

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 activity after childbirth: analysis of the BRISA prenatal cohort

Violencia por pareja íntima durante el embarazo y el tiempo para volver a la actividad sexual después del parto: análisis de la cohorte de prenatal BRISA

Liendne Penha Abreu ¹
Mônica Araújo Batalha ¹
Liliana Yanet Gomez Aristizabal ¹
Luciana Cavalcante Costa ¹
Rosângela Fernandes Lucena Batista ¹

doi: 10.1590/0102-311XPT094223

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar se existe associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e o tempo de retorno das atividades sexuais após o parto na coorte BRISA, em São Luís, Maranhão, Brasil, entre os anos de 2010 e 2013. Trata-se de estudo longitudinal conduzido com 665 mulheres. A violência por parceiro íntimo na gestação foi medida por meio de instrumento criado e validado pela Organização Mundial da Saúde para medir violência contra a mulher. 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 três 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; IC95%: 0,60-1,30), nem no modelo ajustado (OR = 1,00; IC95%: 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 diversas áreas da vida feminina.

Violência Contra a Mulher; Violência por Parceiro Íntimo; Gravidez; Comportamento Sexual; Período Pós-parto

Correspondência

L. P. Abreu
Rua Professora Arlete Lago Serra, quadra 22, casa 23, São Luís,
MA 65073-830, Brasil.
liendne@gmail.com

¹ Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil.



Introdução

A violência contra a mulher está intrinsecamente entrelaçada com aspectos sócio-histórico-culturais, refletindo a longa história de desigualdade de gênero e opressão. Desde os tempos antigos, observamos a existência de um sistema patriarcal, caracterizado pela inegável submissão ao gênero dominante, no qual o homem detém o controle econômico, político e sexual sobre as mulheres. Essas normas de gênero, enraizadas na cultura, frequentemente perpetuam a violência, minando a autonomia e o bem-estar das mulheres ¹.

A violência por parceiro íntimo representa um grave problema de saúde pública e atinge mulheres em todo o mundo ². O fenômeno da violência contra a mulher pode se manifestar de diferentes formas: física, patrimonial, psicológica, moral e/ou sexual ³, e pode ocorrer com mulheres de várias idades, origens, raças, classes sociais, estados civis, níveis de escolaridade e orientações sexuais ⁴.

A fase do ciclo gravídico-puerperal é um período em que se espera maior proteção e cuidados voltados para o binômio mãe-filho ⁵; no entanto, estudos nacionais e internacionais apontam para uma alta prevalência de violência por parceiro íntimo durante a gravidez ^{6,7,8,9,10,11}. 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/neonato ¹².

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 violência por parceiro íntimo possa estar relacionada à sexualidade após o parto, porém essa relação ainda não está totalmente clara na literatura ¹³.

Historicamente, a sexualidade das mulheres é frequentemente ignorada, desencorajada ou reduzida ao papel da reprodução e, durante o puerpério, essa questão se torna ainda mais negligenciada devido ao foco na maternidade ¹⁴. A chegada de um filho causa uma série de alterações emocionais e sociais na vida da mulher, da família e do casal – entre 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 sexual ¹⁵.

As principais inquietações manifestadas pelas mulheres durante esse período abrangem o receio da dor e de uma possível nova gravidez, as preocupações com o cuidado do bebê e a insegurança em relação ao próprio corpo ¹⁶, além de ansiedade e depressão principalmente no puerpério imediato ¹⁷.

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 relações e, aos 12 meses, a maioria delas considera sua vida sexual semelhante ao período pré-gravídico ¹⁸.

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 urinária ^{19,20}.

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 especializado ²¹. 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, por serem mudanças, contextos e desafios distintos ²².

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 parto ²³. Muitas vezes, essas mulheres retomam as atividades sexuais sem desejo, apenas para manter a inti-

midade e atender às expectativas do parceiro, o que pode contribuir para o surgimento de problemas de saúde sexual ²⁴.

Embora violência e dificuldades sexuais sejam problemas frequentes no ciclo gravídico-puerperal, observou-se que as pesquisas sobre violência por parceiro íntimo 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 feminina, principalmente no que se refere a estudos longitudinais. Dessa forma, este estudo objetiva verificar se existe associação entre a violência por parceiro íntimo na gestação e o tempo de retorno das atividades sexuais após o parto na coorte de pré-natal BRISA, na cidade de São Luís, Maranhão, Brasil.

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 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 ²⁵.

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 gestantes ²⁶.

Participantes e amostra

Na fase do pré-natal, foi utilizada uma amostra de conveniência. As gestantes foram contatadas no momento de uma consulta pré-natal realizada até o quinto 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 1.447 gestantes no período de fevereiro de 2010 a junho de 2011 ²⁷.

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.

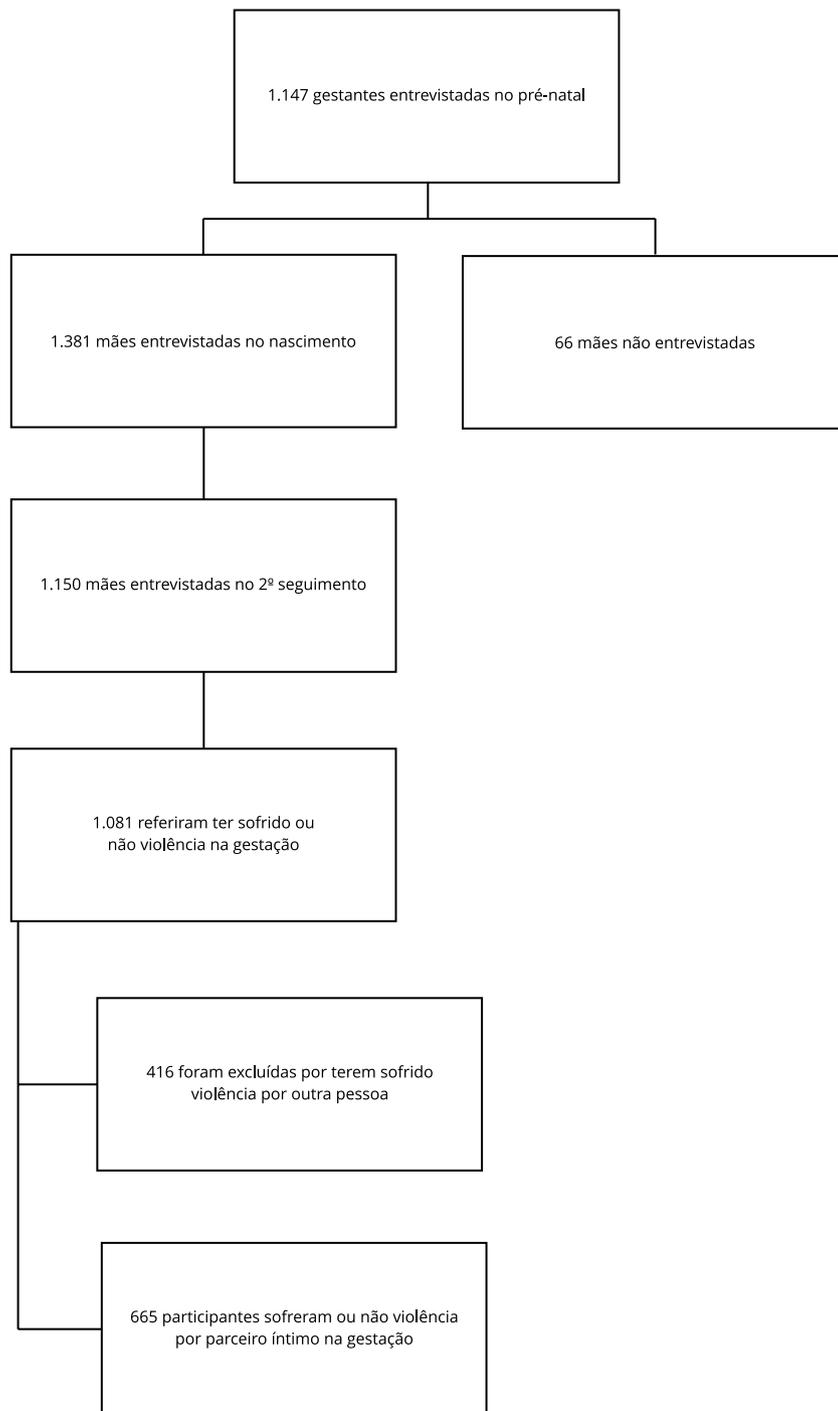
No 2º seguimento, realizado entre setembro de 2011 e março de 2013, as participantes foram convidadas por telefone a comparecerem ao Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) quando as crianças estavam na faixa de 12 a 35 meses. Foram entrevistadas 1.151 mães, das quais 1.081 referiram ter sofrido ou não violência na gestação. Para fins deste estudo, foram excluídas 416 entrevistadas que relataram ter sofrido violência por outra pessoa, totalizando 665 participantes que sofreram ou não violência por parceiro íntimo na gestação (Figura 1).

Instrumentos de coleta de dados

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

Figura 1

Fluxograma da população e amostra das participantes da coorte BRISA. São Luís, Maranhão, Brasil.



Fonte: elaboração própria.

Variável exposição

A violência na gestação foi investigada por meio do instrumento *World Health Organization Violence Against Women* (questionário de violência da Organização Mundial da Saúde – OMS) ²⁸, validado no Brasil ²⁹, composto por 32 questões autoaplicáveis que investigam 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).

Sofrer violência por parceiro íntimo na gestação foi considerado como variável de exposição. 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”. Neste 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 primeiro e terceiro mês”; “entre o terceiro e o sexto mês”; “após o nono mês”; “ainda não retornou à atividade sexual”; e “não sabe”. No entanto, neste estudo, optou-se por categorizá-la em “até três meses” e “após três meses”. O critério para a definição desse ponto de corte foi baseado na literatura, que mostra que vários fatores podem influenciar na função sexual e no retorno das atividades sexuais logo após o parto, resultando em um declínio no interesse ou desejo sexual nesse período ^{18,19,20}.

Variáveis complementares

Foram utilizadas as seguintes covariáveis: (i) idade da gestante em anos (14-19, 20-24, 25 ou mais); (ii) cor da pele (branca, preta/negra, parda/mulata/cabocla/morena, amarelo/oriental) ³⁰; (iii) escolaridade da gestante em anos de estudo (0-8, 9-11, 12 ou mais); (iv) situação conjugal da gestante (casada, união estável); (v) número de filhos no domicílio (sem filhos, 1, 2 ou mais); (vi) ocupação da gestante (não trabalha, trabalhadoras manuais, trabalhadoras não manuais); (vii) classificação econômica pelo Critério da Classificação Econômica Brasil ³¹ (A/B, C, D/E); (viii) idade do parceiro em anos (16-19, 20-24, 25 ou mais); (ix) escolaridade do parceiro em anos de estudo (0-8, 9-11, 12 ou mais); (x) planejamento da gravidez (sim, não); e (xi) tipo de parto (vaginal, cesárea).

Foram investigadas, também, variáveis contínuas de saúde mental da gestante, como: nível de estresse percebido, investigado pela *Perceived Stress Scale* (PSS-14; Escala de Estresse Percebido) ³²; sintomas de ansiedade, avaliados pelo *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Inventário de Ansiedade de Beck) ³³; e sintomas de depressão, identificados pela escala *Center for Epidemiologic Studies-Depression* (CES-D; escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos) ³⁴. O apoio social foi determinado por meio da escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* (MOS; Estudo de Desfechos Médicos), traduzida e adaptada para o português ³⁵ e com resultado categorizado em apropriado e inapropriado, fazendo uso do tercil superior como ponto de corte ³⁶.

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 (<http://www.dagitty.net/>), que identificou o conjunto mínimo

Resultados

A amostra analítica do estudo foi composta por 665 participantes. Entre elas, 67,96% das mulheres relataram ter retornado às atividades sexuais em até três 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 e 11 anos de estudo (75,79%). Em relação à situação conjugal, 72,03% estavam em uma união consensual, 54,89% não moravam com filhos no momento da entrevista e 49,92% não trabalhavam. 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%) referiu pertencer à classificação econômica C.

No que concerne à violência por parceiro íntimo na gestação, 24,06% afirmaram ter sofrido tal violência nesse período. Em relação ao histórico de violência nos 12 meses anteriores à gestação, 25,26% referiram violência por parceiro íntimo. Além disso, 74,89% das gestantes asseguraram apoio social inapropriado, 59,1% 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. Com relação à presença de estresse, sintomas de ansiedade e de depressão, as participantes apresentaram mediana de 21 (17-26) pontos na escala PSS-14, de 14 (8-23) na escala BAI e de 10 (6-18) pontos na escala CES-D (Tabela 1).

Ao analisar a associação entre a violência por parceiro íntimo na gestação e o tempo de retorno às atividades sexuais após o parto, observou-se que não houve associação no modelo bruto (OR = 0,88; IC95%: 0,60-1,30) nem no modelo ajustado para possíveis variáveis confundidoras (OR = 1,00; IC95%: 0,61-1,63) (Tabela 2).

Como análise de sensibilidade, procedemos a análise da associação entre cada tipo de violência e o tempo de retorno das atividades sexuais após o parto (Tabela 3).

Discussão

Os achados deste estudo evidenciaram que não houve associação entre violência por parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais em até três meses e após três meses pós-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 elucidar 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 localizadas na zona oeste de São Paulo, sem apresentar associação entre a exposição e o desfecho estudados³⁷, resultados semelhantes aos encontrados neste estudo.

Algo comum entre os dois estudos é o fato de ambos terem avaliado apenas a violência durante a gravidez, ignorando a violência ocorrida após o parto, situação que pode ter influenciado os resultados, já que a violência recente tem um impacto maior na saúde da mulher³⁸ 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 1.083 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 violência por parceiro íntimo durante a gravidez e após o parto de forma contínua³⁹.

Neste estudo, a prevalência de mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo na gestação foi menor (24,06%) quando comparada àquelas que não sofreram (75,94%). Esse resultado pode sugerir uma subestimação dos casos. De acordo com a literatura, vários fatores podem dificultar a

Tabela 1

Caracterização da amostra geral e da 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, Maranhão, Brasil, 2010-2011 (n = 665).

Características	Amostra geral (n = 665) n (%)	Retorno das atividades sexuais após o parto		Valor de p *
		Até três meses n (%)	Após três meses n (%)	
Idade da gestante (anos)				0,92
14-19	65 (9,77)	43 (66,15)	22 (33,85)	
20-24	194 (29,17)	131 (67,53)	63 (32,47)	
25 ou mais	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 (anos de estudo)				0,25
0-8	76 (11,43)	56 (73,68)	20 (26,32)	
9-11	504 (75,79)	334 (66,27)	170 (33,73)	
12 ou mais	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	211 (31,73)	147 (69,67)	64 (30,33)	
2 ou mais	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)	
Idade do parceiro (anos)				0,93
16-19	14 (2,11)	10 (71,43)	4 (28,57)	
20-24	158 (23,76)	106 (67,09)	52 (32,91)	
25 ou mais	493 (74,14)	336 (68,15)	157 (31,85)	
Escolaridade do parceiro (anos de estudo)				0,01
0-8	122 (18,35)	91 (74,59)	31 (25,41)	
9-11	496 (74,59)	322 (64,92)	174 (35,08)	
12 ou mais	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)	
Violência por parceiro íntimo 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 (violência por parceiro íntimo 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)	

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Características	Amostra geral (n = 665) n (%)	Retorno das atividades sexuais após o parto		Valor de p *
		Até três meses n (%)	Após três meses n (%)	
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 (IIQ)	Mediana (IIQ)	Mediana (IIQ)	Valor de p **
PSS-14	21 (17-26)	21 (17-26)	21 (16-26)	0,86
BAI	14 (8-23)	15 (8-23)	13 (8-23)	0,40
CES-D	10 (6-18)	10 (6-17)	11 (6-18)	0,06

BAI: *Beck Anxiety Inventory*; CES-D: *Center for Epidemiologic Studies-Depression*; IIQ: intervalo interquartil; PSS-14: *Perceived Stress Scale*.

* Teste qui-quadrado;

** Teste de Mann-Whitney.

produção de registros sobre violência e gestação; entre eles, o sentimento de culpa, vergonha, medo e estigma que a mulher vítima de violência experimenta ⁴⁰, 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 gravidez ⁴¹.

A maioria das mulheres (67,96%) neste estudo relatou ter retomado as atividades sexuais até três 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 12ª semana pós-parto, a situação deve ser avaliada, podendo indicar pior prognóstico sexual e inatividade sexual ^{15,42}.

Embora não tenha sido o objetivo principal deste estudo, encontrou-se diferença significativa no tempo de retorno das atividades sexuais após o parto em relação a algumas variáveis, como tipo de parto e escolaridade do parceiro. As mulheres que retornaram às atividades sexuais em até três meses apresentaram maior prevalência de parto vaginal, enquanto as que retornaram após três meses, tiveram maior prevalência de cesariana. Entretanto, um estudo de revisão recente mostrou que não há consenso sobre uma associação entre o tipo de parto e as alterações na função sexual, evidenciando que tanto o parto vaginal, sendo instrumentalizado ou não, quanto a cesárea, eletiva ou de emergência, podem alterar a função sexual a curto, médio e longo prazo ⁴³.

No que se refere à escolaridade do parceiro, as participantes do estudo que retornaram às atividades sexuais em até três meses, afirmaram que os parceiros tinham entre 9 a 11 anos de estudo (64,92%). Não foi encontrada, na literatura, uma relação direta entre tempo de estudo do parceiro e atividade sexual no puerpério. Apesar disso, acredita-se que a escolaridade possa influenciar outros aspectos da relação como a comunicação e o entendimento sobre a importância da recuperação pós-parto. Estudo de base populacional encontrou associação estatisticamente significativa entre comunicação prejudicada e violência por parceiro íntimo. Nesse contexto, a baixa escolaridade pode impactar nas relações interpessoais e na resolução de problemas cotidianos, podendo resultar em violência ^{44,45}.

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, Maranhão, Brasil, 2010-2011.

Violência por parceiro íntimo	Análise bruta		Análise ajustada *	
	OR (IC95%)	Valor de p	OR (IC95%)	Valor de p
Não sofreu violência na gestação	1,00		1,00	
Sofreu violência na gestação	0,88 (0,60-1,30)	0,53	1,00 (0,61-1,63)	0,99

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: razão de chance.

* 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.

Tabela 3

Associação entre os tipos de violência pelo parceiro íntimo na gestação e tempo de retorno das atividades sexuais após o parto das participantes da coorte BRISA. São Luís, Maranhão, Brasil, 2010-2011

Tipos de violência	Modelo bruto		Modelo ajustado *	
	OR (IC95%)	Valor de p	OR (IC95%)	Valor de p
Não sofreu violência **	Referência		Referência	
Violência psicológica	0,82 (0,56-1,21)	0,32	0,91 (0,56-1,48)	0,70
Violência física	0,74 (0,41-1,34)	0,31	0,82 (0,43-1,57)	0,58
Violência sexual	1,04 (0,59-1,81)	0,90	1,22 (0,67-2,22)	0,52
Violência física e sexual	0,76 (0,43-1,31)	0,32	0,85 (0,46-1,57)	0,60

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: razão de chance.

* Modelo ajustado 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;

** Não ter sofrido violência referente à cada tipo específico: violência psicológica, violência física, violência sexual e violência física e sexual.

Adicionalmente, é importante ressaltar a prevalência elevada de apoio social inapropriado entre as participantes do estudo, apesar dessa variável não ter interferido no tempo de retorno das atividades sexuais no pós-parto.

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 de manter uma vida sexual satisfatória ^{46,47,48}. Porém, na análise de sensibilidade, não observamos diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de violência e o tempo de retorno das atividades sexuais após o parto. Adicionalmente, foi observado uma baixa prevalência de mulheres que relataram violência sexual neste estudo.

Conforme a literatura, a violência por parceiro íntimo é considerada um estressor para muitas mulheres e contribui significativamente para a ocorrência de transtornos mentais no período gravídico-puerperal; entre eles, a depressão, ideação suicida, o transtorno de estresse pós-traumático e os transtornos de ansiedade ⁴⁹. Em associação a isso, estudos apontam que fatores psicológicos estão envolvidos no comportamento sexual, desejo e satisfação, além da depressão pós-parto, relacionadas à diminuição da frequência e do interesse em relações sexuais entre 8 e 12 semanas após o parto e menor desejo sexual aos seis meses pós-parto quando comparado com mulheres sem depressão pós-parto ⁵⁰. É possível que o resultado da não associação entre violência por parceiro íntimo na gestação

e o tempo de retorno das atividades sexuais após o parto encontrado neste 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 têm dificuldades de identificá-la. Entretanto, para reduzir as chances de as participantes omitirem episódios de maus tratos, assim como a identidade dos agressores, foi utilizado instrumento autoaplicado⁵¹.

Esse instrumento se revelou apropriado para avaliar a violência de gênero contra mulheres, cometida por seus parceiros íntimos, sendo utilizado em outros estudos que também investigaram a prevalência de violência por parceiro íntimo na gestação^{9,52,53}.

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 este estudo não tenha apresentado resultados da possível associação entre a violência por parceiro íntimo durante a gestação e o 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, entre eles o questionário de violência da OMS, bem como o uso de um 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 a violência por parceiro íntimo na gestação e o tempo de retorno às 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 a ampliação do cuidado integral à saúde da mulher. Ressalta-se, assim, a importância de profissionais de saúde no sentido de fortalecer as políticas de enfrentamento e combate à violência e ofertar assistência contínua às mulheres 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.

Colaboradores

L. P. Abreu contribuiu com a concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e redação; e aprovou a versão final. M. A. Batalha contribuiu com o delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão crítica; e aprovou a versão final. L. Y. G. Aristizabal contribuiu com o delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão crítica; e aprovou a versão final. L. C. Costa contribuiu com a coleta dos dados e revisão crítica; e aprovou a versão final. R. F. L. Batista contribuiu com a concepção e delineamento do estudo e revisão crítica; e aprovou a versão final.

Informações adicionais

ORCID: Liendne Penha Abreu (0000-0002-8175-2516); Mônica Araújo Batalha (0000-0003-0961-5151); Liliana Yanet Gomez Aristizabal (0000-0002-8723-1789); Luciana Cavalcante Costa (0000-0001-9246-9380); Rosângela Fernandes Lucena Batista (0000-0002-1529-0165).

Agradecimentos

Ao Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde.

Referências

1. Martinelli A. Violência contra a mulher: uma abordagem histórica. *Teoria Jurídica Contemporânea* 2020; 5:11-43.
2. World Health Organization. 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. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256> (accessed on 20/Jul/2022).
3. Brasil. Lei nº 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. *Diário Oficial da União* 2006; 8 aug.
4. Secretaria de Políticas para as Mulheres; Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-a-mulher/> (accessed on 13/Oct/2022).
5. Silva EP, Ludermir AB, Araújo TV, Valongueiro SA. Frequency and pattern of intimate partner violence before, during and after pregnancy. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:1044-53.
6. Doi S, Fujiwara T, Isumi A. Development of the intimate partner violence during pregnancy instrument (IPVPI). *Front Public Health* 2019; 7:43.
7. 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* 2019; 14:e0214962.
8. Silva RP, Leite FMC. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Saúde Pública* 2020; 54:97.
9. Conceição HN, Coelho SF, Madeiro AP. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo na gestação em Caxias, Maranhão, 2019-2020. *Epidemiol Serv Saúde* 2021; 30:e2020848.
10. 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.

11. Rodrigues PA, Cicolella DA, Mariot MDM. Prevalência de violência contra a mulher e suas repercussões na maternidade. *J Nurs Health* 2021; 11:e2111119459.
12. 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. *REME Rev Min Enferm* 2019; 23:e-1230.
13. 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* 2023; 97:e023047.
14. Justino GBDS, Stofel NS, Gervasio MDG, Teixeira IMDC, Salim NR. Educação sexual e reprodutiva no puerpério: questões de gênero e atenção à saúde das mulheres no contexto da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200711.
15. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Ramos JGL, Costa SHM, Badalotti M. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Clinical & Biomedical Research* 2012; 32:473-9.
16. Siqueira LKR, Melo MCP, Morais RJL. Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. *Rev Enferm UFSM* 2019; 9:18.
17. Parente ACC, Regis KSC, Costa DL. Factors related to female sexual dysfunction during the postpartum period: a systematic review. *Res Soc Dev* 2022; 11:e23111225638.
18. Araujo TG, Scalco SCP, Varela D. Função e disfunção sexual feminina durante o ciclo gravídico-puerperal: uma revisão da literatura. *Rev Bras Sex Hum* 2019; 30:29-37.
19. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J* 2014; 25:5-14.
20. Vasconcellos BO, Damasceno CGM, Prazeres AS, Montuori JAS, Pavarino TTG, Ventura WP. Sexualidade no puerpério: principais fatores envolvidos. *Studies in Health Sciences* 2022; 3:1112-27.
21. Marambaia CG, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Almeida VLM, Calvão TF. Sexualidade da mulher no puerpério: reflexos da episiotomia. *Cogitare Enferm* 2020; 25:e67195.
22. Nunes IB, Almeida DR, Campos AL, Silva AA, Ramos ARS, Oliveira CS, et al. Sexualidade no puerpério: uso de contraceptivos. *Brazilian Journal of Health Review* 2021; 4:3150-72.
23. 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* 2011; 20:298-304.
24. 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.
25. Confortin SC, Ribeiro MRC, Barros AJD, Menezes AMB, Horta BL, Victora CG, et al. RPS Brazilian Birth Cohort Consortium (Ribeirão Preto, Pelotas and São Luís): history, objectives and methods. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00093320.
26. Rocha PC, Alves MTSSB, Chagas DC, Silva AAM, Batista RFL, Silva RA. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00192714.
27. Silva AAM, Simões VMF, Barbieri MA, Cardoso VC, Alves CMC, Thomaz EBAF, 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* 2014; 11:79.
28. World Health Organization. Multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. <https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/bitstream/handle/1/93/ekutuphane4.1.6.4.pdf> (accessed on 14/Oct/2022).
29. 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 Saúde Pública* 2010; 44:658-66.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características étnicorraciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
31. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. <https://www.abep.org/criterio-brasil> (accessed on 31/Dec/2022).
32. Penaforte FR, Matta NC, Japur CC. Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. *Demetra (Rio J.)* 2016; 11:225-37.
33. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
34. 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.
35. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:703-14.
36. 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 Womens Health (Larchmt)* 2021; 30:979-89.
37. 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* 2020; 23:e200048.
38. 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* 2013; 17:1297-303.

39. Chan KL, Lo CKM, 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* 2022; 37:NP12111-32.
40. 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. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2017; 21:e20170007.
41. Costa MC, Silva EB, Siqueira ET. Gestantes em situação de violência sobre o olhar da saúde: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line* 2015; 9(2 Suppl):965-73.
42. Santos DAA, Almeida GC, Bonfim I, Maia JS. Fatores associados à disfunção sexual feminina pós-parto. *Recien* 2022; 12:218-25.
43. Moura TR, Nunes EFC, Latorre GFS, Vargas MM. Dispareunia relacionada à via de parto: uma revisão integrativa. *Rev Ciênc Méd* 2018; 27:157-65.
44. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, França-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med* 2008; 66:1008-18.
45. Menezes TC, Amorim MMRD, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; 25:309-16.
46. Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000; 22:153-7.
47. Gottfried R, Lev-Wiesel R, Hallak M, Lang-Franco N. Inter-relationships between sexual abuse, female sexual function and childbirth. *Midwifery* 2015; 31:1087-95.
48. 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; 47:621-30.
49. 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; 32:291-305.
50. Drozdowskyj ES, Castro EG, López ET, Taland IB, Actis CC. Factors influencing couples' sexuality in the puerperium: a systematic review. *Sex Med Rev* 2020; 8:38-47.
51. Ribeiro MRC, Pessoa BPT, Sauaia GA, Schraiber LB, Queiroz RCS, Batista RFL, et al. Violência contra mulheres antes e durante o período gestacional: diferenças em taxas e perpetradores. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2020; 20:491-501.
52. Coll CV, Ewerling F, García-Moreno C, Hellwig F, Barros AJD. Intimate partner violence in 46 low-income and middle-income countries: an appraisal of the most vulnerable groups of women using national health surveys. *BMJ Glob Health* 2020; 5:e002208.
53. Barros END, Silva MA, Falbo Neto GH, Lucena SG, Ponzio L, Pimentel AP. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:591-8.

Abstract

This study aimed to analyze whether there is an association between intimate partner violence during pregnancy and time to return to sexual activity after childbirth in the BRISA cohort in São Luís, Maranhão State, Brazil, between 2010 and 2013. This is a longitudinal study conducted with 665 women. Intimate partner violence during pregnancy was measured using an instrument created and validated by the World Health Organization to measure violence against women. Time to return to sexual activity after childbirth was investigated using a structured questionnaire. Logistic regression models were used to analyze whether there is an association between intimate partner violence during pregnancy and time to return to sexual activity after childbirth. The prevalence of violence by an intimate partner 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, no association was found in the crude model (OR = 0.88; 95%CI: 0.60-1.30), nor in the adjusted model (OR = 1.00; 95%CI: 0.61-1.63). The study results highlight the importance of providing comprehensive care to women, considering both physical and psychological aspects, since violence has a significant impact on several aspects of women's lives.

Violence Against Women; Intimate Partner Violence; Pregnancy; Sexual Behavior; Postpartum Period

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar si existe asociación entre la violencia por pareja íntima durante el embarazo y el tiempo para volver a la actividad sexual después del parto en la cohorte BRISA, en São Luís, Maranhão, Brasil, entre 2010 y 2013. Se trata de un estudio longitudinal realizado con 665 mujeres. Se midió la violencia por pareja íntima durante el embarazo a través de un instrumento para medir la violencia contra la mujer creado y validado por la Organización Mundial de la Salud. Se investigó el tiempo para volver a la actividad sexual después del parto a través de un cuestionario estructurado. Se utilizaron modelos de regresión logística para verificar si existe asociación entre la violencia por pareja íntima durante el embarazo y el tiempo para volver a la actividad sexual después del parto. La prevalencia de violencia perpetrada por pareja íntima durante el embarazo fue del 24,06%. La prevalencia de mujeres que volvieron a la actividad sexual dentro de los tres meses posteriores al parto fue del 67,96%. Al analizar la asociación entre la exposición y el resultado, se constató que no hubo asociación en el modelo crudo (OR = 0,88; IC95%: 0,60-1,30), ni en el modelo ajustado (OR = 1,00; IC95%: 0,61-1,63). Los resultados del estudio resaltan la importancia de proporcionar asistencia integral a la salud de la mujer, teniendo en cuenta tanto aspectos físicos como psicológicos, una vez que la violencia afecta significativamente varios aspectos de la vida femenina.

Violencia Contra la Mujer; Violencia de Pareja; Embarazo; Conducta Sexual; Periodo Posparto

Recebido em 22/Mai/2023

Versão final reapresentada em 08/Jan/2024

Aprovado em 14/Jan/2024