sempre presentes e torcerem pelo meu sucesso.

À Universidade Federal do Maranhão e a todo o corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela oportunidade, pela troca de experiências e por contribuírem para o meu crescimento e aperfeiçoamento profissional. Em especial, agradeço à professora Livia Pascoal por todas as orientações prestadas com muita sensatez e clareza.

À minha orientadora, professora Rosângela Fernandes Lucena Batista, a quem considero referência na epidemiologia e na docência desde a minha graduação. Obrigada pelos ensinamentos compartilhados ao longo desses dois anos e por sempre ter acreditado na minha capacidade.

Às Doutoradas Mônica Batalha e Liliana Yanet Gómez Aristizábal, minha profunda gratidão pelo tempo despendido e pelas contribuições que fizeram para o andamento e conclusão deste trabalho.

Às professoras Marizélia Ribeiro, Poliana Rabelo e Suzana Confortin, por disponibilizarem-se a compor as bancas examinadoras de qualificação e defesa da dissertação. Agradeço a atenção, sugestões e críticas construtivas que contribuíram para o aprimoramento deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em nome do Professor Doutor Antônio Augusto Moura da Silva, quem permitiu que eu cursasse uma de suas disciplinas como ouvinte e colocou-se disponível para sanar algumas dúvidas que surgiram ao longo da elaboração deste trabalho.

Aos amigos que conquistei ao longo da vida, pelo suporte e incentivo nesta trajetória, pelo carinho e companheirismo e por compreenderem muitas vezes minha falta de tempo e meu afastamento.

Às minhas amigas da residência, que prestaram apoio desde o momento em que decidi fazer a seleção para o mestrado. Agradeço pelas orientações, conselhos, dicas e palavras de incentivo que foram dadas do início ao fim desta jornada.

Às companheiras de caminhada da Turma 11 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, por dividirem comigo nesses dois anos tantos conhecimentos e experiências. Especialmente Shirley Priscila, Pâmela Driely e Juliana Coelho, obrigada por se fazerem presentes, mesmo distantes fisicamente e por todo amparo e encorajamento nos momentos de angústias e incertezas.

À minha equipe de trabalho, pela compreensão em ajudar-me nas trocas de plantões quando necessário, por compartilharem experiências, momentos de descontração e pela torcida para que eu concluísse esta etapa com êxito.

A todas as mães participantes do projeto Brisa e a toda a equipe envolvida, por disponibilizarem prontamente os dados para que este trabalho pudesse ser realizado.

Ao Programa de Apoio a Centros de Excelência (Pronex), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Maranhão (FAPEMA), pelo financiamento do Projeto BRISA.

A todos que contribuíram direta e indiretamente para a elaboração deste trabalho.

*“O que vale na vida não é o ponto de partida
e sim a caminhada. Caminhando e
semeando, no fim terás o que colher.”*

(Cora Coralina)

ABREU, L. P. **Violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto**: análise da Coorte de Pré-Natal BRISA. 2023. 96 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023.

RESUMO

A violência por parceiro íntimo (VPI) durante a gestação pode desencadear complicações obstétricas e prejudicar a saúde física e psicológica da mulher. No período pós-parto o retorno às atividades sexuais geralmente ocorre por volta da 12^a semana, porém, vários fatores podem influenciar a função sexual e o tempo de retorno. Quando uma mulher está exposta à violência é provável que as negociações em relação às práticas sexuais se tornem mais desafiadoras. O objetivo deste estudo foi analisar se existe associação entre VPI na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto. Foi realizado um estudo longitudinal com dados da Coorte de Pré-Natal de 2010, denominada BRISA, em São Luís – MA, conduzido com 665 mulheres. A VPI na gestação foi medida por meio de instrumento de violência contra a mulher criado e validado pela Organização Mundial da Saúde categorizada em quem não sofreu violência e quem sofreu VPI na gestação. O tempo de retorno das atividades sexuais após o parto foi investigado por meio de questionário estruturado, categorizado em até 3 meses e após 3 meses. Foi elaborado um Gráfico Acíclico Direcionado (DAG) para indicar um conjunto mínimo de variáveis de ajuste a fim de minimizar possíveis vieses de confundimento. Modelos de regressão logística bruto e ajustado foram usados para investigar se existe associação entre VPI na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto. Calculou-se o *Odds Ratio* (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). A prevalência de violência perpetrada pelo parceiro íntimo na gestação foi de 24,06%. A prevalência de mulheres que retornaram as atividades sexuais em até 3 meses após o parto foi de 67,96%. Ao analisar a associação entre exposição e desfecho, observou-se que não houve associação no modelo bruto (OR: 0,88; IC 95%: 0,60 – 1,30) nem no modelo ajustado (OR: 1,00; IC 95%: 0,61 – 1,63). No entanto, este estudo contribui para preencher lacunas no conhecimento científico sobre os desfechos negativos da violência na gestação sugerindo novas perspectivas e caminhos para ampliação do cuidado integral à saúde das mulheres. Além disso, enfatiza-se a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde, sobretudo o enfermeiro, para a busca ativa e identificação de casos de violência em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal.

DESCRITORES: Violência contra a mulher. Violência por parceiro íntimo. Gravidez. Comportamento Sexual. Período pós-parto.

ABREU, L. P. **Intimate partner violence during pregnancy and time to return to sexual activities after childbirth**: analysis of the BRISA Prenatal Cohort. 2023. 96 f. Dissertation (Master's) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, 2023.

ABSTRACT

Intimate partner violence (IPV) during pregnancy can trigger obstetric complications and harm the woman's physical and psychological health. In the postpartum period, the return to sexual activities usually occurs around the 12th week, however, several factors can influence sexual function and the time of return. When a woman is exposed to violence, negotiations regarding sexual practices are likely to become more challenging. The objective of this study was to analyze whether there is an association between IPV during pregnancy and time to return to sexual activity after childbirth. A longitudinal study was carried out with data from the Prenatal Cohort of 2010, called BRISA, in São Luís - MA, conducted with 665 women. IPV during pregnancy was measured using a violence against women instrument created and validated by the World Health Organization, categorized into those who did not suffer violence and those who suffered IPV during pregnancy. The time to return to sexual activities after childbirth was investigated using a structured questionnaire, categorized into up to 3 months and after 3 months. A Directed Acyclic Graph (DAG) was prepared to indicate a minimum set of adjustment variables in order to minimize possible confounding biases. Crude and adjusted logistic regression models were used to investigate whether there is an association between IPV during pregnancy and time to return to sexual activity after childbirth. The odds ratio (OR) was calculated with their respective 95% confidence intervals (95% CI). The prevalence of intimate partner violence during pregnancy was 24.06%. The prevalence of women who returned to sexual activity within 3 months after childbirth was 67.96%. When analyzing the association between exposure and outcome, it was observed that there was no association in the crude model (OR: 0.88; 95% CI: 0.60 – 1.30) nor in the adjusted model (OR: 1.00; CI 95%: 0.61 – 1.63). However, this study contributes to filling gaps in scientific knowledge about the negative outcomes of violence during pregnancy, suggesting new perspectives and ways to expand comprehensive care for women's health. In addition, it emphasizes the need to sensitize health professionals, especially nurses, for the active search and identification of cases of violence in all phases of the pregnancy-puerperal cycle.

KEYWORDS: Violence against women. Intimate partner violence. Pregnancy. Sexual Behavior. Postpartum period.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES DA DISSERTAÇÃO

- | | |
|---|----|
| Figura 1 - Fluxograma da população e amostra das participantes da Coorte BRISA analisadas. | 28 |
| Figura 2 - Gráfico Acíclico Direcionado para a associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto. | 34 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES DO ARTIGO

- | | |
|---|----|
| Figura 1 - Fluxograma da população e amostra das participantes da Coorte BRISA analisadas. | 40 |
| Figura 2 - Gráfico Acíclico Direcionado para a associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto. | 43 |

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Caracterização da amostra geral e prevalência de retorno da atividade sexual no pós-parto de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e condições de saúde das participantes da Coorte BRISA. São Luís - MA, 2010 - 2011. 44
- Tabela 2 - Associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto das participantes da Coorte BRISA, São Luís - MA, 2010 - 2011. 46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ABEP | - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas |
| BAI | - Beck Anxiety Inventory |
| CCEB | - Critério de Classificação Econômica Brasil |
| CEPEC | - Centro de Pesquisas Clínicas |
| CES-D | - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale |
| CNPq | - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| DAG | - Gráfico Acíclico Direcionado |
| DECIT | - Departamento de Ciência e Tecnologia |
| DPP | - Depressão Pós- parto |
| FAPEMA | - Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão |
| FMRP | - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto |
| IC | - Intervalo de Confiança |
| HUMI | - Hospital Universitário Materno Infantil |
| HUUFMA | - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão |
| MOS | - Medical Outcomes Study |
| OMS | - Organização Mundial de Saúde |
| OR | - Odds Ratio |
| PRONEX | - Programa de Apoio a Núcleos de Excelência |
| PSS | - Perceived Stress Scale |
| SINAN | - Sistema de Informação de Agravos e Notificação |
| TCLE | - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TEPT | - Transtorno de Estresse Pós-Traumático |
| UBS | - Unidade de Atenção Básica |
| UFMA | - Universidade Federal do Maranhão |
| VPI | - Violência por Parceiro Íntimo |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 1.1 | Justificativa..... | 15 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 17 |
| 2.1 | Objetivo Geral..... | 17 |
| 2.2 | Objetivos Específicos..... | 17 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 18 |
| 3.1 | Conceito e Tipologia da Violência..... | 18 |
| 3.2 | Violência por Parceiro Íntimo na Gestação..... | 19 |
| 3.3 | Comportamento Sexual no Pós-parto..... | 22 |
| 4 | MÉTODOS..... | 26 |
| 4.1 | Delineamento do Estudo..... | 26 |
| 4.2 | Local do Estudo..... | 26 |
| 4.3 | População e Amostra..... | 26 |
| 4.4 | Instrumentos e Coleta de Dados..... | 28 |
| 4.5 | Variáveis..... | 29 |
| 4.5.1 | Variável Exposição..... | 29 |
| 4.5.2 | Variável Desfecho..... | 30 |
| 4.5.3 | Variáveis Complementares..... | 30 |
| 4.6 | Análise dos Dados..... | 33 |
| 4.7 | Aspectos Éticos e Legais..... | 34 |
| 5 | RESULTADOS..... | 35 |
| 5.1 | Artigo..... | 35 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 54 |
| | REFERÊNCIAS..... | 56 |
| | ANEXO A..... | 64 |
| | ANEXO B..... | 73 |
| | ANEXO C..... | 81 |
| | ANEXO D..... | 86 |
| | ANEXO E..... | 89 |
| | ANEXO F..... | 93 |

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher caracteriza-se como qualquer ato de violência de gênero que resulte em prejuízo físico, sexual ou psicológico ou em sofrimento para as mulheres, incluindo a ameaça de praticar tais atos, a repressão e a privação da liberdade, ocorrendo tanto em público como em ambiente privado. Considerada um agravo de saúde pública, é um fenômeno complexo pautado nas relações desiguais de poder, ou seja, constitui um tipo de violência motivada pela ordem patriarcal de gênero (WHO, 2021; SAFFIOTI, 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência contra a mulher é endêmica em diversos países e culturas, ocasionando danos a milhões de mulheres e suas famílias. Estima-se que cerca de 852 milhões de mulheres com 15 anos ou mais são submetidas ao longo da vida à violência física ou sexual por um parceiro íntimo ou violência sexual por uma pessoa sem vínculo afetivo. Frequentemente, a violência é praticada no ambiente doméstico (WHO, 2021).

Geralmente, a mulher é violentada em seu próprio lar por uma pessoa com quem mantém relação de afeto e mais da metade dos crimes contra a mulher acontece no núcleo familiar, sendo o agressor o próprio marido ou companheiro, atual ou passado (FERREIRA; VASCONCELOS; MOREIRA FILHO; MACENA, 2016). Dessa forma, a violência por parceiro íntimo (VPI) configura-se como um comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual e/ou psicológico, envolvendo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamento dominantes (WHO, 2021).

Considerada uma das principais formas de violação dos direitos humanos, a violência pode acometer mulheres de várias idades, origens, raças, classes sociais, estados civis, escolaridade e orientação sexual (BRASIL, 2011). Quando ocorre na gravidez, os riscos aumentam, visto que envolve um ser humano em vida intrauterina (CHU; GOODWIN; D'ANGELO, 2010; AUDI; CORRÊA; LATORRE; SANTIAGO, 2008).

No decorrer de uma gestação a mulher passa por uma série de transformações fisiológicas e psicológicas, tornando-se mais sensível e fragilizada. A ocorrência de violência nesse período pode resultar em diversos desfechos negativos para o binômio mãe-filho como trabalho de parto prematuro, hemorragias, cefaleias, abortamentos, depressão, infecção do trato urinário, trauma fetal, desmame precoce

e aumento do risco da mortalidade perinatal e neonatal (ALVES; BEZERRA, 2020; FIOROTTI; AMORIM; LIMA; PRIMO; MOURA; LEITE, 2018; RAMALHO; FERREIRA; LIMA, 2017).

Segundo Audi, Segal-Corrêa, Santiago e Pérez-Escamilla (2012), quando as gestantes são expostas à violência nas suas diversas formas, além de intercorrências como aborto, baixo peso ao nascer e prematuridade, depressão e síndrome de estresse pós-traumático, elas têm mais chances de apresentar sangramento vaginal e ausência de desejos. Ao serem submetidas à violência dentro do lar, cometida pelo parceiro íntimo, as negociações das práticas sexuais são dificultadas, uma vez que a mulher vive coagida pela opressão exercida pelo companheiro (AGUIAR, 2015).

O comportamento sexual após a maternidade ainda é pouco explorado e o percurso sexual do pós-parto não ocorre somente no campo fisiológico, endócrino e genital, mas na sua totalidade. Nesse período a atividade sexual costuma ser reduzida ou ausente, especialmente em relação ao coito, para a maioria das mulheres, cujas razões vão desde o cansaço inerente à gravidez e ao próprio parto até a preocupação com as responsabilidades maternas (SIQUEIRA, MELO; MORAIS, 2019, ABUCHAIN; SILVA, 2006).

Embora VPI e dificuldades sexuais sejam problemas prevalentes no ciclo gravídico-puerperal que geram consequências à qualidade e à integralidade da vida da mulher, ainda existem lacunas na literatura sobre a relação entre esses aspectos. A maioria dos estudos aborda a temática correlacionando a violência com as repercussões no nascimento e desenvolvimento do bebê (SUSSMANN, 2017; DONOVAN; SPRACKLEN; SCHWEIZER; RYCKMAN; SAFTALAS, 2016; ALHUSEN; RAY; SHARPS; FAAN; BULLOCK, 2016; BERHANIE; GEBREGZIABHER; BERIHU; GEREZGIHER; KIDANE, 2019).

Diante do exposto, considerou-se importante compreender como mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo na gestação vivenciam a vida sexual após o parto. Assim sendo, o presente estudo objetiva verificar se existe associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto na coorte BRISA, em São Luís, Maranhão.

Justificativa

Violência na gestação é um fenômeno prevalente cujas repercussões afetam diretamente a saúde da mulher e do bebê. Tal fato é preocupante e reforça a necessidade de atenção redobrada dos serviços de saúde por meio de ações preventivas e de busca ativa de situações de violência contra a mulher desde o início do pré-natal (SILVA; ROCHA ARRAIS, 2020; BAIRD, 2015; DONOVAN; SPRACKLEN; RYCKMAN; SAFTALAS, 2016).

O nascimento de um filho provoca inúmeras mudanças na vida da mulher, da família e do casal, dentre elas alterações hormonais, anatômicas, psicológicas e sociais; e várias são as insatisfações com relação à saúde feminina. Ao longo desse período até 86% das mulheres apresentam queixas sexuais, principalmente a dispareunia e diminuição do desejo sexual (VETTORAZZI; MARQUES; HENRSCHHEL; RAMOS; MARTINS-COSTA; BADALOTTI, 2012).

Ciente de que a assistência integral à saúde da mulher engloba questões relacionadas à saúde sexual e exige do profissional de saúde, sobretudo do (a) enfermeiro (a), conhecimento em relação aos processos fisiológicos e comportamentais que acometem mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal, julgou-se importante verificar se existe associação entre VPI na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto.

O interesse pelo tema surgiu com a afinidade da pesquisadora com a área da saúde da mulher. Afinidade essa que teve início desde a graduação em enfermagem, sendo fortalecida na pós-graduação, por meio da vivência na especialização em Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia e, posteriormente, na residência multiprofissional em Enfermagem em Saúde da Mulher do Hospital Universitário Materno Infantil (HUUFMA), onde participou ativamente do cuidado integral de diversas mulheres em diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal, lidando com suas experiências de vida, inclusive de violência na gestação.

A enfermagem, enquanto ciência e profissão, desempenha um papel fundamental na rede de combate à violência contra a mulher atuando em diversos serviços de atendimento e contribuindo para a produção científica. No entanto, as pesquisas sobre VPI e sua relação com a sexualidade da mulher ainda são limitadas nessa área. Há uma carência de estudos que explorem os impactos físicos e psicológicos da violência na sexualidade das mulheres, principalmente no que se

refere a estudos longitudinais. Portanto, a compreensão dos desafios relacionados à função e negociação sexual após a violência é uma área que requer mais atenção e pesquisa.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para melhor compreender as dificuldades sexuais e barreiras enfrentadas pelas mulheres vítimas de violência, assim como para conscientizar e sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância de implementar políticas públicas de saúde que melhor atendam às necessidades dessas mulheres. Os dados divulgados neste estudo podem servir de base para futuras investigações acerca da temática e para subsidiar discussões que auxiliem nos processos de melhorias na assistência integral à saúde da mulher.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Verificar se existe associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto na coorte BRISA, na cidade de São Luís, Maranhão.

Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas, econômicas e de saúde materna das mulheres participantes do estudo;
- Estimar a prevalência da violência na gestação praticada pelo parceiro íntimo;
- Estimar a prevalência do tempo de retorno das atividades sexuais pós-parto das mulheres participantes do estudo; e
- Verificar se existe associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Conceito e Tipologia da Violência

A violência é compreendida como um grave problema de saúde pública e, para Minayo e Souza (1997), qualquer reflexão teórico-metodológica sobre esse fenômeno pressupõe o reconhecimento da sua complexidade e polissemia. As autoras consideram violência como qualquer ação intencional, perpetrada por um indivíduo, grupos, instituições, classes ou nações que ocasione a morte ou afete a integridade de outros seres humanos e que cause prejuízos físicos, sociais, psicológicos e (ou) espirituais (MINAYO E SOUZA, 1997).

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS, editado por Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi e Lozano, a violência consiste no uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou possa resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação e pode ser dividida em três grandes categorias segundo as características daquele que comete o ato violento: violência autoinfligida, violência interpessoal e violência coletiva (KRUG; DAHLBERG; MERCY; ZWI; LOZANO, 2002).

A violência autoinfligida é aquela dirigida contra si mesmo. Já a violência interpessoal é classificada em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário. Entende-se por violência intrafamiliar a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente doméstico, mas não unicamente, e inclui as diversas formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos. A violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. A violência coletiva caracteriza-se pelos atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado (KRUG; DAHLBERG; MERCY; ZWI; LOZANO, 2002).

A essa tipologia da OMS, Minayo (2006) acrescenta mais um tipo de violência, a qual denomina “estrutural”, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e etnia, que oferece a base para todos os outros tipos de violência.

Em relação à natureza dos atos violentos, a violência é classificada, segundo a OMS, em quatro tipos:

- Violência física: qualquer ação em que o agressor afeta intencionalmente o corpo de outra pessoa, podendo levar a um prejuízo físico (socos, tapas, empurrões, chutes, mordidas e (ou) ameaças com arma de fogo, brancas etc.);
- Violência sexual: atividade sexual forçada, indesejada ou qualquer ato que vise a estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas;
- Violência psicológica ou violência emocional: caracterizada como agressão verbal, isolamento da vítima, humilhações e (ou) ofensas; e
- Violência envolvendo privação ou negligência: abandono, ausência ou recusa de cuidados necessários a alguém que necessita de atenção e cuidados.

Esses tipos ocorrem em cada uma das grandes categorias e de suas subcategorias antes descritas, exceto na violência autoinfligida (KRUG; DAHLBERG; MERCY; ZWI; LOZANO, 2002).

Violência por Parceiro Íntimo na Gestação

Vivemos em uma sociedade patriarcal em que os padrões são moldados, distinguindo diferenças e definindo o papel que a mulher pode ou não exercer na sociedade. Para as mulheres atribuem-se características como a passividade, a fragilidade, a emoção e a submissão; aos homens a atividade, a força, a racionalidade e a dominação. Essa concepção expressa a desigualdade de poder fazendo com que considera-se feminino seja frequentemente desvalorizado em relação ao masculino (LIRA; BARROS, 2018; BRASIL, 2012).

No que tange à violência contra a mulher, sua complexidade e seus mecanismos são elucidados a partir da perspectiva de gênero. De acordo com Saffioti (2004), entende-se gênero como uma construção histórica e sociocultural do masculino e do feminino de forma inter-relacionadas.

Para a autora supracitada, o gênero não regula apenas as relações entre homens e mulheres, mas também entre homens e entre mulheres. Portanto, essa categoria determina os papéis sociais que os indivíduos desempenharão em

sociedade e como eles estabelecerão as relações sociais. Logo, a violência de gênero pode caracterizar tanto a violência de um homem sobre uma mulher e de uma mulher sobre o homem, quanto entre duas mulheres ou entre dois homens, sendo a do homem sobre a mulher a mais frequente (SAFFIOTI, 2001).

Uma das formas mais comuns de violência de gênero é a violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo. De acordo com o relatório da OMS referente aos dados de 2000 a 2018 (WHO, 2021), a violência afeta de forma desproporcional as mulheres que vivem em países de baixa e média-baixa renda. Supõe-se que 37% das mulheres que vivem nesses países sofrem violência física e/ou sexual por parte de seu parceiro em sua vida. As taxas de prevalência de VPI entre mulheres de 15 a 49 anos são mais altas em três regiões: Oceania, Sul da Ásia e África Subsaariana com variações de 33% a 51%. Por outro lado, podemos observar taxas mais baixas na Europa (16 a 23%), Ásia Central (18%), Leste Asiático (20%) e Sudeste Asiático (21%). É importante destacar que mulheres mais jovens enfrentam riscos mais altos de violência recente. Entre as mulheres que já estiveram em um relacionamento, as taxas mais altas (16%) de VPI nos últimos 12 meses foram encontradas entre jovens de 15 a 24 anos (WHO, 2021).

A VPI envolve violência física, sexual, comportamento controlador, perseguição e/ou agressão psicológica e é inquestionável que sua ocorrência reflète consideravelmente na saúde física e mental da mulher. A violência física pode resultar em fraturas, lacerações e traumas cranianos; já a violência sexual pode causar infecções sexualmente transmissíveis, gravidezes indesejadas e distúrbios de dor. Pode ainda causar impactos na saúde mental, que incluem risco aumentado de depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), abuso de substâncias psicoativas e comportamentos suicidas. Essa grave violação dos direitos humanos pode acometer qualquer fase da vida, inclusive a gestação, de maneira a afetar negativamente a saúde materna e do feto (ABOTA; GASHE; DEYESSA, 2022; SILVA; LEITE, 2020; MASCARENHAS; TOMAZ; MENESES; RODRIGUES; PEREIRA; CORASSA, 2020).

Durante o período gestacional, é esperado que a mulher se exponha ao mínimo de riscos que possam comprometer sua saúde e do bebê. Porém, é frequente que mulheres, em diferentes contextos socioeconômicos e culturais, sejam submetidas à violência pelo menos uma vez na vida, inclusive durante a gestação. Apesar da sua significância, os dados relacionados à violência na gestação ainda

insuficientes e a quantidade limitadas de informações pode ser um empecilho à prevenção baseada em evidências, dificultando a identificação dos grupos de risco. Esses dados variam com frequência e estão relacionados com o contexto sociocultural em que a mulher está inserida (RIBEIRO; PESSOA; SAUAIA; SCHRAIBER; QUEIROZ; BATISTA, et al., 2020; CONCEIÇÃO; COELHO; MADEIRO, 2021).

Estudos revelam que há uma variação na prevalência de violência durante a gestação entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Na Nova Zelândia observou-se a prevalência de 15% e na China de 7%, enquanto na África verificou-se a prevalência de 2% a 57%. Já no Brasil, a prevalência encontrada foi de 13,1 a 34,6%. Um estudo realizado em 19 países mostrou diferenças entre os países de alta e baixa renda, encontrando 2% na Austrália e Dinamarca, mas 8,1% e 13,5% na Colômbia e em Uganda, respectivamente (FANSLOW; SILVA; ROBINSON; WHITEHEAD, 2008; WANG; LIU; LI; LIU; XU; SHI; CHEN, 2017; SHAMU; ABRAHAMS; TEMERMMAN; MUSEKIWA; ZAROWSKY, 2011; MENEZES; AMORIM; SANTOS; FAÚNDES, 2003; OKADA; HOGA; BORGES; ALBUQUERQUE, 2015; DEVRIES; KISHOR; JOHNSON; STÖCKL; BACCHUS; MORENO; WATTS, 2010).

Em um estudo transversal realizado no Brasil com dados de notificação compulsória de VPI contra mulheres maiores de 15 anos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2011 a 2017, os estados com maiores proporções de notificação foram Espírito Santo (67,6%), Acre (67,5%), Rio Grande do Sul (67,2%), Mato Grosso do Sul (66,0%) e São Paulo (65,9%). As menores proporções de notificação de VPI foram observadas no Distrito Federal (35,2%), Sergipe (36,4%), Alagoas (42,8%), Roraima (45,2%) e Amazonas (48,5%). Observou-se também maior proporção de relatos de VPI na gestação (MASCARENHAS; TOMAZ; MENESES; RODRIGUES; PEREIRA; CORASSA, 2020).

Alguns pesquisadores sugerem que a gestação pode conduzir a um melhor relacionamento conjugal e maior suporte do parceiro, diminuindo o risco de VPI, outros sugerem que pode ser um fator de estresse e desencadear o início ou aumento de VPI. Um estudo longitudinal de base populacional realizado em Hong Kong entre 2016 e 2017 observou um declínio geral da VPI durante a gravidez. Cerca de 24,6% mulheres relataram VPI antes da gravidez, 14,3% relataram VPI durante a gravidez e 14,3% relataram VPI após o parto (ISLAM; BROIDY; MASEROLLE; BAIRD; MANUMDER, 2018; CHAN; LO; LU; HO; LEUNG; IP, 2022).

O fato é que ainda não está claro se a gravidez é um fator de risco ou protetor para a violência. Segundo Alhusen, Ray, Sharps, Faan e Bullock (2015), é possível que, para algumas mulheres, a gravidez seja um fator de proteção, enquanto para outras seja um período de maior vulnerabilidade para a violência.

Em algumas situações, essas mulheres sequer reconhecem a violência e se percebem como vítimas. Nesse contexto, as ações de prevenção à violência contra as mulheres são de extrema relevância no sentido de desenvolver uma ampla discussão relacionada ao combate das desigualdades de gênero e desconstruções das relações de poder. Em vista disso, ressalta-se a importância dos profissionais de saúde, uma vez que a gestação pode ser um momento oportuno para a triagem e intervenção precoce com essas mulheres, principalmente durante as consultas de pré-natal. A enfermagem tem papel fundamental na assistência às gestantes em situação de violência, pois acompanha a mulher em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, o que facilita o desenvolvimento de estratégias para identificação, acolhimento, criação de vínculo e de consciência, auxiliando na tomada de decisão e enfrentamento da violência (FERLA, 2021; CONRADO; CARVALHO; VITA; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2021).

Comportamento Sexual no Pós-parto

A sexualidade faz parte da vida de todo ser humano desde os tempos remotos até os dias atuais e envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e culturais. Segundo Silva, Amorim, Nunes e Latorre (2017), a resposta sexual saudável é formada por quatro etapas: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Alterações ou ausência de alguma destas fases caracterizam a disfunção sexual, que também pode ser definida como a não concreção do ato sexual ou a baixa satisfação obtida com ele. A disfunção sexual feminina é definida nos seguintes domínios: alterações do desejo, da excitação, anorgasmia, dispareunia e vaginismo. Essas disfunções podem se sobrepor e ter evoluções distintas (SILVA; AMORIM; NUNES; LATORRE, 2017; SUSSMANN; FAISAL-CURY; PEARSON, 2020).

A sexualidade feminina possui determinantes variados, o que a torna um fenômeno complexo. A relação sexual pode ser motivada por diversos fatores: psicológicos, socioculturais e relacionais. A ampla interação entre esses fatores caracteriza a função sexual como um evento multifatorial que influencia na qualidade

e sensação experimentada durante o ato sexual (BIA, 2010; BRASIL, 2013; ROGERS; PAULS; THAKAR; MORIN; KUHN; PETRI et al., 2018).

Ao longo de sua vida sexual, a mulher vivencia uma série de adaptações físicas e emocionais, que englobam questões gravídicas, puerperais, alterações hormonais e até mesmo a forma de se ver como um indivíduo sexual. No que se refere à gestação, logo após o parto, com a saída da placenta, inicia-se um período que dura em torno de seis semanas, denominado puerpério. Esse período é dividido em três etapas: puerpério imediato, tardio e puerpério remoto, que vai além dos 45 dias até 12 meses que sucedem o parto, e merece um olhar mais atento, por ser marcado pela adaptação da mulher em relação ao nascimento da criança, além de todas as modificações do seu corpo e da sua rotina, bem como, do parceiro e da família (BRASIL, 2013; SOUSA; CAVALCANTE; ABRÃO, 2021; NUNES; ALMEIDA; CAMPOS; SILVA; RAMOS; OLIVEIRA, et al., 2021).

Durante o puerpério alternam-se na mulher sentimentos de alegria, medo, alívio, ansiedade, realização e incertezas, entre outros. É comum que muitas mulheres sintam receios relacionados a esse período, uma vez que muitas delas não se sentem preparadas para encarar os desafios da maternidade (SOUZA; SOUZA; RODRIGUES, 2013).

Nesse período, a vivência da sexualidade é muito complexa e, geralmente, associa-se à redução do bem-estar biológico, psicológico, conjugal e familiar, implicando, muitas vezes, em uma reestruturação na vida do casal. Alterações dos padrões de atividade sexual, diminuição do desejo e do prazer sexual são mudanças que podem acontecer e persistir tempos após o término dos cuidados pós-parto convencionais (PEREIRA; GRADIM, 2014; ABUCHAIM; SILVA, 2006).

O retorno das atividades sexuais após o parto pode variar devido a algumas dificuldades comuns nessa fase. Um estudo transversal japonês que investigou a função sexual das mulheres no puerpério identificou uma piora em alguns aspectos como excitação, lubrificação, orgasmo e dor entre 1 e 3 meses após o parto, porém, na comparação com 12 meses, verificou melhora nos escores referentes a esses domínios (SAOTOME; YONEZAWA; SUGANUMA, 2018).

Os fatores que podem influenciar na função sexual das mulheres após o parto são diversos. Uma pesquisa que entrevistou 15 mulheres no puerpério apontou os condicionantes e determinantes para o retorno da atividade sexual. Em cinco relatos das sete que já haviam retornado à atividade sexual aparece o medo de uma nova

gestação. As entrevistadas relataram também o medo da dor durante a relação sexual, além da redução da libido na narrativa de nove entrevistadas, em que as mulheres relacionam o “papel de mãe” e as modificações corporais do puerpério como fatores que despertam vergonha da autoimagem (ENDERLE; KERBER; LUNARDI; NOBRE; MATTOS; RODRIGUES, 2013).

Yeniel e Petri (2014) conduziram uma revisão com 33 estudos que avaliaram os desfechos dos primeiros meses pós-parto até mais de um ano. Foram elencados como fatores de risco independentes para disfunção sexual: idade materna, amamentação, depressão, cansaço, inatividade sexual no primeiro trimestre da gestação, presença e graus de lesões perineais, imagem corporal após o parto, preocupação com nova gestação e infecção urinária.

Em revisão mais recente, o trauma perineal, a amamentação e a depressão pós-parto (DPP) mostraram-se os principais influenciadores da disfunção sexual puerperal. Além desses fatores, estudos apontam que abusos sexuais pelo cônjuge estão associados a sintomas psicoemocionais, tais como: dificuldade de interação social, transtorno de estresse pós-traumático e depressão grave, o que pode refletir na sexualidade da mulher (VASCONCELLOS; DAMASCENO; PRAZERES; MONUORI; PAVARINO; VENTURA, 2022; CAMPOS; GOMES; SANTANA; CRUZ; GOMES; PEDREIRA, 2019).

De acordo com Woolhouse, McDonald e Brown (2011), a maioria das puérperas não recebe orientações precisas sobre a saúde sexual na gestação e sobre quando retornar às atividades sexuais no puerpério. Muitas mulheres acabam retornando, embora não tenham desejo, apenas para manter a intimidade e atender às expectativas do parceiro, o que pode contribuir para o surgimento de problemas de saúde sexual (WOOLHOUSE; McDONALD; BROWN, 2011; JAMBOLA; GELAGAY; BELEW; ABAJOBIR, 2020).

Para Drozdowskyj, Castro, López, Taland e Actis (2019), é necessário que o casal seja orientado durante o pré-natal sobre os mais variados temas, inclusive a sexualidade. Segundo os autores, orientações sobre fadiga, dor, mudanças corporais e no papel do casal beneficiam a experiência sexual pós-parto. Estudos apontam que a participação do parceiro no pré-natal reduz a violência doméstica e a possibilidade de depressão puerperal, aumenta os laços afetivos, melhora a qualidade do pré-natal e influencia positivamente a compreensão e aceitação das orientações no puerpério

(DROZDOWSKYJ; CASTRO; LÓPEZ; TALAND; ACTIS, 2019; AGUIAR; JENNINGS, 2015; HORTA; MARTINS; NONATO; ALVES, 2017).

4 MÉTODOS

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo longitudinal realizado com dados da coorte intitulada “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras – BRISA”. A coorte BRISA foi realizada em São Luís, Maranhão, e Ribeirão Preto, São Paulo. Foi iniciada em 2010 e ocorreu em três etapas: pré-natal (baseline), 1º seguimento (no nascimento) e 2º seguimento (entre 12 e 35 meses pós-parto). Nesse estudo foram utilizados dados das três etapas da cidade de São Luís, Maranhão (CONFORTIN; RIBEIRO; BARROS; MENEZES; HORTA; VICTORA, et al., 2021).

Essa pesquisa foi desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (FAPEMA) e Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (PRONEX).

Local do Estudo

São Luís é a capital do estado do Maranhão, localizado na Região Nordeste. É a principal cidade da Região Metropolitana da Grande São Luís. Em 2010 tinha uma população de 1.014.837 habitantes, sendo 375.093 mulheres em idade fértil, entre 10 e 49 anos, e população estimada de 15.259 gestantes (ROCHA; BRITTO E ALVES; CHAGAS; SILVA; BATISTA; SILVA, 2016).

População e Amostra

Na fase do pré-natal foi utilizada a amostra de conveniência pela impossibilidade de obtenção de amostra aleatória representativa de mulheres grávidas, pois não há um registro único e confiável dessas mulheres e/ou daquelas que fazem pré-natal (SILVA; SIMÕES; BARBIEIRI; CARDOSO; ALVES; THOMAZ et al., 2014).

As mulheres foram contatadas em quatro unidades de saúde de São Luís, sendo elas: Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI), Maternidade Benedito Leite, Maternidade Marly Sarney e Centro de Saúde Genésio Rego, na ocasião de uma consulta pré-natal realizada até o 5º mês de gravidez, e convidadas a comparecerem ao Centro de Pesquisa Clínica (CEPEC) da Universidade Federal do Maranhão para participarem da pesquisa. A amostra inicial foi constituída por 1447 gestantes que foram entrevistadas no período de fevereiro de 2010 a junho de 2011.

Para que a gestante fosse incluída na pesquisa BRISA era necessária, no mínimo, uma ultrassonografia obstétrica antes da 20ª semana de gestação e a uma idade gestacional entre 22 e 25 semanas durante a coleta de dados. A gravidez múltipla foi critério de não inclusão por ser considerada uma das principais causas de nascimento pré-termo mesmo na ausência de complicações.

Ao final da coleta de dados pré-natal as mulheres receberam um cartão de participação com informações sobre outros momentos de coleta de dados para a coorte (no nascimento e no segundo ano de vida de seus bebês), bem como instruídas a comunicarem aos investigadores que pertenciam à coorte assim que chegassem ao hospital para o parto. Seus partos ocorreram de maio de 2010 a novembro de 2011. Um total de 1.381 mães foram entrevistadas mais uma vez até 24 horas após o parto, compondo a amostra do nascimento.

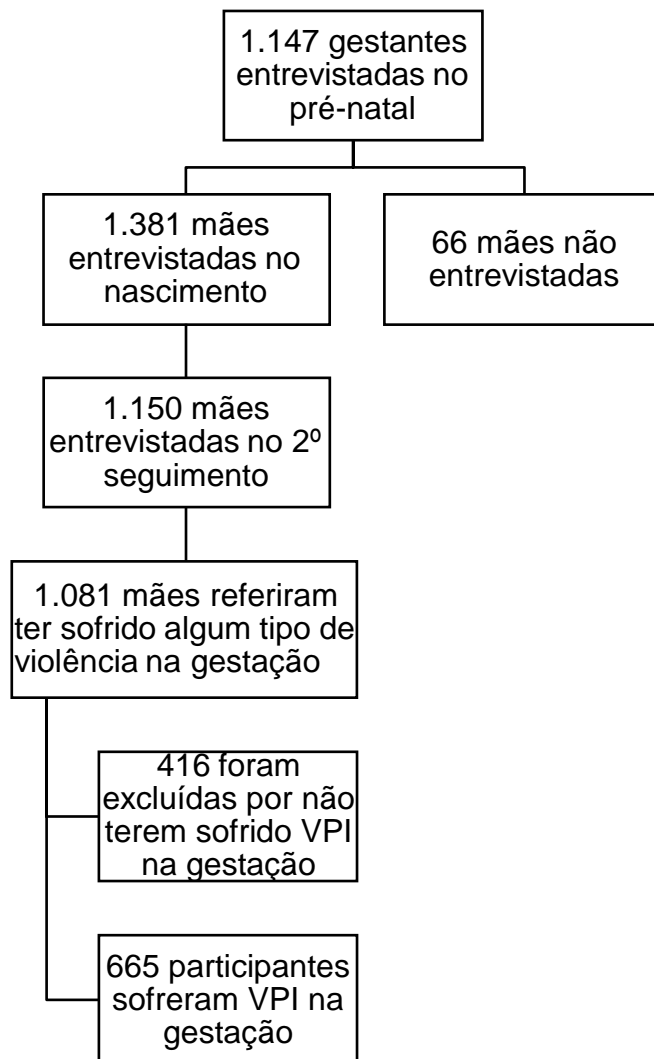
No 2º seguimento, realizado entre setembro de 2011 e março de 2013, as mães foram convidadas por telefone a comparecer no Hospital Universitário Materno Infantil para nova entrevista, realizada de segunda a sábado, quando as crianças estavam na faixa de 12 a 35 meses. Nesse momento, eram informadas sobre o propósito e a importância do seu retorno juntamente com a criança, e sua avaliação era agendada. Caso não comparecessem no dia agendado, eram convidadas novamente e uma nova data era marcada.

Quando não foi possível o contato telefônico, um motoboy devidamente identificado com a camiseta do projeto realizou a busca ativa dessas mães pelo endereço. Ao encontrá-las, o mensageiro entregava um panfleto explicativo sobre a pesquisa e solicitava um número de telefone para contato, para que então fosse agendada a avaliação. Apesar do contato telefônico e do agendamento da avaliação algumas mães não compareciam. Como última estratégia foram enviadas entrevistadoras à casa tanto das mães que não compareceram à avaliação quanto daquelas que referiram impossibilidade de comparecimento. Se ainda assim se

recusassem a participar, a vontade era respeitada. Por fim, nessa etapa foram entrevistadas 1.151 mães, das quais 1.081 referiram ter sofrido algum tipo de violência na gestação.

Para fins deste estudo foram excluídas da amostra aquelas que não haviam sofrido VPI e que não apresentaram respostas nas variáveis exposição, desfecho e variáveis complementares, totalizando 665 participantes (Fig. 1).

Figura 1. Fluxograma da população e amostra das participantes da coorte BRISA analisadas



Fonte: Autora

Instrumentos e Coleta de Dados

Para a coleta de dados foram utilizados métodos de entrevista nos três momentos, com aplicação de questionários padronizados. Todos os entrevistadores foram previamente treinados em todas as etapas. Participantes e acompanhantes

foram informados sobre objetivos, procedimentos metodológicos e aspectos éticos e legais da pesquisa.

No Pré-natal foram utilizados dois questionários:

1) Questionário de Entrevista Pré-Natal (ANEXO A), utilizado para análise das variáveis socioeconômicas e demográficas como idade da gestante, escolaridade em anos de estudo da gestante, situação conjugal, número de filhos residentes no domicílio com a gestante (biológicos ou não) e ocupação materna e classificação econômica. Foram investigadas também a idade e escolaridade do parceiro.

2) Questionário Autoaplicado do Pré-natal (ANEXO B), do qual foram extraídas informações sobre nível de estresse (Bloco M), sintomas de ansiedade (Bloco O), sintomas de depressão (Bloco P), apoio social (Bloco S), ocorrência de violência na gestação e nos doze meses anteriores (Bloco T).

No Nascimento foi utilizado o Questionário de Nascimento – Mãe (ANEXO C) para coleta de informações sobre cor da pele (não interrogada na fase do Pré-natal) e dados da saúde sexual e reprodutiva, tais como planejamento da gravidez e tipo de parto.

No 2º Seguimento foram utilizados dados do Questionário do 1º ano – Mãe (ANEXO D), por meio do qual foram obtidas informações sobre o período de retomada da atividade sexual após o parto.

Variáveis

Variável Exposição

A violência na gestação foi investigada por meio do instrumento *World Health Organization Violence Against Women* (WHO, 2005). Esse instrumento, validado no Brasil (SCHRAIBER; LATORRE; FRANÇA JÚNIOR; SEGRI; D'OLIVEIRA, 2010), é composto por 32 questões sobre a violência durante a gestação atual e nos 12 meses anteriores, incluindo violência psicológica, física e sexual, bem como sobre seu (s) autor (es).

Os 13 primeiros itens do Questionário de Violência (1T a 13T) se referem à violência durante a gestação. Os quatro primeiros estão relacionados à violência psicológica e abordam insultos, humilhações e ameaças. Seis questões investigam

violência física e questionam sobre tapas, ameaças ou ferimentos com objetos, empurrões, tranco/chacoalhão, socos, chute, surras, estrangulamento, queimadura proposital, ameaça ou ferimento por arma de fogo, faca ou outro tipo de arma. Três perguntas indagam sobre situações de relações sexuais forçadas. As questões subsequentes (17T a 29T) se referem aos episódios de violência ocorridos nos últimos 12 meses. As opções de respostas para cada uma dessas questões são: 0 (não); 1 (uma vez); 2 (poucas vezes); e 3 (muitas vezes) (WHO, 2005).

Considerou-se como exposição sofrer violência por parceiro íntimo na gestação. Essa variável foi medida por meio da pergunta “Quem fez isso com você?”. As opções de resposta no questionário eram: “atual marido/companheiro/namorado”; “ex-marido/companheiro/namorado”; “pai”; “padrasto”; “mãe”; “madrasta”; “irmão/irmã/outro familiar que mora na mesma residência”; “familiar que não reside com você”; “vizinho ou outra pessoa conhecida”; “outros”; e “não houve violência”. Neste estudo essa variável foi agrupada em duas categorias: quem não sofreu violência; e quem sofreu violência na gestação pelo parceiro íntimo (atual ou ex-parceiro).

Variável Desfecho

O tempo de retorno às atividades sexuais no pós-parto foi investigado por meio do questionário aplicado à mãe no 2º seguimento a partir da pergunta: “Com quanto tempo depois do nascimento a senhora retomou a atividade sexual?”. Essa pergunta apresentava as seguintes respostas: “0 a 14 dias após o parto”; “30 dias após o parto”; “entre o 1º e 3º mês”; “entre o 3º e o 6º mês”; “após o 9º mês”; “ainda não retornou à atividade sexual”; e “não sabe ou não quer informar”. No entanto, neste estudo, optou-se por categorizá-la em “até 3 meses” e “após 3 meses”.

Variáveis Complementares

- Variáveis Sociodemográficas

A i- idade da gestante foi categorizada em: 14 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 anos ou mais; ii- cor da pele em: branca; preta/negra; parda/mulata/cabocla/morena;

e amarelo/oriental (IBGE, 2008); iii- escolaridade em anos de estudo da gestante: 0 a 8 anos; 9 a 11 anos; e 12 anos ou mais; iv- situação conjugal da gestante: casada; ou união consensual; v- número de filhos residente no domicílio com a gestante: sem filhos; um filho; dois filhos ou mais; vi- ocupação da gestante: não trabalha; trabalhadora manual; trabalhadora não manual; vii- a classificação econômica (A/B; C; D/E) foi avaliada por meio do instrumento criado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP). O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) estabeleceu as classes econômicas A, B, C, D e E de acordo com a posse de bens e grau de instrução do chefe de família, sendo as categorias A e B as com mais poder de consumo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS, 2013). viii- A idade do parceiro foi categorizada em: 16 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 anos ou mais; e ix- a escolaridade do parceiro em anos de estudo: 0 a 8 anos; 9 a 11 anos; 12 anos ou mais.

- Variáveis relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva

O planejamento da gravidez foi categorizado em: sim ou não; e o tipo de parto em: vaginal ou cesárea.

- Variáveis de saúde mental da gestante

O nível de estresse foi investigado pela Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale*, PSS-14), um instrumento traduzido e validado para a população brasileira de fácil aplicação, que mensura o estresse percebido, ou seja, o quanto os indivíduos percebem as situações como estressantes. A PSS é uma escala geral que pode ser utilizada em diversas faixas etárias e grupos populacionais, inclusive em gestantes, pois não apresenta questões específicas do contexto. Ela contém 14 itens criados para verificar o quão imprevisível, incontrolável e sobrecarregado o participante avalia sua vida. As repostas variam de zero a quatro: 0 (nunca); 1 (quase nunca); 2 (às vezes); 3 (quase sempre); e 4 (sempre). O score é obtido revertendo-se os scores dos itens positivos e somando-se as repostas dos 14 itens, com o score total variando de 0 a 70 (PENAFORTE; MATTA; JAPUR, 2016; ROCHA; BRITTO E ALVES; CHAGAS; SILVA; BATISTA; SILVA, 2016).

Os sintomas de ansiedade foram avaliados pela Escala de Ansiedade de Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI), uma escala autoaplicada, validada em português, que mensura a intensidade dos sintomas de ansiedade. O sujeito avalia, numa escala de quatro pontos (ausente; suave; moderado; severo), a percepção de seu nível de ansiedade em 21 situações ansiogênicas referentes à última semana. Utilizada para avaliação clínica da ansiedade, essa escala tem se mostrado um instrumento adequado para rastreamento de indivíduos com transtornos de ansiedade na população geral (CUNHA, 2001; ROCHA; BRITTO E ALVES; CHAGAS; SILVA; BATISTA; SILVA, 2016).

Os sintomas de depressão foram identificados pela Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, CES-D). Essa escala foi validada em português para uso em populações sem história conhecida de transtorno mental e avalia a intensidade dos sintomas depressivos. O instrumento é composto por 20 itens para avaliar a presença de humor deprimido. Os itens englobam questões relativas ao humor (itens 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17 e 18), sintomas psicossomáticos (itens 1, 5 e 11), sintomas relacionados às interações sociais (itens 14, 15 e 19) e sintomas relacionados à iniciativa motora (itens 2, 7, 13 e 20). As respostas se referem à frequência da ocorrência dos sintomas na última semana e admitem quatro gradações crescentes de intensidade (nunca ou raramente; às vezes; frequentemente; e sempre) e pontuações correspondentes (0, 1, 2 e 3). Os itens 4, 8, 12 e 16 (positivos) são pontuados com gradação inversa. O escore final varia de 0 a 60 pontos e corresponde à soma da pontuação de todas as respostas. (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010).

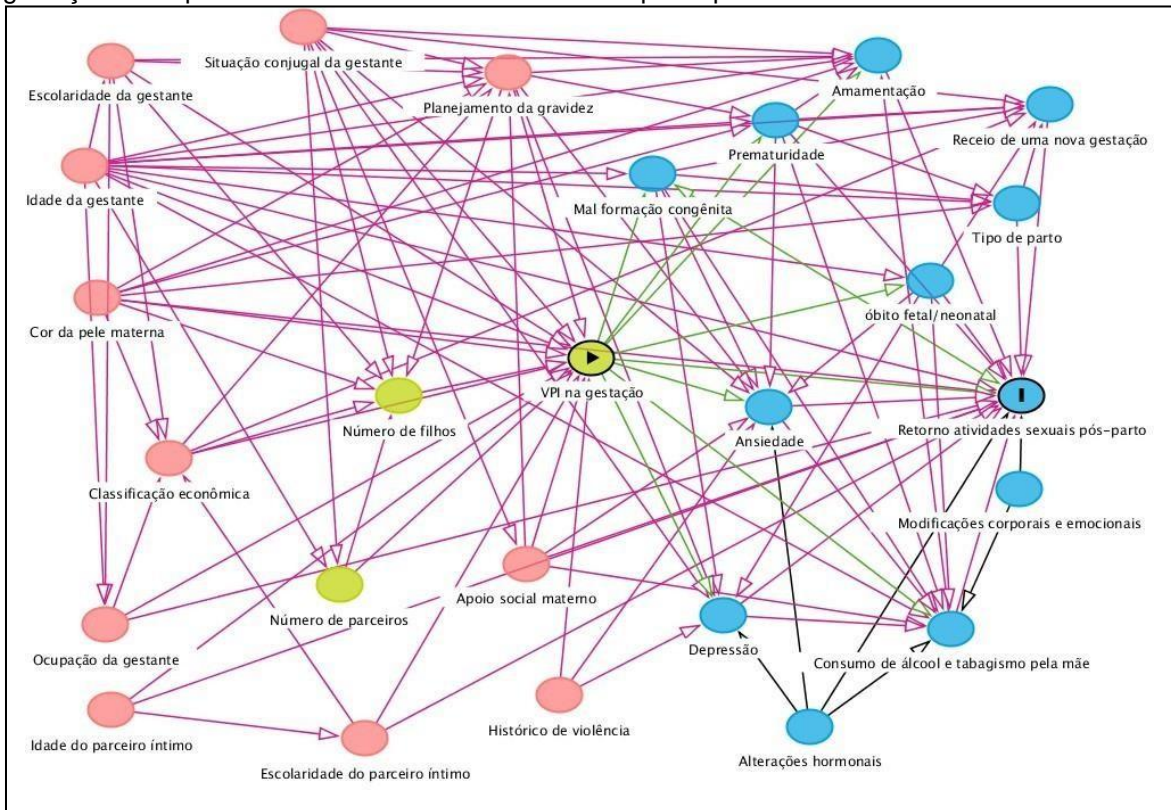
As informações sobre apoio social foram coletadas por meio da Escala de Rede e Apoio Social da *Medical Outcomes Study* (MOS). Esse instrumento foi validado e traduzido no Estudo Pró-Saúde, uma coorte de funcionários de uma universidade pública brasileira e abrange cinco dimensões de apoio social: material (quatro perguntas) - provisão de recursos práticos e ajuda material; afetiva (três perguntas) - demonstrações físicas de amor e afeto; interação social positiva (quatro perguntas) - contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se; emocional (quatro perguntas) - habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, como situações que exigem sigilos e encorajamento em momentos difíceis da vida; informação (quatro perguntas) - contar com pessoas

que aconselhem, informem e orientem. Para todas as perguntas cinco opções de respostas eram apresentadas: 1 (nunca); 2 (raramente); 3 (às vezes); 4 (quase sempre); e 5 (sempre). Foi calculado o score total das 19 variáveis e o terceiro tercil foi usado como ponto de corte (89 pontos), sendo categorizada como apoio social inapropriado (≤ 89 pontos) e apropriado (> 89 pontos) (GRIEP; CHOR; FAERSTEIN; WERNECK; LOPES, 2005; RIBEIRO; BATISTA; SCHRAIBER; PINHEIRO; SANTOS; SIMÕES et al., 2021).

Análise dos Dados

Inicialmente, para as análises descritivas, a distribuição das variáveis contínuas foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Calculou-se a frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas e a mediana e intervalo interquartil das variáveis contínuas. De acordo com o tempo de retorno à atividade sexual no pós-parto, as variáveis categóricas foram comparadas usando o Teste Qui-Quadrado e as variáveis contínuas empregando o Teste de Mann-Whitney (teste não-paramétrico alternativo ao Teste T de Student). Foi elaborado um Gráfico Acíclico Direcionado (DAG) no programa DAGitty® 3.0 (Fig. 2), que identificou o conjunto mínimo de variáveis de ajuste para minimizar possíveis vieses de confundimento, selecionando as seguintes variáveis: apoio social materno, classificação econômica, cor da pele materna, escolaridade da gestante, escolaridade do parceiro íntimo, histórico de violência, idade da gestante, idade do parceiro íntimo, ocupação da gestante, planejamento da gravidez e situação conjugal da gestante.

Figura 2 - Gráfico Acíclico Direcionado para a associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto.



Fonte: Programa DAGitty® 3.0

Para verificar se existe associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto, utilizou-se regressão logística (análise bruta e ajustada) e calculou-se o *Odds Ratio* (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

A análise estatística dos dados foi efetuada por meio do software Stata 14.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, Estados Unidos da América).

Aspectos Éticos e Legais

O estudo atende aos critérios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistadas foram convidadas a participar da pesquisa e, ao concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D). Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para a entrevistada e sua família em qualquer etapa da pesquisa. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário - UFMA (Parecer consubstanciado nº 223/2009) (ANEXO E).

5 RESULTADOS

Artigo

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO E TEMPO DE RETORNO DAS ATIVIDADES SEXUAIS APÓS O PARTO: Análise da Coorte de Pré-Natal BRISA

(A ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública)

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA GESTAÇÃO E TEMPO DE RETORNO DAS ATIVIDADES SEXUAIS APÓS O PARTO: ANÁLISE DA COORTE DE PRÉ-NATAL BRISA

INTIMATE PARTNER VIOLENCE DURING PREGNANCY AND TIME TO RETURN TO SEXUAL ACTIVITIES AFTER BIRTH: ANALYSIS OF THE BRISA PRENATAL COHORT

VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA DURANTE EL EMBARAZO Y TIEMPO DE RETORNO A LAS ACTIVIDADES SEXUALES DESPUÉS DEL PARTO: ANÁLISIS DE LA COHORTE PRENATAL BRISA

Liendne Penha Abreu

Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher.

Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Maranhão, Brasil.

E-mail: liendne@gmail.com

ORCID iD: 0000-0002-8175-2516

Rosângela Fernandes Lucena Batista

Enfermeira. Doutora em Ciências Médicas.

Departamento de Saúde Pública - Universidade Federal do Maranhão, Brasil.

E-mail: rosangelafb@ufma.br

ORCID iD: 0000-0002-1529-0165

Financiamento

Esta pesquisa foi financiada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT)/Ministério da Saúde.

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar se existe associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto na coorte BRISA, em São Luís, Maranhão. Trata-se de estudo longitudinal conduzido com 665 mulheres. A violência por parceiro íntimo na gestação foi medida por meio de instrumento de violência contra a mulher criado e validado pela Organização Mundial da Saúde. O tempo de retorno das atividades sexuais após o parto foi investigado por meio de questionário estruturado. Modelos de regressão logística foram utilizados para verificar se existe associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto. A prevalência de violência perpetrada pelo parceiro íntimo na gestação foi de 24,06%. A prevalência de mulheres que retornaram às atividades sexuais em até 3 meses após o parto foi de 67,96%. Ao analisar a associação entre exposição e desfecho, observou-se que não houve associação no modelo bruto (OR: 0,88; IC 95%: 0,60 – 1,30), nem no modelo ajustado (OR: 1,00; IC 95%: 0,61 – 1,63). Os resultados do estudo evidenciam a importância de prestar assistência integral à saúde da mulher, considerando tanto aspectos físicos quanto psicológicos, uma vez que a violência tem impacto significativo em diversos aspectos da vida feminina

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a mulher; Violência por parceiro íntimo; Gravidez; Comportamento sexual; Período pós-parto.

Introdução

A violência por parceiro íntimo (VPI) representa um grave problema de saúde pública e atinge mulheres em todo o mundo¹. O fenômeno da violência contra a mulher pode se manifestar de diferentes formas: física, patrimonial, psicológica, moral e/ou sexual² e pode ocorrer em mulheres de várias idades, origens, raças, classes sociais, estados civis, escolaridade e orientação sexual³.

A fase do ciclo gravídico-puerperal é um período em que se espera maior proteção e cuidados voltados para o binômio mãe-filho⁴, no entanto, estudos nacionais e internacionais apontam para uma alta prevalência de VPI durante a gravidez⁵⁻¹⁰. A ocorrência de violência nesse período ou após o parto é preocupante, já que pode desencadear complicações obstétricas que refletem na saúde e na qualidade de vida da mulher e do feto/neonato¹¹.

As mulheres grávidas expostas a alguma situação de violência apresentam maior vulnerabilidade ao sofrimento psicológico, com aumento dos níveis de estresse, tristeza, angústia, transtornos mentais e ideação suicida. Essa situação pode resultar em baixa adesão ao pré-natal, risco de problemas ginecológicos e obstétricos tais como infecções no trato urinário e vaginal, internações pré-natais, morbidades maternas graves e ainda risco de aborto, crescimento intrauterino restrito, prematuridade, óbito perinatal e dificuldades na amamentação. Além de consequências físicas e psicológicas, acredita-se que a VPI possa estar relacionada à sexualidade após o parto, porém essa relação ainda não está totalmente clara na literatura¹².

A chegada de um filho traz consigo uma série de alterações emocionais e sociais na vida da mulher, da família e do casal, dentre elas, alterações hormonais, anatômicas, psicológicas e sociais e várias são as insatisfações com relação à saúde feminina. Ao longo desse período, até 86% das mulheres apresentam queixas sexuais, principalmente em relação à dispareunia e diminuição do desejo sexual¹³.

Apesar de muitas mulheres relatarem um declínio no interesse ou desejo sexual após o parto, cerca de 80% dos casais retornam às atividades sexuais até a 12ª semana após o parto. Após seis meses, a maioria das mulheres já voltou a ter relação sexual e, aos 12 meses, a maioria delas considera sua vida sexual semelhante ao período pré-gravídico¹⁴.

Contudo, esse período pode variar, já que vários fatores podem influenciar na função sexual e no retorno das atividades sexuais após o parto como idade materna, amamentação, depressão, cansaço, inatividade sexual no primeiro trimestre da gestação, presença e graus de lesões perineais, imagem corporal após o parto, preocupação com nova gestação e infecção urinária¹⁵.

A sexualidade tem diferentes significados e expressões que são vivenciados por cada mulher em seu cotidiano, tornando-se um importante aspecto a ser enfatizado e direcionado a um cuidado especializado¹⁶. Compreender de que forma a mulher vivencia a sexualidade no pós-parto é necessário, uma vez que nem sempre as expectativas para esse período são semelhantes, pois são mudanças, contextos e desafios distintos¹⁷.

No contexto em que a mulher é exposta à violência é provável que as negociações das práticas sexuais após o parto se tornem mais difíceis, já que ela está submetida à opressão do companheiro violento. Além disso, uma parcela significativa

de mulheres não recebe informações ou orientações sobre saúde sexual durante a gravidez, incluindo quando retornar à atividade sexual após o parto¹⁸. Muitas vezes, essas mulheres retomam à atividade sexual sem desejo, apenas para manter a intimidade e atender às expectativas do parceiro, o que pode contribuir para o surgimento de problemas de saúde sexual¹⁹.

Embora violência e dificuldades sexuais sejam problemas frequentes no ciclo gravídico-puerperal, observou-se que as pesquisas sobre VPI e sua relação com a sexualidade da mulher ainda são limitadas. Há uma carência de estudos que explorem os impactos físicos e mentais da violência na sexualidade das mulheres, principalmente no que se refere a estudos longitudinais. Dessa forma, o presente estudo objetiva verificar se existe associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto na coorte de pré-natal BRISA, na cidade de São Luís, Maranhão.

Métodos

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo longitudinal realizado com dados da coorte “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras - BRISA”. A coorte teve início em 2010, ocorreu em São Luís, Maranhão, e Ribeirão Preto, São Paulo, com dados coletados em três etapas: pré-natal (*baseline*); 1º seguimento (no nascimento); e 2º seguimento (entre 12 e 35 meses pós-parto).

Neste estudo foram usados dados das três etapas na cidade de São Luís, Maranhão²⁰.

Local do Estudo

São Luís é a capital do estado do Maranhão, principal cidade da Região Metropolitana da Grande São Luís. Em 2010, o município tinha população de 1.014.837 habitantes, sendo 375.093 mulheres em idade fértil, entre 10 e 49 anos, e população estimada de 15.259 gestantes²¹.

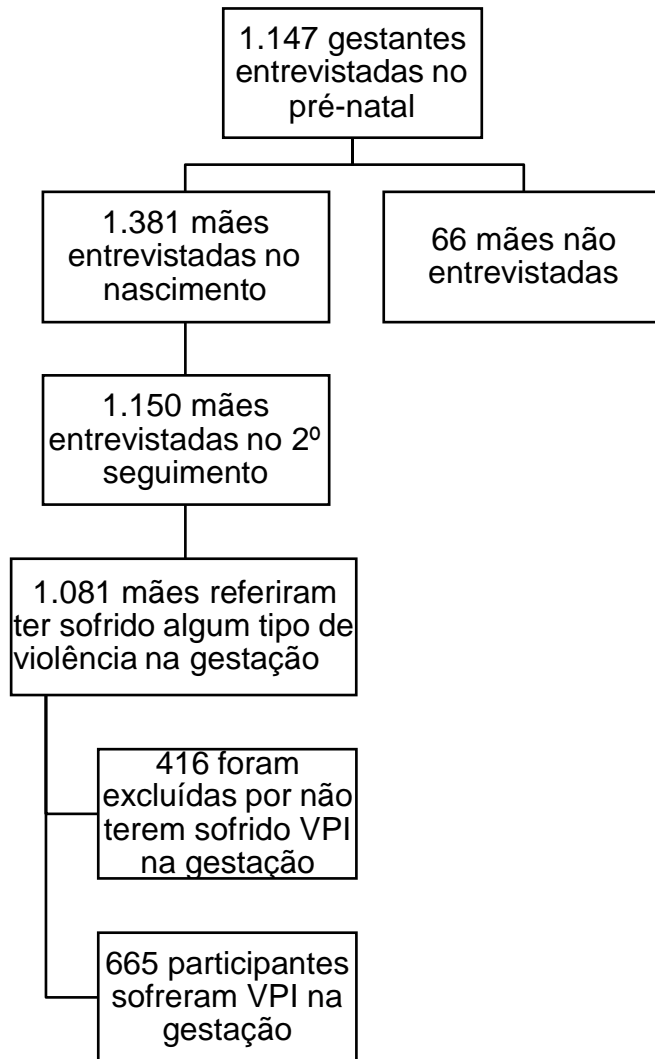
Participantes e Amostra

Na fase do pré-natal foi utilizada uma amostra de conveniência¹³. As gestantes foram contatadas no momento de uma consulta pré-natal realizada até o 5º mês de gravidez e deveriam ter, no mínimo, uma ultrassonografia obstétrica antes da 20ª semana de gestação, feto único e idade gestacional entre 22 e 25 semanas no momento da coleta de dados. Foram entrevistadas 1447 gestantes no período de fevereiro de 2010 a junho de 2011²².

Os partos das gestantes ocorreram de maio de 2010 a novembro de 2011. Um total de 1.381 mães foram entrevistadas mais uma vez até 24 horas após o parto, compondo a amostra do nascimento.

No 2º seguimento, realizado entre setembro de 2011 e março de 2013, as participantes foram convidadas por telefone a comparecerem ao Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI) quando as crianças estavam na faixa de 12 a 35 meses. Foram entrevistadas 1.151 mães, das quais 1.081 referiram ter sofrido algum tipo de violência na gestação. Para fins deste estudo foram excluídas da amostra aquelas que não haviam sofrido VPI e as que não expressaram respostas nas variáveis exposição, desfecho e variáveis complementares, totalizando 665 participantes (Fig. 1).

Figura 1. Fluxograma da população e amostra das participantes da coorte BRISA analisadas



Fonte: Autora.

Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta de dados foram empregadas entrevistas nos três momentos, com aplicação de questionários estruturados.

Variável Exposição

A violência na gestação foi investigada por meio do instrumento *World Health Organization Violence Against Women*²³, validado no Brasil²⁴, composto por 32 questões autoaplicáveis, que investiga se a mulher sofreu violência durante a gestação atual e nos 12 meses anteriores à gravidez. O questionário contém questões

relacionadas à ocorrência e frequência dos diversos tipos de violência (psicológica, física e sexual).

Considerou-se como exposição sofrer violência por parceiro íntimo na gestação. Essa variável foi medida por meio da pergunta “Quem fez isso com você?”, com as possíveis opções de respostas no questionário: “atual marido/companheiro/namorado”; “ex-marido/companheiro/namorado”; “pai”; “padrasto”; “mãe”; “madrasta”; “irmão/irmã/outro familiar que mora na mesma residência”; “familiar que não reside com você”; “vizinho ou outra pessoa conhecida”; “outros”; e “não houve violência”. Nesse estudo a variável foi agrupada em duas categorias: quem não sofreu violência; e quem sofreu violência pelo parceiro íntimo na gestação (atual ou ex-parceiro).

Variável Desfecho

O tempo de retorno às atividades sexuais no pós-parto foi investigado por meio do questionário aplicado à mãe no 2º seguimento a partir da pergunta: “Com quanto tempo depois do nascimento a senhora retomou a atividade sexual?”. Foram apresentadas as respostas: “0 a 14 dias após o parto”; “30 dias após o parto”; “entre o 1º e 3º mês”; “entre o 3º e o 6º mês”; “após o 9º mês”; “ainda não retornou à atividade sexual”; e “não sabe”. No entanto, neste estudo, optou-se por categorizá-la em “até 3 meses”; e “após 3 meses”.

Variáveis Complementares

Foram utilizadas as seguintes covariáveis: i- idade da gestante (14 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 anos ou mais); ii- cor da pele (branca, preta/negra, parda/mulata/cabocla/morena e amarelo/oriental)²⁵; iii- escolaridade da gestante em anos de estudo (0 a 8 anos, entre 9 a 11 anos e 12 anos ou mais); iv- situação conjugal da gestante (casada ou união estável); v- número de filhos no domicílio (sem filhos, um filho, dois filhos ou mais); vi- ocupação da gestante (não trabalha, trabalhadoras manuais, trabalhadoras não manuais); vii- classificação econômica pelo Critério da Classificação Econômica Brasil (CEEB)²⁶ (A/B, C, D/E); viii- idade do parceiro (16 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 ou mais); ix- e escolaridade do parceiro (0 a 8 anos, 9 a 11

anos, 12 anos ou mais); foram ainda foram avaliados x- planejamento da gravidez (sim ou não); e xi- tipo de parto (vaginal ou cesárea).

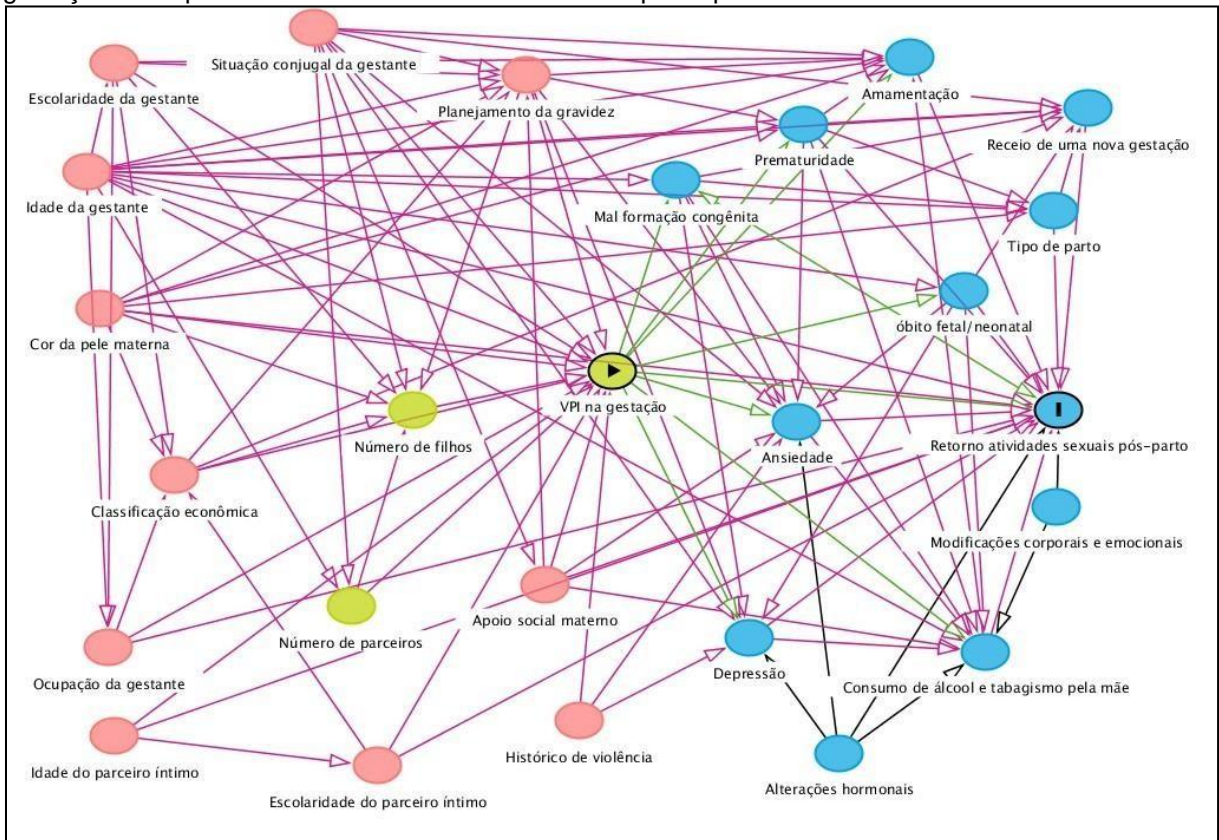
Foram investigadas também variáveis contínuas de saúde mental da gestante tais como nível de estresse percebido, investigado pela *Perceived Stress Scale* (PSS-14)²⁷; sintomas de ansiedade, avaliados pela *Beck Anxiety Inventory* (BAI)²⁸; e sintomas de depressão, identificados pela *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D)²⁹. O apoio social foi determinado por meio da escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* (MOS), traduzida e adaptada para o português³⁰ e com resultado categorizada em apropriado e inapropriado, fazendo uso do tercil superior como ponto de corte³¹.

Análise dos Dados

Inicialmente, para as análises descritivas, as distribuições das variáveis contínuas foram avaliadas pelo teste de Shapiro-Wilk. Calculou-se a frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas e a mediana e intervalo interquartil das variáveis contínuas. De acordo com o tempo de retorno às atividades sexuais no pós-parto, as variáveis categóricas foram comparadas usando o teste Qui-Quadrado e as variáveis contínuas usando o teste de Mann-Whitney. Foi elaborado um Gráfico Acíclico Direcionado (DAG) no programa DAGitty® 3.0 (Fig. 2), que identificou o conjunto mínimo de variáveis de ajuste para minimizar possíveis vieses de confundimento, selecionando as seguintes variáveis: apoio social materno, classificação econômica, cor da pele materna, escolaridade da gestante, escolaridade do parceiro íntimo, histórico de violência, idade da gestante, idade do parceiro íntimo, ocupação da gestante, planejamento da gravidez e situação conjugal da gestante. Para verificar a associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto, utilizou-se regressão logística (análise bruta e ajustada) e calculou-se o *Odds Ratio* (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

A análise estatística dos dados foi efetuada por meio do software Stata 14.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, Estados Unidos da América).

Figura 2 - Gráfico Acíclico Direcionado para a associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto.



Fonte: Programa DAGitty® 3.0.

Aspectos Éticos

O estudo atendeu aos critérios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário – UFMA, com parecer consubstanciado nº 223/2009.

Resultados

A amostra analítica do estudo foi composta por 665 participantes. Dentre elas, 67,96% das mulheres relataram ter retornado às atividades sexuais em até 3 meses após o parto. A maioria das gestantes tinha 25 anos ou mais (61,05%); se autodeclarou parda/mulata/cabocla (66,92%) e tinha entre 9 a 11 anos de estudo (75,79%). Em relação à situação conjugal, 72,03% estavam em uma união consensual; 54,89% não morava com filhos no momento da entrevista e 49,92% não trabalhava. Com relação à idade e escolaridade do parceiro íntimo, 74,14% das

participantes afirmaram que os parceiros tinham 25 anos ou mais e 74,59% afirmaram que os parceiros tinham entre 9 e 11 anos de estudo. A maioria das participantes (69,32%) referiram pertencer à classificação econômica C.

No que concerne à VPI na gestação, 24,06% afirmaram ter sofrido tal violência nesse período. Em relação ao histórico de violência nos últimos 12 meses anteriores à gestação, 25,26% referiram VPI. Além disso, 74,89% das gestantes asseguraram apoio social inapropriado; 59,10% afirmaram não ter planejado a gestação; e 52,03% das mães relataram parto vaginal.

Encontrou-se diferença significativa no tempo de retorno da atividade sexual após o parto em relação a algumas variáveis como escolaridade do parceiro e tipo de parto (Tab 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra geral e prevalência de retorno das atividades sexuais após o parto de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e condições de saúde das participantes da Coorte BRISA São Luís - MA (n= 665), 2010-2011.

| Características | Amostra geral (n= 665) n (%) | Retorno das atividades sexuais após o parto | | p** |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------|------|
| | | Até 3 meses n (%) | Após 3 meses n (%) | |
| Idade da gestante | | | | 0,92 |
| 14 a 19 anos | 65 (9,77) | 43 (66,15) | 22 (33,85) | |
| 20 a 24 anos | 194 (29,17) | 131 (67,53) | 63 (32,47) | |
| 25 ou mais anos | 406 (61,05) | 278 (68,47) | 128 (31,57) | |
| Cor da pele materna | | | | 0,49 |
| Branca | 113 (16,99) | 78 (69,03) | 35 (30,97) | |
| Preta/Negra | 97 (14,59) | 66 (68,04) | 31 (31,96) | |
| Parda/Mulata/Cabocla | 445 (66,92) | 299 (67,19) | 146 (32,81) | |
| Amarela/ Oriental | 10 (1,50) | 9 (90,00) | 1 (10,00) | |
| Escolaridade da gestante | | | | 0,25 |
| 0 a 8 anos | 76 (11,43) | 56 (73,68) | 20 (26,32) | |
| 9 a 11 anos | 504 (75,79) | 334 (66,27) | 170 (33,73) | |
| 12 ou mais anos | 85 (12,78) | 62 (72,94) | 23 (27,03) | |
| Situação conjugal da gestante | | | | 0,30 |
| Casada | 186 (27,97) | 132 (70,97) | 54 (29,03) | |
| União consensual | 479 (72,03) | 320 (66,81) | 159 (33,19) | |
| Número de filhos no domicílio | | | | 0,46 |
| Sem filhos | 365 (54,89) | 241 (66,03) | 124 (33,97) | |
| 1 filho | 211 (31,73) | 147 (69,67) | 64 (30,33) | |
| 2 ou mais filhos | 89 (13,38) | 64 (71,91) | 25 (28,09) | |
| Ocupação da gestante | | | | 0,06 |
| Não trabalha | 332 (49,92) | 239 (71,99) | 93 (28,01) | |
| Trabalhadoras manuais | 210 (31,58) | 131 (62,38) | 79 (37,62) | |
| Trabalhadoras não manuais | 123 (18,50) | 82 (66,67) | 41 (33,33) | |

Continua

| | Continuação | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|-------------|
| Idade do parceiro | | | | 0,93 |
| 16 a 19 anos | 14 (2,11) | 10 (71,43) | 4 (28,57) | |
| 20 a 24 anos | 158 (23,76) | 106 (67,09) | 52 (32,91) | |
| 25 anos ou mais | 493 (74,14) | 336 (68,15) | 157 (31,85) | |
| Escolaridade do parceiro | | | | 0,01 |
| 0 a 8 anos | 122 (18,35) | 91 (74,59) | 31 (25,41) | |
| 9 a 11 anos | 496 (74,59) | 322 (64,92) | 174 (35,08) | |
| 12 ou mais anos | 47 (7,07) | 39 (82,98) | 8 (17,02) | |
| Classificação econômica | | | | 0,23 |
| A/B | 120 (18,05) | 88 (73,33) | 32 (26,67) | |
| C | 461 (69,32) | 304 (65,94) | 157 (34,06) | |
| D/E | 84 (12,63) | 60 (71,43) | 24 (28,57) | |
| VPI na gestação (atual ou ex) | | | | 0,53 |
| Não | 505 (75,94) | 340 (67,33) | 165 (32,67) | |
| Sim | 160 (24,06) | 112 (70,00) | 48 (30,00) | |
| Histórico de violência (VPI 12 meses antes da Gestação) | | | | 0,47 |
| Não | 497 (74,74) | 344 (67,20) | 163 (32,80) | |
| Sim | 168 (25,26) | 118 (70,24) | 50 (29,76) | |
| Apoio social materno | | | | 0,39 |
| Apropriado | 167 (25,11) | 109 (65,27) | 58 (34,73) | |
| Inapropriado | 498 (74,89) | 343 (68,88) | 155 (31,12) | |
| Planejou a gestação | | | | 0,60 |
| Sim | 272 (40,90) | 188 (69,12) | 84 (30,88) | |
| Não | 393 (59,10) | 264 (67,18) | 129 (32,89) | |
| Tipo de parto | | | | <0,01 |
| Vaginal | 346 (52,03) | 255 (73,70) | 91 (26,30) | |
| Cesárea | 319 (47,97) | 197 (61,76) | 122 (38,24) | |
| | Mediana (IQQ) | Mediana (IQQ) | Mediana (IQQ) | p*** |
| Escala de Estresse Percebido (PSS-14) | 21 (17 - 26) | 21 (17 - 26) | 21 (16 - 26) | 0,86 |
| Escala de Ansiedade de Beck (BAI) | 14 (8 - 23) | 15 (8 - 23) | 13 (8 - 23) | 0,40 |
| Escala de Rastreamento Populacional para Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) | 10 (6 - 18) | 10 (6 - 17) | 11 (6 - 18) | 0,06 |

Qui-quadrado; *Teste de Mann-Whitney n: número absoluto; %: valor percentual; IQQ: intervalo interquartil; PSS: *Perceived Stress Scale*; BAI: *Beck Anxiety Inventory*; CES-D: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*.

Ao analisar a associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto, observou-se que não houve associação no modelo bruto (OR: 0,88; IC 95%: 0,60 – 1,30) nem no modelo ajustado para possíveis variáveis confundidoras (OR: 1,00; IC 95%: 0,61 – 1,63) (Tab. 2).

Tabela 2 - Associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto das participantes da Coorte BRISA, São Luís – MA, 2010-2011

| | Análise bruta | | Análise ajustada* | |
|----------------------------------|--------------------|------|--------------------|------|
| | OR (95% CI) | p | OR (95% CI) | p |
| VPI | | | | |
| Não sofreu violência na gestação | 1 | | 1 | |
| Sofreu VPI na gestação | 0,88 (0,60 – 1,30) | 0,53 | 1,00 (0,61 – 1,63) | 0,99 |

*Análise ajustada por: apoio social materno, classificação econômica, cor da pele materna, escolaridade da gestante, escolaridade do parceiro íntimo, histórico de violência, idade da gestante, idade do parceiro íntimo, ocupação da gestante, planejamento da gravidez e situação conjugal da gestante; OR: razão de chance; 95% CI: intervalo de confiança de 95%.

Discussão

Os achados deste estudo evidenciaram que não houve associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto.

Embora seja possível reconhecer que a violência praticada pelo parceiro íntimo contra a mulher seja um problema mundial, as evidências existentes ainda não são suficientes para dilucidar diferentes problemáticas decorrentes desse fenômeno que afetam negativamente a saúde materno-infantil.

De acordo com a revisão da literatura, apenas um estudo foi encontrado com avaliação da relação entre violência por parceiro íntimo e dificuldades sexuais após o parto mediado pela depressão. Tal estudo foi realizado com 700 mulheres atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona oeste de São Paulo, sem apresentar associação entre a exposição e o desfecho estudados³², resultados semelhantes aos encontrados no presente estudo.

Algo comum entre os dois estudos é o fato de ambos terem avaliado a violência durante a gravidez, ignorando a violência ocorrida após o parto, situação que talvez pode ter influenciado os resultados, já que a violência recente tem um impacto

maior na saúde da mulher³³ e, conseqüentemente, pode afetar o retorno às atividades sexuais após o parto.

Os dados sobre violência foram coletados apenas no segundo trimestre da gravidez, logo, os resultados refletem respostas a questionamentos sobre episódios de violência que ocorreram em dois momentos específicos (antes e durante a gestação). No entanto, apesar de não termos avaliado a violência no pós-parto, é importante considerar que sofrer violência em um período delicado como a gestação pode ser um preditor da ocorrência de violência no futuro. Um estudo longitudinal realizado com 1083 mulheres em Hong Kong que se propôs a investigar a trajetória da violência pelo parceiro antes, durante e após a gravidez, observou que uma proporção alta de mulheres sofria VPI durante a gravidez e após o parto de forma contínua³⁴.

No presente estudo, a prevalência de mulheres que sofreram VPI na gestação foi menor (24,06%) quando comparada à daquelas que não sofreram (75,94%). Esse resultado pode sugerir uma subestimação dos casos. De acordo com a literatura, vários fatores podem dificultar a produção de registros sobre violência e gestação, dentre eles, o sentimento de culpa, vergonha, medo e estigma que a mulher vítima de violência experimenta³⁵, assim como o acesso inadequado ou tardio à assistência pré-natal que pode originar-se da proibição pelo companheiro ou pelo intenso estresse psicológico vivenciado por ela durante a gravidez³⁶.

A maioria das mulheres (67,96%) neste estudo relatou ter retomado as atividades sexuais até 3 meses após o parto. Aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais podem inibir o desejo, a excitação e a lubrificação, influenciando na retomada das atividades sexuais no puerpério. Aproximadamente metade das mulheres retorna às atividades sexuais entre 5 e 6 semanas pós-parto e, no terceiro mês, cerca de 90% já estão com a vida sexual ativa. Porém, quando não há reinício após a décima segunda semana pós-parto, a situação deve ser avaliada, podendo indicar pior prognóstico sexual e inatividade sexual^{37,13}.

Outra possível explicação de não termos encontrado associação entre a violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto pode estar relacionada à não inclusão na análise dos diferentes tipos de violência. Alguns estudos apontam uma relação entre violência sexual e prejuízos na função sexual feminina. Essa forma de violência parece ter um impacto mais significativo na capacidade da mulher manter uma vida sexual satisfatória^{38,39,40}. No

entanto, neste estudo específico, a prevalência de mulheres que relataram violência sexual foi baixa, com apenas 3,2% (n = 21).

Conforme a literatura, a VPI é considerada um estressor para muitas mulheres e contribui significativamente para a ocorrência de transtornos mentais no período gravídico-puerperal, dentre eles a depressão, ideação suicida, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e os transtornos de ansiedade⁴¹. Em associação a isso, estudos apontam que fatores psicológicos estão envolvidos no comportamento sexual, desejo e satisfação, além da depressão pós-parto (DPP), relacionadas à diminuição da frequência e do interesse em relações sexuais entre 8 a 12 semanas após o parto e menor desejo sexual aos 6 meses pós-parto quando comparado com mulheres sem DPP⁴². É possível que o resultado da não associação entre VPI na gestação e o tempo de retorno das atividades sexuais após o parto encontrado no presente estudo esteja relacionado com a não inclusão de variáveis de saúde mental da mulher na análise, situação justificada pelo fato de que, na relação analisada, essas variáveis aparecem como mediadoras, sendo necessário outro tipo de análise não contemplado no objetivo deste estudo.

Vale ressaltar que, neste estudo, os dados sobre violência basearam-se no autorrelato das participantes e na sua disposição em referirem informações verdadeiras, cabendo ressaltar que, por vezes, mulheres vítimas de violência pelo parceiro tendem a ter dificuldades de identificá-las. Entretanto, para reduzir as chances de as participantes omitirem episódios de maus tratos, assim como a identidade dos agressores, foi utilizado instrumento autoaplicado⁴³.

Uma limitação a ser considerada é o uso de amostra de conveniência apenas no município de São Luís e sem a representação de mulheres solteiras, uma vez que todas as participantes incluídas na amostra informaram estar casadas ou em união estável. Tal falta de diversidade pode restringir a generalização dos achados para uma população mais ampla.

Ainda que o estudo não tenha apresentado resultados da possível associação entre violência por parceiro íntimo durante a gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto, é importante ressaltar os cuidados metodológicos utilizados para realizar a análise. Como pontos fortes pode-se citar o fato de ser um estudo de coorte, o emprego de instrumentos reconhecidos e validados no Brasil, dentre eles o questionário de violência da OMS intitulado "World Health Organization

Violence Against Women”, bem como o uso de um Gráfico Acíclico Direcionado (DAG) para minimizar possíveis vieses de confundimento.

Ademais, até onde temos conhecimento, não foram encontrados estudos na literatura que avaliam a mesma exposição e desfecho, e muitos dos estudos que tratam de violência na gestação e sexualidade no puerpério são de abordagem qualitativa, o que torna este estudo relevante.

Conclusão

Apesar de não ter sido encontrada associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto, o estudo contribui para preencher lacunas no conhecimento científico sobre os desfechos negativos da violência sugerindo novas perspectivas e caminhos para ampliação do cuidado integral à saúde da mulher. Ressalta-se, assim, a importância dos profissionais de saúde no sentido de fortalecer as políticas de enfrentamento e combate à violência e ofertar assistência contínua à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal, considerando aspectos físicos e psicológicos, já que a violência conduz a consequências dolorosas e impacta negativamente diversos aspectos da vida da mulher, inclusive na saúde sexual e reprodutiva.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Estimativas de prevalência de violência contra mulheres: 2018: estimativas de prevalência global, regional e nacional para violência contra mulheres por parceiro íntimo e estimativas de prevalência global e regional para violência sexual contra mulheres por não parceiro [Internet]. Genebra: OMS; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
2. Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências [Internet]. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm
3. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Pacto

Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulher, 2011. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-a-mulher/>

4. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TV, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2011 [citado 3 abr 2023];45(6):1044-53. Disponível em: 10.1590/s0034-89102011005000074
5. Doi S, Fujiwara T, Isumi A. Development of the intimate partner violence during pregnancy instrument (IPVPI). *Front. Public Health*. 2019;7:43.
6. Lencha B, Ameya G, Baresa G, Minda Z, Ganfure G. Intimate partner violence and its associated factors among pregnant women in Bale Zone, Southeast Ethiopia: A cross-sectional study. *PloS one* [Internet]. 2019 [citado 10 abr 2023];14(8):e0214962. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214962>
- 7 Silva RP, Leite FMC. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2020;54:97.
- 8 Conceição HN, Coelho SF, Madeiro AP. Prevalence and factors associated with intimate partner violence during pregnancy in Caxias, state of Maranhão, Brazil, 2019-2020. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2021;30.
- 9 Masho SW, Rozario SS, Ferrance JL. Intimate partner violence around the time of pregnancy and utilization of WIC services. *Matern Child Health J*. 2019;23:1648-57.
- 10 Rodrigues PA, Cicolella DA, Mariot MDM. Prevalência de violência contra a mulher e suas repercussões na maternidade/Prevalence of violence against women and its repercussions in maternity. *JONAH*. 2021;11(1).
11. Campos LM, Gomes PN, Santana JD, Cruz MA, Gomes NP, Pedreira LC. A violência conjugal expressa durante a gestação e puerpério: o discurso de mulheres. *Revi Min Enferm*. 2019;23:1-7.
12. Araújo GA, Conceição HN, Brito PS, Rocha MR, Dantas JR, Silva LP. Violência por parceiro íntimo na gestação e repercussão na saúde da mulher e do concepto. *Rev. Enferm. Atual In Derme* [Internet]. 2023 [citado 14 maio 2023];97(1):e023047. Disponível em: <https://mail.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1514>
13. Vettorazzi J et al. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Clinical & Biomedical Research*. 2012;32(4).
14. Araujo TG, Scalco SCP, Varela D. Função e disfunção sexual feminina durante o ciclo gravídico-puerperal: uma revisão da literatura. *RBSH*. 2019;30(1).
15. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J*. 2014;25(1):5-14.

16. Marambaia CG et al. Sexualidade da mulher no puerpério: reflexos da episiotomia. *Cogitare Enfermagem*. 2020;25.
17. Nunes IB et al. Sexualidade no puerpério: uso de contraceptivos. *BJHR*. 2021;4(1):3150-72.
18. Woolhouse H, McDonald E, Brown SJ. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. *Aust J Prim Health* [Internet]. 2011 [citado 20 abr 2023];20(3): 298-304. Disponível em: [10.1071/PY13001](https://doi.org/10.1071/PY13001)
19. Jambola ET, Gelagay AA, Belew AK, Abajobir AA. Early resumption of sexual intercourse and its associated factors among postpartum women in western ethiopia: a cross-sectional study. *Int J Womens Health*. 2020;12:381-91.
20. Confortin SC, Ribeiro MRC, Barros AJD, Menezes AMB, Horta BL, Victora C G, et al. Consórcio RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís) de coortes de nascimento brasileiras: história, objetivos e métodos. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021 [acesso 03 mar 2023];37(4):e00093320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093320>
21. Rocha PC, Britto e Alves MTSS, Chagas DC, Silva AAM, Batista RFL, Silva RA. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016[citado 6 dez. 2022];32(1):e00192714. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192714>
22. Silva AAM et al. A protocol to identify non-classical risk factors for preterm births: the Brazilian Ribeirão Preto and São Luís prenatal cohort (BRISA). *Reproductive Health*. 2014;11(1):1-9.
23. World Health Organization. Estudo multipaíses sobre saúde da mulher e violência doméstica. Genebra: The World Health Organization; 2005.
24. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Júnior I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar a violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658-66.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características étnicorraciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça 2008. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2011.
26. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Criterion of economic classification Brazil 2010 [Internet]. São Paulo: ABEP; 2013 [citado em: 31 dez. 2022]. Disponível em: www.abep.org/criterio-brasil.
27. Penaforte FR, Matta NC, Japur CC. Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. *Demetra*. 2016;11(1):225-237.

28. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
29. Batistoni SST, Néri AL, Cupertino AP. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale-Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. *Psico-USF*. 2010;15:13-22
30. Griep RH, Dóra C, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cad. Saude Publ*. 2005;21:703-14.
31. Ribeiro, MRC, Batista RFL, Schraiber LB, Pinheiro FS, Santos AM, Simões VMF, et al. Recurrent violence, violence with complications, and intimate partner violence against pregnant women and breastfeeding duration. *J Women's Health*. 2021;30(7):979-89.
32. Sussmann LGPR, Faisal-Cury A, Pearson R. Depressão como mediadora da relação entre violência por parceiro íntimo e dificuldades sexuais após o parto: uma análise estrutural. *Rev bras epidemiol [Internet]*. 2020 [acesso 1 jan 2023];23:e200048. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200048>.
33. Faisal-Cury A, Menezes PR, D'Oliveira AFP, Schraiber LB, Lopes CS. Temporal relationship between Intimate Partner Violence and postpartum depression in a sample of low income women. *Matern Child Health J. [Internet]*. 2013[acesso 20 jan 2023];17(7):1297-303. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1127-3>
34. Chan KL, Lo CK, M, Lu Y, Ho FK, Leung WC, Ip P. Intimate partner violence before pregnancy, during pregnancy, and after childbirth: a new conceptualization highlighting individual changes in violence against pregnant women over time. *J. Interpers. Violence. [Internet]*. 2022 [acesso 20 jan 2023];37(13-14):NP12111-132. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260521997451>
35. Albuquerque LD, Moura MAV, Queiroz ABA, Leite FMC, Silva GF. Isolamento de mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: uma condição em redes sociais. *Escola Anna Nery*. 2017;21.
36. Costa MC, Silva EB, Siqueira ET. Gestantes em situação de violência sobre o olhar da saúde: revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPE on line. [Internet]*. 2015 [acesso 16 jan. 2023]:965-73. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10422/11210>
37. Santos DAA, Almeida GC, Bonfim I, Maia JS. Fatores associados à disfunção sexual feminina pós-parto. *Rev Recien. [Internet]*. 2022 [citado 14 dez 2022];12(39):218-25. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.218-225>.
38. Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *Rev Bras Ginecol. Obst*. 2000;22:153-7.

39. Gottfried R, Lev-Wiesel R, Hallak M, Lang-Franco N. Inter-relationships between sexual abuse, female sexual function and childbirth. *Midwifery*. 2015;31(11):1087-95.
40. Figueira JR, Lara AS, Andrade MC, Rosa-E-Silva ACJS. Comparison of sexual dysfunction in women who were or were not victims of sexual violence. *J Sex Marital Ther*. 2021;47(6):621-30.
41. Fonseca-Machado, MO, Alves LC, Freitas PS, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Mental health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(2):291-305.
42. Drozdowskyj ES, Castro EG, López ET, Taland IB, Actis CC. Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: a systematic review. *Sex Med Rev* [Internet]. 2020 [acesso 3 jan 2023];8(1):38-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.002>
43. Ribeiro MRC, Pessoa BPT, SAUAIA GA, et al. Violência contra mulheres antes e durante o período gestacional: diferenças em taxas e perpetradores. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2020;20: 491-501.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo não encontrou associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto, no entanto, sabe-se que a violência contra a mulher nos diferentes ciclos da vida, especialmente no ciclo gravídico-puerperal, provoca consequências dolorosas e impacta negativamente em diversos aspectos da sua vida, inclusive na saúde sexual e reprodutiva.

A prevalência de mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo durante a gestação foi menor em comparação àquelas que não sofreram, o que pode conduzir à inferência que mulheres que sofrem violência podem estar menos envolvidas em estudos sobre violência contra a mulher, reflexo do acesso inadequado aos serviços de saúde, seja por proibição do parceiro violento ou ainda por isolamento social em decorrência dos episódios de violência vivenciados naquele momento. Além disso, os resultados deste estudo evidenciaram que a maioria das mulheres participantes da coorte retornou às atividades sexuais até 3 meses após o parto, o que está de acordo com outros achados da literatura.

Diante do exposto, o estudo enfatiza a necessidade de implantar políticas públicas de saúde da mulher de forma efetiva e contínua, com base em uma visão holística e interdisciplinar, considerando fatores socioeconômicos e culturais que contribuem para a violência. É preciso também ampliar as melhorias nas redes de atendimento, na capacitação dos profissionais e nas ações de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher.

Ressalta-se ainda o papel fundamental dos profissionais de saúde, sobretudo do enfermeiro, na assistência integral à saúde da mulher e na oferta de atenção adequada às mulheres vítimas de violência em todos os níveis de atenção e durante todo o ciclo gravídico-puerperal, com foco não apenas na saúde física, mas também na saúde mental. Cabe aos profissionais de saúde estarem atentos para o reconhecimento dos casos de violência e para a busca ativa de mulheres que não comparecem aos serviços de pré-natal e consultas puerperais, uma vez que esses momentos podem ser oportunos para identificar a violência e oferecer suporte e direcionamento necessários para que elas possam enfrentar tal situação.

Os achados deste estudo podem contribuir para preencher lacunas no campo científico sobre violência na gestação sugerindo novas perspectivas e caminhos para ampliação do cuidado integral à saúde da mulher. No entanto, é fundamental que

sejam realizados mais estudos longitudinais sobre a temática, a fim de elucidar de que forma a violência na gestação pode interferir no tempo de retorno às atividades sexuais e em outros aspectos da vida sexual da mulher no pós-parto, a fim de subsidiar práticas profissionais e políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e bem-estar das mulheres.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Criterion of economic classification Brazil**: 2010. São Paulo: ABEP, 2013. Disponível em: www.abep.org/criterio-brasil. Acesso em: 31 dez. 2022.
- ABOTA, T. L.; GASHE, F. E.; DYESSA, N. Multilevel analysis of factors associated with perinatal intimate partner violence among postpartum population in Southern Ethiopia. **Sci Rep.**, v. 12, n. 1, p. 19013, nov. 2022. Disponível em: [10.1038/s41598-022-23645-4](https://doi.org/10.1038/s41598-022-23645-4). Acesso em: 10 out. 2022.
- ABUCHAIM, E. S. V.; SILVA, I. A. Vivenciando la lactancia y la sexualidad em La maternidad: dividiéndonos e entre ser madre y mujer. **Cienc Cuid Saude**, v. 5, n. 2, p. 220-228, 2006.
- AGUIAR, L. C. D. **A violência por parceiro íntimo na gestação e a vivência da sexualidade após a maternidade**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.
- AGUIAR, C.; JENNINGS, L. Impact of male partner antenatal accompaniment on perinatal health outcomes in developing countries: a systematic literature review. **Matern Child Health J**, v. 19, p. 2012-2019, 2015.
- ALHUSEN, J. L.; RAY, E.; SHARPS, P.; FAAN, R. N.; BULLOCK, L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. **J Womens Health**, v. 24, n. 1, p. 100-106, 2015.
- ALVES, T. V.; BEZERRA, M. M. M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o período gestacional. **Id on line Rev. Psic.**, v. 14, n. 49, p. 114-126, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v14i49.2324>. Acesso em: 20 jul. 2022.
- AUDI, C. A.P.; CORRÊA, A. M. S.; LATORRE, M. R. D. O.; SANTIAGO, S. M. The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. **J pediatr**, v. 84, p. 60-67, 2008.
- AUDI, C. A.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; SANTIAGO, S. M.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. **Midwifery**, v. 28, n. 4, p. 356-361, 2012.
- BAIRD, K. Women's lived experience of domestic violence during pregnancy. **Pract Midwife**, v. 18, n. 3, p. 27-31, 2015.
- BATISTONI, S. S. T.; NÉRI, A. L.; CUPERTINO, A. P. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale-Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. **Psico-USF**, v. 15, p. 13-22, 2010.
- BERHANIE, E., GEBREGZIABHER, D.; BERIHU.; GEREZGIHER, A.; KIDANE, G.

Intimate partner violence during pregnancy and adverse birth outcomes: a case-control study. **Reprod health**, v. 16, n. 1, p. 1-9, 2019.

BIA, F. M. M. Sexualidade pós-parto: a outra face da maternidade. **Nursing**, v. 22, n. 260 p. 8-18, 2010. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3573-sexualidade-pos-parto-a-outra-face-da-maternidade#.XDKIZS5Kg3w>. Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 03 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. v. 1, n. 26, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 28 fev. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politicanacional>. Acesso em: 27 fev. 2023.

CAMPOS, L. M.; GOMES, P. N.; SANTANA, J. D.; CRUZ, M. A.; GOMES, N. P.; PEDREIRA, L. C.. A violência conjugal expressa durante a gestação e puerpério: o discurso de mulheres. **Rev Min Enferm.**, v. 23, p. 1-7, 2019.

CHAN, K. L.; LO, C. K. M.; LU, Y.; HO, F. K.; LEUNG, W. C.; IP, P. Intimate partner violence before pregnancy, during pregnancy, and after childbirth: a new conceptualization highlighting individual changes in violence against pregnant women over time. **J. Interpers. Violence**, v. 37, n. 13-14, p. NP12111-NP12132, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260521997451>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CHU, S. Y.; GOODWIN, M. M.; D'ANGELO, D. V. Physical violence against US women around the time of pregnancy, 2004-2007. **Am J Prev Med**, v. 38, n. 3, p. 317-322, 2010.

CONCEIÇÃO, H. N.; COELHO, S. F.; MADEIRO, A. P. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo na gestação em Caxias, Maranhão, 2019-2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 30, n. 2, p. e2020848, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000200012>. Acesso em: 02 out. 2021.

CONFORTIN, S. C.; RIBEIRO, M. R. C.; BARROS, A. J. D.; MENEZES, A. M. B.; HORTA, B. L.; VICTORA, C. G., et al. Consórcio RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís) de coortes de nascimento brasileiras: história, objetivos e métodos. **Cad Saude Publica**, n. 37, v. 4, p. e00093320, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093320>. Acesso em: 03 mar. 2023.

CONRADO, R. P.; CARVALHO, R. T.; VITA, S. N. S.; OLIVEIRA, E. M.; NASCIMENTO, M. L.. Estratégias utilizadas por enfermeiras durante a consulta de pré-natal de mulheres vítimas de violência sexual: revisão integrativa. **Rev. Casos Consult.**, v. 12, n. 1, p. e27362, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/27362>. Acesso em: 09 mar. 2023.

COSTA, M. C.; SILVA, E. B.; SIQUEIRA, E. T. Gestantes em situação de violência sobre o olhar da saúde: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 9, n. 2, p. 965-973, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i2a10422p965-973-2015>. Acesso em: 16 jan. 2023.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DEVRIES, K. M.; KISHOR, S.; JOHNSON, H.; STÖCKL, H.; BACCHUS, L.; MORENO, C. G.; WATTS, C. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. **Reprod Health Matters**, v. 18, n. 36, p. 158-170, 2010.

DONOVAN, B. M.; SPRACKLEN, C. N.; SCHWEIZER, M. L.; RYCKMAN, K. K.; SAFTALAS, A. F. Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BJOG**, v. 123, n. 8, p. 1289-1299, 2016.

DROZDOWSKYJ, E. S.; CASTRO, E. G.; LÓPEZ, E. T.; TALAND, I. B.; ACTIS, C. C. Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. **Sexual Medicine Reviews**, v. 8, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.002>. Acesso em: 03 jan. 2023.

ENDERLE, C. F.; KERBER, N. P. C.; LUNARDI, V. L.; NOBRE, C. M. G.; MATTOS, L.; RODRIGUES, E. F. Condicionantes e/ou determinantes do retorno à atividade sexual no puerpério. **Rev. Lat-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 719-725, 2013.

FANSLAW, J.; SILVA, M.; ROBINSON, E.; WHITEHEAD, A. Violence during pregnancy: associations with pregnancy intendedness, pregnancy-related care, and alcohol and tobacco use among a representative sample of New Zealand women. **Aust N Z J Obst Gynaecol.**, v. 48, n. 4, p. 398-404, 2008.

FERLA, L. Violência contra mulheres: superação e enfrentamento, uma realidade possível. **MovimentAção**, v. 8, n. 15, p. 72-82, 2021.

FERREIRA, R. M.; VASCONCELOS, T. B. D.; MOREIRA FILHO, R. E.; MACENA, R. H. M. Health characteristics of female victims of domestic violence housed in a state care shelter. **Cienc. Saude Colet.**, v. 21, p. 3937-3946, 2016.

FIOROTTI, K. F.; AMORIM, M. H. C.; LIMA, E. F. A.; PRIMO, C. C.; MOURA, M. A. V.; LEITE, F. M. C. Prevalence and factors associated with domestic violence: study in a high-risk maternity hospital. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 3, p. e0810017, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000810017>. Acesso em: 01 mar. 2023.

GRIEP, R. H.; CHOR, D; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad Saude Pub**, v. 21, p. 703-714, 2005.

HORTA, H. H. L.; MARTINS, M. F.; NONATO, T. F.; ALVES, M. I. Pré-natal do parceiro na prevenção da sífilis congênita. **Rev. APS**, v. 20, n. 4, 2017.

ISLAM, J.; BROIDY, L.; MASEROLLE, P.; BAIRD, K.; MANUMDER, N. Exploring intimate partner violence before, during, and after pregnancy in Bangladesh. **J Interpers Violence**, v. 36, n. 7/8, p. 3584-3612, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177/0886260518775753>. Acesso em: 17 nov. 2022.

JAMBOLA, E. T.; GELAGAY, A. A.; BELEW, A. K.; ABAJOBIR, A. A. Early resumption of sexual intercourse and its associated factors among postpartum women in western Ethiopia: a cross-sectional study. **Int J Womens Health**, v. 12, p. 381-391, 2020.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

LIRA, K. F. S.; BARROS, A. M. Violência contra as mulheres e o patriarcado: um estudo sobre o sertão de Pernambuco. **Ágora**, n. 22, p. 275-297, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/13622>. Acesso em: 02 out. 2021.

MASCARENHAS, M. D. M.; TOMAZ, G. R.; MENESES, G. M. S.; RODRIGUES, M. T. P.; PEREIRA, V. O. M.; CORASSA, R. B. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres: Brasil: 2011-2017. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 23, n. Suppl 1, p. e200007.SUPL.1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>. Acesso em: 14 nov. 2022.

MENEZES, T. C.; AMORIM, M. M. R.; SANTOS, L. C.; FAÚNDES, A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 25, p. 309-316, 2003.

MINAYO, M. C. S. Quadro interpretativo da violência sob a ótica do setor saúde. In: **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.p. 69-82.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 4, n. 3 p. 513-531, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000300006>. Acesso em: 15 jul. 2022.

NUNES, I. B.; ALMEIDA, D. R.; CAMPOS, A. L.; SILVA, A. A.; RAMOS, A. R. S.; OLIVEIRA, C. S. et al. Sexualidade no puerpério: uso de contraceptivos. **BJHR**, v. 4, n. 1, p. 3150-3172, 2021.

OKADA, M. M.; HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; ALBUQUERQUE, R. S. Violência doméstica na gravidez. **Acta paul. enferm.**, v. 28, n. 3, p. 270-274, 2015.

PENAFORTE, F. R.; MATTA, N. C.; JAPUR, C. C. Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. **Demetra**, v. 11, n. 1, p. 225-237, 2016.

PEREIRA, M. C.; GRADIM, C. V. C. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. **Cienc Cuid Saúde**, v. 13, n. 1, p. 35-42, 2014.

RAMALHO, N. M. G.; FERREIRA, J. D. L.; LIMA C. L. J. et al. Violência doméstica contra a mulher gestante. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 11, n. 12, p. 4999-5008, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22279p4999-5008-2017>. Acesso em: 21 jun. 2022.

RIBEIRO, M. R. C.; PESSOA, B. P. T.; SAUAIA, G. A.; SCHRAIBER, L. B.; QUEIROZ, R. C. S.; BATISTA, R. F. L. et al. Violence against women before and during gestation: differences in prevalence rates and perpetrators. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 20, n. 2, p. 491-501, 2020.

RIBEIRO, M. R. C.; BATISTA, R. F. L.; SCHRAIBER, L. B.; PINHEIRO, F. S.; SANTOS, A. M.; SIMÕES, V. M. F. et al. Recurrent violence, violence with complications, and intimate partner violence against pregnant women and breastfeeding duration. **J Womens Health**, v. 30, n. 7, p. 979-989, 2021.

ROCHA, P. C.; BRITTO E ALVES, M. T. S. S.; CHAGAS, D. C.; SILVA, A. A. M.; BATISTA, R. F. L.; SILVA, R. A. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cad Saude Publica**, v. 32, n. 1, p. e00192714, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192714>. Acesso em: 06 dez. 2022.

ROGERS, R. G.; PAULS, R. N.; THAKAR, R.; MORIN, M.; KUHN, A.; PETRI, E. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. **Neurol Urodyn.**, v. 29, p. 647-666, 2018.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cad. pagu**, p. 115-136, 2001.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. Salvador: MPBA, 2004.

- SAFFIOTI, H. I. B. **Violência contra a mulher e violência doméstica**. 2002. Disponível em: <https://marxists.info/portugues/saffioti/ano/mes/91.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2022.
- SAOTOME, T. T.; YONEZAWA, K.; SUGANUMA, N. Sexual Dysfunction and Satisfaction in Japanese Couples During Pregnancy and Postpartum. **J Sex Med**, v. 6, n. 4, p. 348-355, 2018.
- SCHRAIBER, L. B.; LATORRE, M. R. D. O.; FRANÇA JÚNIOR, I.; SEGRI, N. J.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar a violência de gênero contra a mulher. **Rev Saude Publica**, v. 44, n. 4, p. 658-666, 2010.
- SHAMU, S.; ABRAHAMS, N.; TEMERMMAN, M.; MUSEKIWA, A.; ZAROWSKY, C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. **PloS one**, v. 6, n. 3, p. e17591, 2011. Disponível em: [10.1371/journal.pone.0017591](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017591). Acesso em: 10 nov. 2022.
- SILVA, A. A. M.; SIMÕES, V. M. F.; BARBIEIRI, M. A.; CARDOSO, V. C.; ALVES, C. M. C.; THOMAZ, E. B. A. F. et al. A protocol to identify non-classical risk factors for preterm births: the Brazilian Ribeirão Preto and São Luís prenatal cohort (BRISA). **Reprod Health**, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2014.
- SILVA, B. C. A.; AMORIM, D.; NUNES, E. F. C.; LATORRE, G. F. S. Disfunção sexual feminina e parto normal: uma revisão integrativa da literatura. **R bras ci Saúde**, v. 21, p. 363-368, 2017.
- SILVA, R. P.; LEITE, F. M. C.; Violências por parceiro íntimo na gestação: prevalências e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, n. 97, 2020.
- SILVA, R. R.; ROCHA ARRAIS, A. Rastreio da violência contra gestante durante o pré-natal: estudo em uma unidade básica de saúde. **Com Ciências Saúde**, v. 31, n. 2, p. 83-96, 2020. Disponível em: [10.51723/ccs.v31i02.606](https://doi.org/10.51723/ccs.v31i02.606). Acesso em: 26 jan. 2023.
- SIQUEIRA, L. K. R.; MELO, M. C. P.; MORAIS, R. J. L. Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 9, p. 58, 2019.
- SOUSA, I. G. T.; CAVALCANTE, G. F.; ABRÃO, R. K. Queixas relacionadas à sexualidade no puerpério: uma revisão de literatura. **Revista Multidebates**, v. 5, n. 2, 2021.
- SOUZA, B. M. S.; SOUZA, S. F.; RODRIGUES, R. T. S. O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. **Rev SBPH**, v. 16, n. 1, p. 166-184, 2013.
- SUSSMANN, L. G. P. R. **Associação entre dificuldades na esfera sexual no puerpério e violência por parceiro íntimo**. 2017. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SUSSMANN, L. G. P. R.; FAISAL-CURY, A.; PEARSON, R. Depressão como mediadora da relação entre violência por parceiro íntimo e dificuldades sexuais após o parto: uma análise estrutural. **Rev Bras Epidemiol**, v. 23, p. e200048, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200048>. Acesso em: 22 nov. 2022.

VASCONCELLOS, B. O.; DAMASCENO, C. G. M.; PRAZERES, A. S.; MONUORI, J. A. S.; PAVARINO, T. T. G.; VENTURA, W. P. Sexualidade no puerpério: principais fatores envolvidos. **Studies in health sciences**, v. 3, n. 2, p. 1112–1127, 2022. Disponível em: 10.54022/shsv3n2-038. Acesso em: 19 jan. 2023.

VETTORAZZI, J.; MARQUES, F.; HENRSCHER, H.; RAMOS, J. G. L.; MARTINS-COSTA, S. H.; BADALOTTI, M. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. **Clin Biomed Res**, v. 32, n. 4, 2012.

WANG, T.; LIU, Y.; LI, Z.; LIU, K.; XU, Y.; SHI, W.; CHEN, L. (2017). Prevalence of intimate partner violence (IPV) during pregnancy in China: a systematic review and meta-analysis. **PloS one**, v. 12, n. 10, p. e0175108, 2017. Disponível em <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0175108>. Acesso em: 22 nov. 2022.

WOOLHOUSE, H.; McDONALD, E.; BROWN, S. J. Changes to sexual and intimate relationships in the postnatal period: women's experiences with health professionals. **Aust J Prim Health**, v. 20, n. 3, p. 298-304, 2011. Disponível em:10.1071/PY13001. Acesso em: 02 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Estudo multipaíses sobre saúde da mulher e violência doméstica. Genebra: WHO; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Violence against women prevalence estimates, 2018**: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO, 2021.

YENIEL, A. O.; PETRI, E. Pregnancy, childbirth and sexual function: perceptions and facts. **Int Urogynecol J**, v. 25, n. 1, p. 5-14, 2014.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário de Entrevista Pré-Natal

QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL
ENTREVISTA**BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

1A. Número de identificação: _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

QC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número seqüencial para cada cidade

NUMERO

2A. Cidade:

1. Ribeirão Preto2. São LuísCIDAEP

3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/____

DATAENTP

Entrevistador (a) : _____

4A. Nome completo da gestante (não abreviar):

NOMEG

5A. Data de nascimento da gestante (DD/MM/AAAA):
__/__/____DNGEST

6A. Idade da gestante __

99. Não sabeIDAPEG

7A. Data da ultrassonografia do recrutamento

(DD/MM/AAAA): __/__/____

DATUSR 99999999. Não sabe8A. Idade gestacional pela ultrassonografia do
recrutamento: __ semanasIDGESTUSR 99. Não sabe9A. Idade gestacional atual (pela USG):
__ semanasIDGESTAT 99. Não sabe

BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo? _____

Telefone residencial: ____-____-____ Outro telefone: ____-____-____ celular: ____-____-____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: _____

Telefone comercial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C. A sra. sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

LERG

2C. A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 7C**
 9. Não sabe

ESCOLG

3C. Qual o último curso que a sra. frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto **Passe para a questão 5C**
 5. Superior graduação completo **Passe para a questão 5C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOG

4C. Qual a série que a sra. frequenta ou até que série a sra. estudou?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIEG

5C. A sra. estava estudando quando ficou grávida?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 7C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ESTUDGRAV

6C. A sra. parou de estudar porque ficou grávida?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

PAROUEST

7C. Qual a situação conjugal atual da sra.?

1. Casada
2. União consensual (Mora junto)
3. Solteira
4. Separada/desquitada/divorciada
5. Viúva
9. Não sabe

SITCONG

8C. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes). __

99. Não sabe

PESSOASP

9C. A sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

MORACOMP

10C. A sra. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 12C**
9. Não sabe

MORAFILHOP

11C. Caso sim, com quantos filhos? __

88. Não se aplica
99. Não sabe

QTFILHOSP

12C. De onde vem a água da casa usada para beber?

1. Rede pública/água encanada
2. Poço artesiano
3. Poço/cacimba
5. Outro _____
4. Rio/riacho/lagoa
9. Não sabe

AGUABEBER

13C. Quantos cômodos têm na sua casa? _____ cômodos

99. Não sabe

COMODOS

14C. Quantos cômodos servem como dormitório?
_____ cômodos

9. Não sabe

DORMITOR

15C. A sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 19C**
9. Não sabe

ATIVREMP

16C. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

88. Não se aplica

99. Não sabe

OCUPG

17C. Qual a sua relação de trabalho?

1. Trabalha por conta própria

2. Assalariado ou empregado

3. Dono de empresa-empregador

4. Faz bico

8. Não se aplica

9. Não sabe

RELACAOP

18C. A sra. parou de trabalhar porque ficou grávida?

1. Sim

2. Não

8. Não se aplica

9. Não sabe

PAROUTRAB

19C. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente?
(considerar chefe da família aquele de maior renda)

1. A entrevistada **Passa para a questão 28C**

2. Companheiro

3. Mãe

4. Pai

5. Avó

6. Avô

7. Madrasta

8. Padrasto

9. Tia

10. Tio

11. Irmã

12. Irmão

13. Outro _____

99. Não sabe

CHEFEP

20C. Qual o sexo da pessoa da família com maior renda?

1. Masculino

2. Feminino

8. Não se aplica

9. Não sabe

SEXOCHEFEP

21C. Qual a idade da pessoa da família com maior renda (anos completos)? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

IDCHEFEP

22C. Essa pessoa sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

LERCHEFEP

23C. Essa pessoa frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 26C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ESCCHEFEP

24C. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto **Passe para a questão 26C**
 5. Superior graduação completo **Passe para a questão 26C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOCHFEP

25C. Qual a série que essa pessoa frequenta ou até que série frequentou?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIECHFEP

26C. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88. Não se aplica
 99. Não sabe

OCUPCHFEP

27C. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

- 1. Trabalha por conta própria
- 2. Assalariado ou empregado
- 3. Dono de empresa-empregador
- 4. Faz bico
- 8. Não se aplica
- 9. Não sabe

RELCHEFEP

28C. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ _____

2ª pessoa R\$ _____

3ª pessoa R\$ _____

4ª pessoa R\$ _____

5ª pessoa R\$ _____

A família tem outra renda? _____

Renda total R\$ _____

99999. Não sabe

RENDAFP

Quantos itens abaixo a família possui? (circule a resposta)

| | Quantidade de itens | | | | |
|--|---------------------|---|---|---|-----------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou mais |

| | | | | | |
|-------------------------|---|---|---|---|---|
| 29C. Televisão em cores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------|---|---|---|---|---|

TELEVISAOP

| | | | | | |
|------------|---|---|---|---|---|
| 30C. Rádio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------|---|---|---|---|---|

RADIOP

| | | | | | |
|---------------|---|---|---|---|---|
| 31C. Banheiro | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---|---|---|

BANHEIROP

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|
| 32C. Automóvel | 0 | 4 | 7 | 9 | 9 |
|----------------|---|---|---|---|---|

AUTOMOVELP

| | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|
| 33C. Empregada mensalista | 0 | 3 | 4 | 4 | 4 |
|---------------------------|---|---|---|---|---|

EMPREGADAP

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| 34C. Máquina de lavar | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|

MAQLAVARP

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|
| 35C. Videocassete ou DVD | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|

DVDP

| | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|
| 36C. Geladeira | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 |
|----------------|---|---|---|---|---|

GELADEIRAP

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 37C. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
|---|---|---|---|---|---|

FREEZERP

38C. Grau de Instrução da pessoa com maior renda

| | |
|---|---|
| Analfabeto/Primário incompleto/ Até 3ª Série Fundamental | 0 |
| Primário completo/ Até 4ª Série Fundamental/Ginasial incompleto | 1 |
| Ginasial completo/ Fundamental completo/Colegial incompleto | 2 |
| Colegial completo/ Médio completo/Superior incompleto | 4 |
| Superior completo | 8 |

INSTRUCAOP

BLOCO D – HÁBITOS DE VIDA**Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebida alcoólica.**

1D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja?

1. Sim2. Não **Passe para a questão 5D**9. Não sabe

CERVEJAG

2D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica9. Não sabe

DIACERVG

3D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) ___

88. Não se aplica99. Não sabe

QTCERVG

4D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)2. Lata (350ml)3. Garrafa pequena (300ml) – long neck4. Garrafa (600-720ml)5. Outro8. Não se aplica9. Não sabe

TIPOCERVG

5D. Durante a gravidez a sra tomou vinho?

1. Sim2. Não **Passe para a questão 9D**9. Não sabe

VINHOG

6D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica9. Não sabe

DIAVINHOG

7D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) ___

88. Não se aplica99. Não sabe

QTVINHOG

8D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
2. Cálice ou taça (400 ml)
3. Garrafa pequena (300ml)
4. Garrafa (600-720ml)
5. Outro
8. Não se aplica
9. Não sabe

TIPOVINHOG

9D. Durante a gravidez a sra. tomou algum outro tipo de bebida como uísque, vodka, gim, rum, cachaça, caipirinha, batida?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 13D**
9. Não sabe

DESTG

10D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica
9. Não sabe

DIATESTG

11D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __

88. Não se aplica
99. Não sabe

QTDESTG

12D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
2. Cálice, taça (400 ml)
3. Martelo, copo de pinga (100ml)
4. Lata (350ml) retirar
5. Garrafa pequena (300ml)
6. Garrafa (600-720ml)
7. Outro
8. Não se aplica
9. Não sabe

TIPODESTG

13D. Durante a gravidez com que frequência a sra. consumiu cinco ou mais unidades de bebida alcoólica em uma única ocasião?

1. Todos os dias
2. Quase todos os dias
3. 1 a 4 vezes na semana
4. 1 a 3 vezes por mês
5. Raramente
6. Nunca
8. Não se aplica
9. Não sabe

FREQBEB

ANEXO B - Questionário Autoaplicado do Pré-Natal



QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL AUTOAPLICADO



BLOCO M – ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS-14)

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quanto frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam parecidas, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

Neste último mês, com que freqüência:

| | | |
|--|-------|--------------------------|
| 1M. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS1 | <input type="checkbox"/> |
| 2M. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS2 | <input type="checkbox"/> |
| 3M. Você tem se sentido nervosa e “estressada”? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS3 | <input type="checkbox"/> |
| 4M. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS4 | <input type="checkbox"/> |
| 5M. Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS5 | <input type="checkbox"/> |
| 6M. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS6 | <input type="checkbox"/> |
| 7M. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS7 | <input type="checkbox"/> |
| 8M. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS8 | <input type="checkbox"/> |
| 9M. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS9 | <input type="checkbox"/> |
| 10M. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS10 | <input type="checkbox"/> |
| 11M. Você tem ficado irritada porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS11 | <input type="checkbox"/> |
| 12M. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS12 | <input type="checkbox"/> |
| 13M. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS13 | <input type="checkbox"/> |
| 14M. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Quase nunca 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | PSS14 | <input type="checkbox"/> |

BLOCO O - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Por favor, preencha cada item da lista de maneira cuidadosa. Indique agora os sintomas que você apresentou na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Os sintomas podem estar ausentes, suaves (não lhe incomodam muito), moderados (são desagradáveis, mas você consegue suportar) ou severos (quase você não consegue suportar). Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

| | Ausente | Suave | Moderado | Severo | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 10. Dormência ou formigamento | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK1 <input type="checkbox"/> |
| 20. Sensações de calor | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK2 <input type="checkbox"/> |
| 30. Tremor nas pernas | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK3 <input type="checkbox"/> |
| 40. Incapaz de relaxar | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK4 <input type="checkbox"/> |
| 50. Medo de acontecimentos ruins | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK5 <input type="checkbox"/> |
| 60. Confusa ou delirante | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK6 <input type="checkbox"/> |
| 70. Coração batendo rápido e forte | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK7 <input type="checkbox"/> |
| 80. Insegura | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK8 <input type="checkbox"/> |
| 90. Apavorada | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK9 <input type="checkbox"/> |
| 100. Nervosa | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK10 <input type="checkbox"/> |
| 110. Sensação de sufocamento | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK11 <input type="checkbox"/> |
| 120. Tremor nas mãos | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK12 <input type="checkbox"/> |
| 130. Trêmula | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK13 <input type="checkbox"/> |
| 140. Medo de perder o controle | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK14 <input type="checkbox"/> |
| 150. Dificuldade de respirar | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK15 <input type="checkbox"/> |
| 160. Medo de morrer | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK16 <input type="checkbox"/> |
| 170. Assustada | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK17 <input type="checkbox"/> |
| 180. Indigestão ou desconforto abdominal | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK18 <input type="checkbox"/> |
| 190. Desmaios | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK19 <input type="checkbox"/> |
| 200. Rubor facial | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK20 <input type="checkbox"/> |
| 210. Sudorese (não devido ao calor) | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | BECK21 <input type="checkbox"/> |

BLOCO P - ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO DO CENTRO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido desta maneira durante a semana passada.

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

| | Raramente (menos que 1 dia) | Durante pouco tempo (1 ou 2 dias) | Durante um tempo moderado (3 a 4 dias) | Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias) | | |
|--|-----------------------------------|---|---|--|--------|--------------------------|
| 1P. Senti-me incomodada com coisas que habitualmente não me incomodam | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD1 | <input type="checkbox"/> |
| 2P. Não tive vontade de comer; tive pouco apetite | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD2 | <input type="checkbox"/> |
| 3P. Senti não conseguir mudar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD3 | <input type="checkbox"/> |
| 4P. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maiorias delas | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD4 | <input type="checkbox"/> |
| 5P. Senti dificuldade de me concentrar no que estava fazendo | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD5 | <input type="checkbox"/> |
| 6P. Senti-me deprimida | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD6 | <input type="checkbox"/> |
| 7P. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD7 | <input type="checkbox"/> |
| 8P. Senti-me otimista com relação ao futuro | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD8 | <input type="checkbox"/> |
| 9P. Considerei que minha vida tinha sido um fracasso | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD9 | <input type="checkbox"/> |
| 10P. Senti-me amedrontada | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD10 | <input type="checkbox"/> |
| 11P. Meu sono não foi repousante | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD11 | <input type="checkbox"/> |
| 12P. Estive feliz | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD12 | <input type="checkbox"/> |
| 13P. Falei menos que o habitual | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD13 | <input type="checkbox"/> |
| 14P. Senti-me sozinha | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD14 | <input type="checkbox"/> |
| 15P. As pessoas não foram amistosas comigo | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD15 | <input type="checkbox"/> |
| 16P. Aproveitei minha vida | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD16 | <input type="checkbox"/> |
| 17P. Tive crises de choro | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD17 | <input type="checkbox"/> |
| 18P. Senti-me triste | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD18 | <input type="checkbox"/> |
| 19P. Senti que as pessoas não gostavam de mim | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD19 | <input type="checkbox"/> |
| 20P. Não consegui levar adiante minhas coisas | 0. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/> | 2. <input type="checkbox"/> | 3. <input type="checkbox"/> | CESD20 | <input type="checkbox"/> |

BLOCO S – Escalas de Rede e Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOS)

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.

| | |
|---|-------------------------------|
| 1S. Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo, companheiro, ou filhos nesta resposta). 0. <input type="checkbox"/> Nenhum _____ parentes | MOS1 <input type="checkbox"/> |
| 2S. Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua esposo, companheiro, ou filhos nesta resposta). 0. <input type="checkbox"/> Nenhum _____ amigos | MOS2 <input type="checkbox"/> |
| 3S. Nos últimos 12 meses , você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não | MOS3 <input type="checkbox"/> |
| 4S. Caso sim, com que frequência? 1. <input type="checkbox"/> Uma vez por semana 2. <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana 3. <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana 4. <input type="checkbox"/> Uma vez no ano 5. <input type="checkbox"/> Algumas vezes no ano | MOS4 <input type="checkbox"/> |
| 5S. Nos últimos 12 meses , você participou de reuniões de associação de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos ? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não | MOS5 <input type="checkbox"/> |
| 6S. Caso sim, com que frequência? 1. <input type="checkbox"/> Uma vez por semana 2. <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana 3. <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana 4. <input type="checkbox"/> Uma vez no ano 5. <input type="checkbox"/> Algumas vezes no ano | MOS6 <input type="checkbox"/> |
| 7S. Nos últimos 12 meses , você participou de trabalho voluntário não remunerado , em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não | MOS7 <input type="checkbox"/> |
| 8S. Caso sim, com que frequência? 1. <input type="checkbox"/> Uma vez por semana 2. <input type="checkbox"/> Mais de uma vez por semana 3. <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana 4. <input type="checkbox"/> Uma vez no ano 5. <input type="checkbox"/> Algumas vezes no ano | MOS8 <input type="checkbox"/> |

A seguir, apresentaremos perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda.

Se você precisar, com que frequência conta com alguém:

| | | |
|--|-------|--------------------------|
| 9S. Que a ajude, se ficar de cama? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS9 | <input type="checkbox"/> |
| 10S. Para lhe ouvir, quando você precisa falar? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS10 | <input type="checkbox"/> |
| 11S. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS11 | <input type="checkbox"/> |
| 12S. Para levá-la ao médico? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS12 | <input type="checkbox"/> |
| 13S. Que demonstre amor e afeto por você? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS13 | <input type="checkbox"/> |
| 14S. Para se divertir junto? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS14 | <input type="checkbox"/> |
| 15S. Para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS15 | <input type="checkbox"/> |
| 16S. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS16 | <input type="checkbox"/> |
| 17S. Que lhe dê um abraço? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS17 | <input type="checkbox"/> |
| 18S. Com quem relaxar? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS18 | <input type="checkbox"/> |
| 19S. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS19 | <input type="checkbox"/> |
| 20S. De quem você realmente quer conselhos? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS20 | <input type="checkbox"/> |
| 21S. Com quem distrair a cabeça? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS21 | <input type="checkbox"/> |
| 22S. Para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS22 | <input type="checkbox"/> |
| 23S. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS23 | <input type="checkbox"/> |
| 24S. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS24 | <input type="checkbox"/> |
| 25S. Com quem fazer coisas agradáveis? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS25 | <input type="checkbox"/> |
| 26S. Que compreenda seus problemas? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS26 | <input type="checkbox"/> |
| 27S. Que você ame e que faça você se sentir querida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre | MOS27 | <input type="checkbox"/> |

BLOCO T - Questionário de violência da OMS

Quando pessoas casam, vivem juntas ou namoram, e mesmo no trabalho, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaríamos de fazer, à senhora, algumas perguntas sobre seus relacionamentos. Se tiver dúvidas, peça ajuda ao entrevistador. Asseguramos, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo.

Durante essa gravidez, alguém, alguma vez

| | | |
|---|-------|---|
| 1T. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS1 | <input type="checkbox"/> |
| 2T. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS2 | <input type="checkbox"/> |
| 3T. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS3 | <input type="checkbox"/> |
| 4T. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS4 | <input type="checkbox"/> |
| 5T. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS5 | <input type="checkbox"/> |
| 6T. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS6 | <input type="checkbox"/> |
| 7T. Machucou-a com um soco ou com algum objeto? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS7 | <input type="checkbox"/> |
| 8T. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS8 | <input type="checkbox"/> |
| 9T. Tentou estrangular ou queimou você de propósito? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS9 | <input type="checkbox"/> |
| 10T. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS10 | <input type="checkbox"/> |
| 11T. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS11 | <input type="checkbox"/> |
| 12T. Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS12 | <input type="checkbox"/> |
| 13T. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS13 | <input type="checkbox"/> |
| 14T. Quem fez isso com você? (Pode ser marcada mais de uma resposta) 1. <input type="checkbox"/> Atual Marido / companheiro / namorado 2. <input type="checkbox"/> Ex-marido / companheiro / namorado 3. <input type="checkbox"/> Pai 4. <input type="checkbox"/> Padrasto 5. <input type="checkbox"/> Mãe 6. <input type="checkbox"/> Madrasta 7. <input type="checkbox"/> Irmão, irmã ou outro familiar que mora na mesma residência que você 8. <input type="checkbox"/> Familiar que não reside com você 9. <input type="checkbox"/> Vizinho ou outra pessoa conhecida 10. <input type="checkbox"/> Outros: _____ 88. <input type="checkbox"/> Não houve violência | OMS14 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

SE HOUVE VIOLÊNCIA, QUEREMOS SABER SE ISSO AFETOU A SUA SAÚDE

| | | |
|--|-------|--------------------------|
| 15T. Por causa de violência durante essa gravidez, você teve algum problema de saúde? Qual problema? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Ameaça de aborto | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Ameaça de parto prematuro | | |
| 4. <input type="checkbox"/> Outros _____ | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não houve violência | OMS15 | <input type="checkbox"/> |
| 16T. Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não | OMS16 | <input type="checkbox"/> |

Agora queremos saber sobre os seus relacionamentos nos 12 últimos meses anteriores à gravidez atual.

Nos 12 meses anteriores a essa gravidez, alguém, alguma vez

| | | |
|---|-------|--------------------------|
| 17T. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS17 | <input type="checkbox"/> |
| 18T. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS18 | <input type="checkbox"/> |
| 19T. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS19 | <input type="checkbox"/> |
| 20T. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS20 | <input type="checkbox"/> |
| 21T. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS21 | <input type="checkbox"/> |
| 22T. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS22 | <input type="checkbox"/> |
| 23T. Machucou-a com um soco ou com algum objeto? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS23 | <input type="checkbox"/> |
| 24T. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS24 | <input type="checkbox"/> |
| 25T. Tentou estrangular ou queimou você de propósito? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS25 | <input type="checkbox"/> |
| 26T. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS26 | <input type="checkbox"/> |
| 27T. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS27 | <input type="checkbox"/> |
| 28T. Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS28 | <input type="checkbox"/> |
| 29T. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante? | | |
| 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes | OMS29 | <input type="checkbox"/> |

30T. Quem fez isso com você? (Pode ser marcada mais de uma resposta)

1. Atual Marido / companheiro / namorado
2. Ex-marido / companheiro / namorado
3. Pai
4. Padrasto
5. Mãe
6. Madrasta
7. Irmão, irmã ou outro familiar que mora na mesma residência que você
8. Familiar que não reside com você
9. Vizinho ou outra pessoa conhecida
10. Outros: _____
11. Não houve violência

OMS30



SE HOUVE VIOLÊNCIA, QUEREMOS SABER SE ISSO AFETOU A SUA SAÚDE

31T. Por causa de violência nos 12 meses anteriores a essa gravidez, você teve algum problema de saúde? Qual problema?

1. Sangramento vaginal
2. Ameaça de aborto
3. Ameaça de parto prematuro
4. Outros _____
8. Não houve violência

32T. Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde?

1. Sim
2. Não

OMS31



OMS32



ANEXO C - Questionário do nascimento – mãe



QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - MÃE

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: _____

- 1ª casela: 1 Ribeirão Preto
2 São Luís
- 2ª casela: 1 Pré-natal
2 Nascimento
3 1º ano
- 3ª casela: M. Avaliação no pré-natal
A. Avaliação no nascimento RN 1
B. Avaliação no nascimento RN 2
C. Avaliação no nascimento RN 3
D. Avaliação no nascimento RN 4
- 4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe
QC. Questionário do RN
SC. Saliva da criança
CO. Cordão umbilical
- 6ª à 9ª. caselas: número seqüencial para cada cidade

NUMERO

2A. Cidade:

- 1. Ribeirão Preto
- 2. São Luís

CIDADE

3A. Coorte

- 1. Iniciada no Pré-natal
- 2. Iniciada no Nascimento

COORTE

4A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): ___/___/_____

DATAENT

Entrevistador (a) : _____

5A. Hospital de Nascimento:

| SÃO LUÍS | RIBEIRÃO PRETO |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> HU Materno- Infantil | 12. <input type="checkbox"/> Hospital das Clínicas |
| 2. <input type="checkbox"/> Benedito Leite | 13. <input type="checkbox"/> Hospital Ribeirânia |
| 3. <input type="checkbox"/> Marly Sarney | 14. <input type="checkbox"/> Hospital São Lucas |
| 4. <input type="checkbox"/> Santa Casa | 15. <input type="checkbox"/> Hospital Santa Lydia |
| 5. <input type="checkbox"/> Maria do Amparo | 16. <input type="checkbox"/> Hospital Santa Casa |
| 6. <input type="checkbox"/> N Sra. da Penha | 17. <input type="checkbox"/> Mater |
| 7. <input type="checkbox"/> Clínica São Marcos | 18. <input type="checkbox"/> H. Sinhá Junqueira |
| 8. <input type="checkbox"/> Clínica Luiza Coelho | 19. <input type="checkbox"/> Hospital São Paulo |
| 9. <input type="checkbox"/> Hospital S Domingos | |
| 10. <input type="checkbox"/> Hospital Aliança | |
| 11. <input type="checkbox"/> Clínica São José | |

HOSPITAL

6A. Nome completo da mãe do RN (não abreviar):

NOMEMAE

7A. Data de nascimento da mãe do RN (DD/MM/AAAA):

__/__/____

DNMAE

□□□□□□□□

8A. Idade da mãe do RN __

99. Não sabe

IDAEMA

□□

9A. Qual a idade do pai do bebê? __

99. Não sabe

IDADEPAI

□□

BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo? _____

Telefone residencial: _____ - _____ Outro telefone: _____ - _____ celular: _____ - _____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ - _____ Telefone comercial: _____ - _____ celular: _____ - _____

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ - _____ Telefone comercial: _____ - _____ celular: _____ - _____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: _____

Telefone comercial: _____ - _____ Telefone comercial: _____ - _____

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ - _____ Telefone comercial: _____ - _____ celular: _____ - _____

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C. A sra. sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

LERMAE

2C. A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 6C**
 9. Não sabe

ESCOLMAE

3C. A sra. ainda estuda ?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

MAEESTUDA

4C. Qual foi o último curso que a sra frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6C**
 5. Superior graduação completo **Passe para a questão 6C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOMAE

5C. Até que série a sra. frequentou ou ainda frequenta?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIEMAE

6C. Qual a cor da sua pele?

1. branca
 2. preta/negra
 3. parda/mulata/cabocla/morena
 4. amarelo/oriental
 5. indígena
 9. não sabe

CORMAE

BLOCO F – DADOS DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

| | | |
|---|------------|---|
| 1F. Em que mês de gestação a sra. soube que estava grávida? __ | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | MESGRAV | <input type="checkbox"/> |
| 2F. Que idade a sra. tinha quando menstruou pela primeira vez? __ | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | IDMENARCA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3F. Qual era sua idade quando a sra. teve sua primeira relação sexual? __ | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | IDRELSEX | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4F. Que idade a sra. tinha quando engravidou pela primeira vez? __ | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | IDGRAV | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5F. Quantas vezes a sra. engravidou? (incluindo a gravidez atual) Contar todas as gestações até as que não chegaram no final, inclusive abortos. __ | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | GESTA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6F. A gravidez atual foi planejada? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | PLANGEST | <input type="checkbox"/> |
| 7F. Quantos filhos nasceram vivos (incluindo o atual)? __ | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | NASCVIVO | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8F. Qual a idade da sra. no início da gestação anterior? __ | | |
| 88. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | IDULTGEST | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9F. Quantos partos a sra. teve (incluindo o atual)? __ | | |
| 99. <input type="checkbox"/> Não sabe | PARTOS | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10F. Quantos partos foram cesáreas (incluindo o atual, caso tenha sido cesárea)? _ | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | PARTOCESA | <input type="checkbox"/> |
| 11F. O parto anterior da sra. foi: | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Vaginal/Vaginal com fórceps | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Cesárea | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | TIPARTOANT | <input type="checkbox"/> |
| 12F. Quantos partos anteriores da sra. foram antes do tempo (prematuros) incluindo o atual? _ | | |
| 9. <input type="checkbox"/> não sabe | PARTOANTPT | <input type="checkbox"/> |
| 13F. A sra. teve algum aborto? | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Sim | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Não Passe para questão 15F | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | ABORTO | <input type="checkbox"/> |
| 14F. Caso sim, quantos abortos foram? _ | | |
| 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica | | |
| 9. <input type="checkbox"/> Não sabe | QTABORTO | <input type="checkbox"/> |

47H. Tomou algum medicamento para induzir a ovulação?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

OVULA

48H. Fez inseminação artificial?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

INSEMINA

49H. Fez fertilização in vitro (bebê de proveta)?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

FERTILIZA

50H. Fez injeção de espermatozoides?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

INJECAO

BLOCO I - CARACTERÍSTICAS DO PARTO E DO NASCIMENTO

11. Qual foi o tipo de parto?

1. Normal
 2. Cesárea **Passe para a questão 41**
 3. Fórceps **Passe para a questão 41**
 4. Vácuo extração **Passe para a questão 41**

TIPARTO

9. Não sabe

21. Se normal, a sra. fez episiotomia (corte, pique)?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EPISIO

31. Quantas horas decorreram entre a internação e o parto normal? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

HORASPARTO

41. Foi feita anestesia nas costas?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

ANESTESIA

ANEXO D - Questionário do 1º Ano - Mãe (2º seguimento)


**QUESTIONÁRIO DO 1º ANO
MÃE****BLOCO J – SAÚDE DA MÃE E CONTRACEPÇÃO
SATISFAÇÃO/SEXUALIDADE**

- 1J. Em geral, como a Sra. considera sua saúde:
1. Excelente
 2. Muito boa
 3. Boa
 4. Regular
 5. Ruim
 9. Não sabe ()
- 2J. A Sra. teve algum problema de saúde causado pelo parto, depois que <CRIANÇA> nasceu, até agora? (*Só aplicar para a mãe biológica*)
1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 4J**
 9. Não sabe ()
 8. Não se aplica ()
- 3J. Se sim, qual (is) _____ fazer lista () ()
- 4J. Depois que <CRIANÇA> nasceu, a Sra. foi internada alguma vez?
1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 9J**
 9. Não sabe ()
- Qual motivo da internação?
- 5J. Internação1 _____
88. Não se aplica
 99. Não sabe () ()
- 6J. Quantos dias1 _____ dias
88. Não se aplica
 99. Não sabe () ()
- 7J. Internação2 _____
88. Não se aplica
 99. Não sabe () ()
- 8J. Quantos dias2 _____ dias
88. Não se aplica
 99. Não sabe () ()
- 9J. A Sra. engravidou depois que <CRIANÇA> nasceu?
1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 11J**
 9. Não sabe ()
- 10J. O que aconteceu com essa gravidez?
1. Aborto
 2. Nascimento
 3. Está grávida atualmente
 8. Não se aplica ()
- 11J. A Sra. está fazendo alguma coisa para não engravidar?
1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 13J**
 9. Não sabe **Passe para a questão 13J** ()

- 12J. O que a Sra. está fazendo para não engravidar?
01. Pílula
 02. Injetável trimestral
 03. Coito interrompido
 04. Preservativo
 05. DIU
 06. Laqueadura tubária
 07. Tabelinha
 08. Ele fez vasectomia
 09. Não tem parceiro
 10. Não menstruou
 11. Não voltou a ter relações sexuais
 12. Fez ligadura
 13. Está amamentando
 14. Outro _____
 88. Não se aplica (não está fazendo nada) () ()
- 13J. Foi oferecida alguma orientação na enfermaria do hospital onde você deu a luz para iniciar algum método de prevenção de gravidez?
1. Sim
 2. Não **Passe para questão 15J**
 9. Não sabe **Passe para questão 15J** ()
- 14J. Qual orientação para evitar gravidez a Sra. recebeu no hospital?
1. Procurar posto para ser prescrito medicação para evitar gravidez
 2. Já iniciaram o método na enfermaria
 3. Saiu com a receita para iniciar método após 30 dias do parto
 4. Não recebeu orientação
 5. Outro
 9. Não sabe ()
- Em relação ao parto responda:
- 15J. Pensando no que aconteceu na hora do parto e depois, a Sra. está satisfeita com o parto?
1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe ()
- 16J. Com respeito ao seu parto, a Sra. sentiu que o atendimento, tratamento e orientações da equipe médica foram:
1. Muito bons
 2. Bons
 3. Nem bons, nem ruins
 4. Ruins
 5. Muito ruins
 9. Não Sabe ()
- 17J. Durante o seu trabalho de parto e ou parto, a Sra. contou com a presença de acompanhante?
1. Sim
 2. Não **Passe para questão 19J**
 9. Não sabe **Passe para questão 19J** ()
- 18J. Se SIM, quem acompanhou seu trabalho de parto ? _____ ()
- 19J. Com respeito ao acompanhante durante o trabalho de parto a Sra. acha que ter acompanhante é:
1. Muito bom
 2. Bom
 3. Nem bom, nem ruim
 4. Ruim
 5. Muito ruim
 9. Não sabe ()
- 20J. Baseada na sua experiência, que tipo de parto a Sra. recomendaria para uma amiga?
1. Parto vaginal normal ()

2. Cesariana
9. Não sabe
- 21J. A Sra. reiniciou a sua atividade sexual apos o nascimento da criança?
1. Sim
2. Não **Passa para questão 24J**
9. Não sabe **Passa para questão 24J**
- 22J. Com quanto tempo depois do nascimento retomou a atividade sexual?
1. Entre 0 a 14 dias após o parto
2. Entre 15 a 30 dias após o parto
3. Entre o primeiro e o terceiro mês
4. Entre o terceiro e o sexto mês
5. Entre o sexto e o nono mês
6. Após o nono mês
7. Ainda não retomou a atividade sexual
9. Não sabe
- 23J. Com respeito a sua vida sexual após o parto, a Sra. considera que seu nível de prazer sexual nas relações é:
1. Muito bom
2. Bom
3. Nem bom, nem ruim
4. Ruim
5. Muito ruim
6. Não se aplica
9. Não sabe
- 24J. Houve alguma mudança com os seus hábitos urinários após o nascimento da criança?
1. Sim
2. Não **Passa para questão 26J**
9. Não sabe **Passa para questão 26J**
- 25J. Se SIM, qual foi a mudança? _____ lista
- 26J. Desde que seu bebê nasceu, a Sra. sente dor no pé da barriga?
1. Sim
2. Não **Passa para questão 30J**
9. Não sabe **Passa para questão 30J**
- 27J. Há quanto tempo a Sra. apresenta a dor? _____ anos _____ meses
- 28J. Qual o número de vezes que sentiu a dor na última semana?
1. Menos que 1x na semana
2. 1 a 2 xx na semana
3. 3 a 4 xx na semana
4. 5 a 7 xx na semana
9. não se aplica

BLOCO L – HÁBITOS DE VIDA

- 1L. A Sra. fumou desde que <CRIANÇA> nasceu?
1. Sim
2. Não **Passa para a questão 4L**
9. Não sabe
- 2L. Quantos cigarros a Sra. fumava por dia? _____ cigarros / dia
88. Não se aplica
99. Não sabe
- 3L. Do total, quantos cigarros a Sra. fumava por dia dentro de casa perto da criança? _____ cigarros / dia
88. Não se aplica
99. Não sabe

ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva
TELEFONES PARA CONTATO: (98) 33019681/33019675/88072963.

PATROCINADORES FINANCEIROS DA PESQUISA: FAPESP, CNPq, FAPEMA

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender as consequências do nascimento antes do tempo (premature) para a saúde das crianças no seu primeiro ano de vida. Essa pesquisa está sendo realizada em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, e em São Luís, estado do Maranhão. Para isso, precisamos de algumas informações tanto de bebês nascidos antes do tempo como de bebês nascidos no tempo normal, para comparação. Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a participação do seu bebê, que já foi avaliado por nós na ocasião do nascimento.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar e permitir que seu bebê participe da pesquisa, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você e seu bebê estão participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Esta pesquisa está sendo conduzida com mulheres que deram à luz nos hospitais das duas cidades, Ribeirão Preto e São Luís. Este é o terceiro momento deste grande estudo: algumas mulheres foram avaliadas durante o pré-natal e logo após o parto, outras somente após o parto e agora gostaríamos de ter a participação voluntária de todas as mães e bebês que participaram dos momentos anteriores. Portanto, gostaríamos que você participasse novamente como voluntária, nos ajudando neste estudo.

Ressaltamos que, da mesma forma que foi muito importante a sua participação nos outros momentos da pesquisa, sua participação agora é muito importante para que as informações obtidas possam contribuir para o conhecimento mais completo da sua saúde e de seu bebê.

O QUE DEVO FAZER PARA EU E MEU BEBÊ PARTICIPARMOS DESTA PESQUISA?

Se você concordar em participar desta pesquisa, você responderá a algumas perguntas sobre amamentação, uso de remédios, alimentação, doenças e seu bebê será examinado para avaliar o crescimento físico e o desenvolvimento por meio de atividades adequadas para a idade do bebê. Serão realizados exames clínicos (medidas de peso, altura, circunferência da cabeça e da barriga), laboratoriais (coleta de sangue) e exame dos dentes para nos fornecer informações mais completas sobre a saúde de seu bebê.

- Questionários:

A. Você responderá a um questionário com seus dados de identificação e endereço atualizados. O questionário perguntará sobre amamentação e a saúde da criança, dentição, uso de medicamentos, vacinação, gastos com saúde, hábitos de vida, informações sobre sua saúde e seus dados pessoais e sociais.

B. No próprio questionário haverá uma parte de avaliação sobre o desenvolvimento e a saúde da criança com perguntas referentes a convulsões (crises), uso de medicamentos, asma, alergias e outras doenças.

C. Você irá responder a um questionário sobre sua saúde após o parto, com perguntas sobre métodos para evitar gravidez, se tem perda de urina após o parto e sobre uso de cigarro e álcool.

D. Você responderá a um questionário com perguntas sobre a alimentação de seu bebê nas 24 horas antes da entrevista.

E. Seu bebê será examinado para verificarmos como ele está crescendo. Ele será medido deitado, pesado em uma balança, e a circunferência da cabeça e da barriga serão medidas com fita métrica.

F. Também será avaliado o seu peso e pediremos que você nos informe, se souber, a altura e o peso do pai do bebê.

- Exames laboratoriais:

A. Pretendemos coletar um pouco de sangue de seu bebê (quantidade equivalente a uma colher de sobremesa) com material descartável e por pessoas experientes, para verificar presença de anticorpos que sugiram que seu bebê tem algum tipo de alergia e também se tem alguma variação genética que pode favorecer doenças no futuro, como alergia, obesidade, pressão alta e alterações no crescimento.

B. Pretendemos coletar um pouco de sangue seu (quantidade equivalente a uma colher de sobremesa) com material descartável e por pessoas experientes, para verificar presença de variação genética que pode favorecer doenças como dor na barriga, perda de urina e depressão.

C. Como a quantidade de indivíduos que serão examinados neste estudo é muito grande, não será possível realizar todas as dosagens sanguíneas ao mesmo tempo. Para isso o sangue terá que ser estocado por algum tempo até a realização dos exames. Pedimos a você permissão para que o sangue do bebê seja guardado por tempo indeterminado, visto que o próprio estudo e outros que têm sido feitos podem trazer novos conhecimentos sobre o assunto e pode haver necessidade de realização de novos testes com o sangue estocado. No entanto, novos testes somente serão realizados após aprovação do novo projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas no projeto, que decidirá se você deverá ser convocada ou não para autorizar os novos testes. Você será informada dos resultados dos novos testes que porventura sejam feitos, caso eles apresentem alguma alteração.

D. Também vamos avaliar se seu bebê está se desenvolvendo bem. Nesse exame, algumas atividades serão propostas ao bebê com brinquedos e outros objetos, e durante a realização delas iremos observá-lo e anotar suas reações e seu comportamento.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas. Os questionários podem conter algumas perguntas que lhe causem incômodo ao responder. As medidas de peso, comprimento e circunferência da cabeça e da barriga causam desconforto mínimo. A coleta de sangue pode causar algum

desconforto, sangramento e/ou mancha roxa no local em que a agulha perfura a pele. Em casos raros, podem ocorrer desmaios ou infecção. Entretanto, tomaremos todos os cuidados para que isso não ocorra.

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

A avaliação no primeiro ano de vida poderá detectar se seu bebê está se desenvolvendo bem, mesmo que ele tenha nascido prematuro, que tenha tido infecção pelo citomegalovírus, que foi pesquisada com a coleta da saliva ao nascer. Qualquer alteração que for detectada, relacionada a essas doenças, o seu bebê será encaminhado para tratamento.

Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. O sigilo de todas as informações será garantido, nenhum dado que permita sua identificação será fornecido. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento, mas sem identificar as mães e os bebês participantes do estudo.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você e ao bebê permanecerão confidenciais. Você e o bebê serão identificados por um código, e suas informações pessoais contidas nos registros não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem.

As pessoas que podem examinar seus registros são: o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão**, a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo ou a uma lesão relacionada à pesquisa, entre em contato com os Profs. Drs: Antonio Augusto Moura da Silva ou Vanda Maria Ferreira Simoes ou Rosângela Fernandes Lucena Batista (98) 33019681/33019675/88072963.

Para obter informações sobre seus direitos e os direitos de seu bebê como objeto de pesquisa, entre em contato com: **Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão** pelo telefone (98) 2109-1250.

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma cópia ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. A participação é voluntária e você pode deixar a pesquisa em qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal.

Agradecemos muito a sua colaboração.

ASSINATURAS

Nome do voluntário: _____

Assinatura do voluntário: _____

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Data: ____/____/____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data: ____/____/____

ANEXO F - Parecer Consubstanciado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº223/2009

Pesquisador (a) Responsável: Antônio Augusto Moura da Silva

Equipe executora: Antônio Augusto Moura da Silva, Marco Antonio Barbieri, Heloisa Bettiol, Fernando Lamy Filho, Liberata Campos Coimbra, Maria Teresa Seabra S.B. e Alves, Raimundo Antonio da Silva, Valdinar Sousa Ribeiro, Vania Maria de Farias Aragão, Wellington da Silva Mendes, Zeni Carvalho Lamy, Mari Ada Conceição Saraiva, Alcione Miranda dos Santos, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Cecília Claudia Costa Ribeiro, Silma Regina P. Martins, Flávia Raquel F. Nascimento, Marília da Glória Martins, Virginia P.L. Ferriani, Marisa Márcia M. Pinhata, Jacqueline P. Monteiro José S. Camelo Junior, Carlos Eduardo, Martinelli Júnior, Sonir Roberto R. Antonini e Aparecida Yulie Yamamoto

Tipo de Pesquisa: Projeto Temático

Registro do CEP: 350/08 Processo 4771/2008-30

Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário, Maternidade Marly Samey, Clínica São Marcos, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Maria do Amparo, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Nazira Assub, Clínica São José e Clínica Luiza Coelho.

Grupo: III

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 20.03.08 o processo Nº. 4771/2008-30, referente ao projeto de pesquisa: **"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e conseqüências dos fatores perinatais na saúde de criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras"**, tendo como pesquisadora responsável Antônio Augusto Moura da Silva, cujo objetivo geral é **"Investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, utilizando-se abordagem integrada e colaborativa em duas cidades brasileiras numa coorte de conveniência, iniciada no pré-natal"**.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís - Maranhão Tel: (98) 2109-1250
E-mail cep@huufma.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

São Luis, 08 de abril de 2009.

João Inácio L. de Souza
Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est