

Leandru Guilherme Pires Reis Sussmann

Associação entre violência por parceiro íntimo e dificuldades na esfera sexual no puerpério .

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Faisal Cury

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP.)

São Paulo

2016

Leandru Guilherme Pires Reis Sussmann

Associação entre violência por parceiro íntimo e dificuldades na esfera sexual no puerpério .

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Faisal Cury

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP.)

São Paulo

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Sussmann, Leandru Guilherme Pires Reis

Associação entre dificuldades na esfera sexual no puerpério e violência por
parceiro íntimo / Leandru Guilherme Pires Reis Sussmann. -- São Paulo, 2016.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Alexandre Faisal Cury.

*Aos meus irmãos Beatriz e Fernnando que me ensinaram o que é amor
incondicional.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Alexandre Faisal Cury pelos ensinamentos, incentivo e pela confiança em mim depositada.

À Camila Monteiro que me apresentou ao meu orientador e acolheu minhas angústias por todo o percurso.

As professoras Ana Flavia de Oliveira, Alicia Matijasevich e Julieta Quayle pelas sugestões que enriqueceram este trabalho.

À professora Rebecca Pearson pela grande contribuição intelectual e parceria.

A Lilian Prado pela paciência, disponibilidade e ajuda. Sem ela estaria perdido em meio aos caminhos burocráticos.

À Mayara dos Santos que me deu muita força no princípio desse trabalho.

Aos meus irmãos, que estão sempre ao meu lado, que me ensinam e me cobram, sempre me incentivando.

À Flavia Oliveira Arante e Vanessa Guarino pelas trocas, companheirismo e por dividir os percalços desse caminho novo, longo e tortuoso para nós.

Aos meus amigos que compreenderam meu distanciamento e impossibilidade de estar presente como antes.

À Neusa de Fátima Moura, minha esposa, por aceitar minha falta de tempo, pela companhia, pela força, pelo carinho, respeito, por me ajudar com ideias de como melhorar este trabalho e tantas outras inúmeras coisas que me proporciona.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	1
1.1 Sexualidade	1
1.2 Sexualidade no puerpério	2
1.3 Violência por Parceiro Íntimo	5
2 - JUSTIFICATIVA	8
3 - OBJETIVOS	9
4 - METODOLOGIA	10
4.1 Desenho e amostra	10
4.2 Desfecho	11
4.3 Variável de exposição	11
4.4 Outras variáveis	12
4.4.a Sintomas depressivos/Transtornos Mentais Comuns . 12	
4.4.b Suporte social	13
4.4.c Variáveis sócio-demográficas	13
4.5 Procedimentos	15
4.6 Análise estatística	15
5 – RESULTADOS	17
5.1 Comparação das participantes com as desistentes	17
5.2 Caracterização das 700 participantes do estudo	19
5.3 Prevalência de Declínio da Vida Sexual, ausência de prazer, ausência de desejo e Dificuldades na Esfera Sexual	20
5.4 Prevalência de VPI durante a vida e separada por período	21
5.5 Análise de Mediação	22
6 - DISCUSSÃO	23
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Comparação das 700 mulheres que participaram do presente estudo com as 128 que não retornaram no puerpério.....	18
Tabela 2	Caracterização das 700 participantes do estudo	19
Tabela 3	Estimativa bruta do efeito da VPI antes do nascimento sobre Dificuldades na Esfera Sexual no puerpério, utilizando Depressão Pós-Parto como mediadora.....	22
Tabela 4	Estimativa ajustada do efeito entre VPI antes do nascimento sobre Dificuldades na Esfera Sexual no puerpério, utilizando Depressão Pós-Parto como mediadora	22

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	Tipo e categorização das variáveis explicativas	14
Figura 1	Prevalência de DVS, ausência de prazer, ausência de desejo e DES, em puérperas.....	20
Figura 2	Prevalência de VPI durante a vida e separada por período em puérperas	21

LISTA DE ABREVIATURAS

DES	Dificuldades na Esfera Sexual
DPP	Depressão Pós-Parto
DVS	Declínio da Vida Sexual
IC	Intervalo de Confiança
RP	Razão de Prevalências
UBS	Unidade Básica de Saúde
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

RESUMO

Sussmann LGPR. *Associação entre dificuldades na esfera sexual no puerpério e violência por parceiro íntimo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016

INTRODUÇÃO: A sexualidade, aspecto central do ser humano, influencia o bem estar global do indivíduo. Neste estudo foi avaliado como a violência por parceiro íntimo associa-se a dificuldades na esfera sexual, em puérperas, entre 6 e 18 meses após o parto. **METODOLOGIA:** Estudo transversal com 700 mulheres que realizaram o pré-natal em Unidade Básica de Saúde, na zona oeste de São Paulo, entre janeiro 2006 à março de 2007. Foram avaliadas dificuldades na esfera sexual, por meio de questionário e violência por parceiro íntimo, perpetrada somente antes do parto ou no puerpério, por meio de questionário estruturado para este fim. Depressão pós-parto foi avaliada por meio do instrumento SRQ 20, com ponto de corte de 7/8, sendo considerada variável mediadora. Para calcular os coeficientes de associação das vias diretas e indiretas na análise de mediação, foi utilizada análise estrutural (path analysis). **RESULTADOS:** As prevalências de dificuldades na esfera sexual, violência por parceiro íntimo e depressão pós parto encontradas foram de 30%, 42,8% e 27,8%, respectivamente. A violência ocorrida exclusivamente antes do parto não mostrou associação com dificuldades na esfera sexual pela via direta, nem tampouco pela via indireta por meio da depressão. **DISCUSSÃO:** Dificuldades na esfera sexual, violência por parceiro íntimo e depressão pós-parto foram muito prevalentes, portanto, a inclusão de questionamentos sobre sexualidade, violência e depressão puerperal no seguimento durante a gravidez e no puerpério é importante para atenção integral à saúde global da mulher. Futuras investigações sobre a relação entre violência, sexualidade e depressão no puerpério são recomendadas. Estudos longitudinais que incluam outros mediadores podem ser realizados para melhor entendimento da cadeia causal e elucidação das variáveis que influenciam, direta e/ou indiretamente, as questões da sexualidade no pós-parto.

Descritores: sexualidade/violência por parceiro íntimo/violência domestica/ período pós-parto/depressão pós-parto/.

ABSTRACT

Sussmann LGPR. *The association between Difficulties in the Sexual Field after delivery and Intimate Partner Violence* [dissertation]. Faculty of Medicine, University of São Paulo, SP(Brazil); 2016

INTRODUCTION: Sexuality is one of the central aspect of human being and influences several aspects of physical and emotional well-being of the individual. In this study, we evaluated how intimate partner violence is associated with difficulties in the sexual field, in women in postpartum period, between 6 and 18 months after childbirth. **METHODOLOGY:** A cross-sectional study with 700 women who received prenatal care in a basic health unit in the western area of São Paulo, between January 2006 and March 2007. Difficulties in the sexual field were evaluated through questionnaire and intimate partner violence, perpetrated just before childbirth or also / exclusively in the postpartum period, with a questionnaire structured for that purpose. postpartum depression was evaluated using the SRQ 20 instrument, with a cut-off point of 7/8, being considered as mediating variable. Path analysis was performed to know the different pathways: the direct association between outcome and exposure, and the indirect pathways through the mediator. **RESULTS:** Prevalence of difficulties in the sexual field, intimate partner violence and postpartum depression were 30%; 42.8%; 27.8%, respectively. Violence occurred exclusively prior to delivery showed no association whit difficulties in the sexual field in the direct path, neither they occur indirectly through postpartum depression. **DISCUSSION:** Considering that difficulties in the sexual field, intimate partner violence and postpartum depression were prevalent in this study, the inclusion of questions about sexuality, violence and depression is an important step towards integral attention to the global health of the women, given that these are topics usually relegated to a secondary level, at the follow-up of women, during pregnancy and in the puerperium. Longitudinal studies that include other mediators can be performed to better understand the causal chain and elucidation of the variables that influence, directly and / or indirectly, postpartum sexuality issues.

Descriptors: sexuality / intimate partner violence / domestic violence / postpartum period / postpartum depression.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Sexualidade

A sexualidade é aspecto central do ser humano e abrange papéis e identidade de gênero, sexo, orientação sexual, erotismo, intimidade e reprodução (WHO, 2002). Faz parte do bem estar e da saúde global do indivíduo, tendo sua participação cada vez mais reconhecida na manutenção das relações amorosas (Vettorazzi *et al.*, 2012). Existem muitos fatores que afetam a sexualidade, de maneira positiva e negativa. Assim, entendê-los, além de grandes implicações para o bem-estar social, emocional e físico, pode facilitar vivência positiva da sexualidade (Murray & Milhausen, 2012). Trata-se de questão que perpassa os sujeitos, independentemente do gênero, orientação sexual, desejos e práticas sexuais. Embora a sexualidade masculina e feminina sejam amplamente discutidas, o enfoque dado a ambas é diferente. Enquanto a sexualidade masculina é abordada por perspectiva predominantemente biológica, enfocando aspectos tais como ereção, ejaculação e orgasmo, a sexualidade feminina é discutida a partir das perspectivas relacionais. As possíveis intervenções também diferem entre os sexos, a medicalização é aspecto mais estudado na sexualidade masculina e a intervenção psicológica, por sua vez, na sexualidade feminina (Giami, 2007; Rohden, 2011). Para os objetivos deste projeto, que serão explicitados mais adiante, abordaremos especificamente a sexualidade feminina com maior enfoque no puerpério.

A sexualidade não se limita a definições unilaterais e é determinada por fatores biopsicossociais (Beier, 2006). Alguns fatores biológicos que tem influência na sexualidade feminina incluem níveis de energia, e as mudanças fisiológicas do corpo tais como menarca, menacme, gravidez e menopausa. Os fatores sociais relacionam-se aos papéis que as mulheres desempenham ao longo da vida: mulher, mãe, esposa, cidadã entre outros. Por fim, os fatores psicológicos contemplam

diversos aspectos que incluem qualidade das relações vividas, imagem corporal, experiências sexuais vividas anteriormente, etc.

Estudo canadense avaliou os vários fatores que influenciavam a sexualidade de mulheres, com idades entre 21 a 29 anos, que tinham relacionamento estável, pelo período de no mínimo dois anos e meio (Murray & Milhausen, 2012). Observou que quatro grupos de fatores podem interferir no desejo sexual e na sexualidade: fatores pessoais (sentir-se sensual e nível de energia), fatores relacionados ao parceiro (atração física e atenção recebida pelo parceiro), fatores relacionados à relação do casal (comunicação íntima) e fatores externos (mudanças na vida e possibilidade de gravidez). Todos esses fatores podem, dependendo do contexto, contribuir para o aumento ou diminuição do desejo e atividade sexual.

Cabe mencionar que estes fatores biopsicosociais não atuam de modo isolado. Pelo contrário, eles interagem, e impactam cada mulher de maneira singular. O puerpério, por exemplo, é período crítico da vida da mulher, no qual além das mudanças físicas e hormonais, ocorrem significativos câmbios de papéis sociais, com resultados diversos sobre o funcionamento psicológico e sexual da mulher.

1.2 Sexualidade no puerpério

No puerpério ocorrem importantes transformações nos âmbitos fisiológicos, psicológicos e sociais para a mulher. Essas mudanças podem interferir significativamente na sexualidade e demandam reorganização e redirecionamento do desejo sexual (Ministério da saúde, 2002). Comparado com o período anterior à gestação, o desejo sexual e a frequência das relações encontram-se diminuídas até o terceiro mês do pós-parto. Ainda assim, 95% dos casais retomam a atividade sexual neste período (Lurie *et al.*, 2013) e 97%, até 12 meses após o parto (Brtnicka *et al.*, 2009). O apoio social, a percepção do desejo do parceiro e a importância de satisfazê-lo são os fatores que mais influenciam a retomada da atividade sexual pelas mulheres (Hipp *et al.*, 2012). Embora presente em todo o processo de transição para parentalidade, a noção de obrigação marital e de corresponder ao desejo do parceiro têm maior influência na primeira relação sexual após o parto. A

prevalência de anorgasmia relatada é de 61% nas 6 primeiras semanas e 49% nos 6 primeiros meses. Apesar disso, 71% das mulheres, nas primeiras 6 semanas, e 83%, aos 6 meses, considera sua função orgástica igual ou melhor em relação ao período anterior ao puerpério (Connolly *et al.*, 2005).

Em estudo realizado no Brasil, 21% das puérperas apresentaram Declínio da Vida Sexual (DVS) na comparação com a atividade sexual no período pré-gravídico (Faisal-Cury, Menezes, *et al.*, 2013). Em estudo realizado na Áustria, após seis meses do parto, 58% das mulheres relataram importante diminuição na atividade sexual em relação ao período pré-gestacional (Trutnovsky *et al.*, 2006). De Judicibus & McCabe (2002), na Austrália, relataram diminuição da frequência e também do desejo sexual, em relação ao período pré-gravídico, avaliado aos 3 e aos 6 meses após o parto. Já em relação ao período gestacional, houve declínio do desejo sexual, porém a frequência das relações aumentou aos 3 meses do pós-parto. Quanto ao desejo sexual, 35% das primigestas, de estudo realizado na Inglaterra, apresentaram diminuição desse aspecto e 44% das mulheres descreveram sua vida sexual como “pobre” ou “não tão boa”, no oitavo mês do pós-parto (Dixon *et al.*, 2000).

Outro fator associado ao declínio da atividade e desejo sexual é a amamentação. Em estudo com 315 participantes, realizado no Canadá, 61% das mulheres que amamentavam não haviam reassumido a atividade sexual, até a 12ª semana do pós-parto. Em contraste, somente 41% das que não amamentavam ainda não haviam retomado a atividade sexual (Rowland *et al.*, 2005). Na Escócia, estudo realizado com 1.070 mulheres avaliou o desejo sexual aos 3, 12 e 18 meses do pós-parto. No primeiro período do estudo, das 439 puérperas que amamentavam, 18,5% relataram diminuição no desejo sexual. Por outro lado, somente 7,4% das que não aleitavam relataram essa diminuição. Já no período entre 12 e 18 meses não foi encontrada nenhuma diminuição estatisticamente significativa do desejo sexual (Glazener, 1997).

Algumas publicações abordaram a relação entre a via de parto e DVS no puerpério. Quatro estudos realizados em Taiwan, Irã, Alemanha e Áustria, procuraram avaliar esta associação utilizando o *Female Sexual Function Index* (FSFI) como instrumento para avaliar a função sexual. O FSFI avalia a função sexual em 6 domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. O estudo realizado em Taiwan

(Chang *et al.*, 2010), no período de 3 dias a 6 semanas após o parto, relata diferenças significativas nos escores do FSFI das mulheres que fizeram cesariana em relação as que tiveram parto normal, sendo os escores mais baixos obtidos por aquelas que foram submetidas à cesárea. Já a pesquisa desenvolvida no Irã (Safarinejad *et al.*, 2009), relata escores mais baixos para aquelas que fizeram parto normal ou cesariana de emergência na comparação com as mulheres que realizaram cesariana planejada, na avaliação com 8 semanas após o parto. Não obstante, o estudo realizado na Alemanha não encontrou diferenças significativas com 6, 12 e 24 semanas após o parto (Lurie *et al.*, 2013). Em estudo realizado na Áustria, no período de 12 a 18 meses após o parto, não foram encontradas diferenças significativas no domínio da sexualidade, entre mulheres que tiveram parto normal e as que se submeteram à cesariana planejada (Klein *et al.*, 2009). No entanto, as evidências sobre a associação entre a via de parto e declínio das funções sexuais são conflitantes e, portanto, são necessários mais estudos para esclarecer essa questão (Yeniél & Petri, 2014).

Outros estudos avaliaram as possíveis causas dessas disfunções sexuais no puerpério, incluindo a associação entre satisfação sexual e Depressão Pós-Parto (DPP). Estudo realizado na Inglaterra avaliou a associação de DPP com a satisfação sexual em mulheres do Reino Unido e Taiwan, demonstrando resultados divergentes entre países. No Reino Unido, a DPP estava associada à vida sexual insatisfatória e preocupações de cunho sexual. Em Taiwan, por sua vez, a DPP estava associada à baixa autoconfiança sexual e relação pobre com o parceiro íntimo (Huang e Mathers, 2006). Em estudo transversal realizado nos Estados Unidos, dentre as mulheres que apresentavam disfunções sexuais, 40% apresentavam, concomitantemente, depressão (Johannes *et al.*, 2009).

Segundo Faisal-Cury (2013), mulheres que apresentam sintomas depressivos e de ansiedade durante o período do pós-parto, tem 3,5 mais chance de se queixarem de DVS nesta fase da vida. A DPP também é comumente associada à diminuição da atividade e desejo sexual até a 12^a semana do pós-parto (De Judicibus e McCabe, 2002).

A prevalência de transtornos mentais durante o pós-parto, incluindo a DPP, é estimada em 13% no mundo (WHO, 2009), sendo a estimativa somente de DPP maior no Brasil, com variação de 19,1% (Moraes *et al.*, 2006) a 37,1% (Cruz *et al.*, 2005). A DPP esta fortemente associada a maiores riscos de tentativa de suicídio materno (Guille, 2013) e atraso no desenvolvimento cognitivo, emocional e motor da criança (Ali *et al.*, 2013). Os principais fatores de risco, encontrados em estudo realizado no Brasil, para DPP no período de 4 a 6 semanas após o parto são etnia parda, menor nível socioeconômico, etilismo, histórico psiquiátrico, gravidez não planejada e multiparidade (Theme Filha *et al.*, 2016). Revisão sistemática inclui também como fatores de risco para DPP a falta de suporte do companheiro, ser solteira e Violência por Parceiro Íntimo (VPI) (Fisher *et al.*, 2012).

1.3 Violência por Parceiro Íntimo

A VPI constitui-se problema público nos âmbitos social e de saúde, que afeta países desenvolvidos e em desenvolvimento (Dillon *et al.*, 2013). É definida como qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica perpetrada por alguém que é, foi ou deseja ser envolvido intimamente com a vítima (Cronholm *et al.*, 2011). As violências, sexual, física e psicológica, expõem as mulheres a alto risco de sofrimentos físico e mental (United Nations, 1995). A presença de VPI está associada com tristeza, inabilidade de lidar com estresse e uma pobre percepção, pela vítima, de seu estado de saúde (Tollestrup *et al.*, 1999). Além disso, mulheres vítimas de VPI fazem mais uso do sistema de saúde, tem menos chances de receber o atendimento que necessitam e possuem mais chances de não estabelecer vínculo com os profissionais de saúde (Plichta, 2007). Estudo realizado na Dinamarca demonstrou que, para cada mulher vítima de violência são gastos mais de 1800 euros por ano, considerando as despesas com medicamentos e com os setores de saúde primário e de saúde mental (Kruse *et al.*, 2011). A Organização Mundial de Saúde estima que a prevalência de VPI nos países da América Latina e Caribe seja de 29,8%, sendo menor (23,2%) em regiões de alta renda (WHO, 2013).

No Brasil, estudo realizado em São Paulo (SP) e na Zona da Mata Pernambucana (ZMP) observou prevalência de VPI de 28,9% e 36,9%, respectivamente. A VPI estava associada, em ambos os locais, com as seguintes variáveis: escolaridade de até oito anos, abuso sexual na infância, cinco ou mais gestações, violência física entre os pais da mulher e problemas com a bebida. Além disso, as questões socioculturais locais, questões de gênero e desigualdades sociais, devem ser levadas em consideração, tendo em vista que alguns fatores como união informal, ter tido a primeira relação sexual até 15 anos e possuir autonomia financeira só demonstraram associação com VPI na região da ZMP, do que se pode inferir que o contexto social influencia nestas questões (Oliveira *et al.*, 2009).

Outros desfechos associados à VPI são os problemas físicos, crônicos ou não, que incluem dores crônicas, sintomas psicossomáticos, perda ou ganho de peso e dor ou ardência ao urinar. Esses sintomas podem permanecer para além de 12 meses após a vítima ter se afastado do perpetrador (Dillon *et al.*, 2013).

Como dito anteriormente, outra associação bastante estudada é entre VPI e DPP. Revisão de literatura realizada no Reino Unido demonstrou que as mulheres que apresentavam sintomas de depressão ou outros transtornos mentais tinham maior chance de já terem sido vítimas de VPI, tanto na gestação quanto no período anterior a ela (Howard *et al.*, 2013). E ainda, diversos estudos confirmam que profissionais de saúde, têm dificuldade em abordar o problema de depressão puerperal, sendo que apenas pequena porcentagem dos casos recebe diagnóstico adequado (Camacho *et al.*, 2006). Sendo assim, a abordagem dos problemas relacionados à sexualidade e a VPI, além da depressão, são aspectos importantes dos cuidados de saúde da mulher a serem rotineiramente implementados no serviço público durante o puerpério. Apesar dos avanços clínicos obstétricos na compreensão dos fenômenos físicos do período gravídico-puerperal, a mulher deve ser considerada também nos aspectos emocional e psicológico, dado que muitos sintomas manifestos mascaram problemas subjacentes (Ministério da Saúde, 2006).

A associação entre VPI e DPP é tema relevante que já foi investigado no Brasil. Em estudo brasileiro, 42% das mulheres que sofreram qualquer tipo de violência apresentaram DPP na comparação com apenas 17,2% das mulheres que não

sofreram nenhum tipo de violência. A experiência recente de VPI afetou mais a saúde mental das mulheres do que a VPI sofrida remotamente, sendo que suporte social foi considerada variável protetora (Faisal-Cury, Menezes, *et al.*, 2013). Em revisão de literatura com 42 publicações sobre a relação entre DPP e VPI apenas um artigo não mostrou associação entre esses fatores (Dillon *et al.*, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

Dificuldades na Esfera Sexual (DES) no puerpério e VPI possuem diversos fatores associados em comum. No entanto, não foram encontrados estudos que avaliassem a relação direta entre estes dois aspectos. Trata-se de tema relevante já que DES, no puerpério, e a VPI são frequentes e podem, em tese, ter relação de causalidade. DES pode ser tanto consequência como causa da VPI, sendo que ambas são passíveis de medidas preventivas ou terapêuticas. A promoção do bem estar psicossocial das mulheres em situações de risco, no puerpério, pode ser obtida por meio de suporte social (Vigod *et al.*, 2013; Field *et al.*, 2013) e psicoterapia (Ammerman *et al.*, 2013; Pessagno e Hunker, 2013). Igualmente relevante é o fato de que DPP esteja associada com VPI e DES. A relação entre estas 3 variáveis não foi explorada na literatura pesquisada, o que nos exorta a abordar DPP sob a possibilidade teórica de ser uma variável mediadora na relação entre VPI e DES. Levando em consideração que VPI é fator de risco para DPP e que esta última é fator de risco para DES, consideramos, apesar da falta de literatura a respeito, ser esse o caminho a ser estudado.

3 OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo é avaliar a associação entre VPI e Dificuldades na Esfera Sexual em puérperas, no período entre 6 a 18 meses após o parto, utilizando Depressão Pós-Parto (DPP) como variável mediadora.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho e amostra

Este estudo é uma análise secundária de dados de uma coorte realizada entre janeiro de 2006 e março de 2007 que objetivou avaliar a associação entre depressão/ansiedade na gravidez e complicações obstétricas (Faisal-Cury *et al.*, 2009). Na coorte foram entrevistadas 831 mulheres que receberam cuidados pós-parto em Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos distritos administrativos do Butantã, Rio Pequeno e Raposo Tavares, localizados na zona oeste de São Paulo. A cidade de São Paulo possui aproximadamente 10,5 milhões de habitantes dos quais aproximadamente 400.000 residem na área de estudo. Esta área possui uma população heterogênea, sendo que pessoas das classes alta, média e baixa moram próximas umas das outras. O setor público de saúde oferece atendimento gratuito para os residentes da sua área de abrangência. O setor privado é, no geral, acessível somente às mulheres de classe média e alta. No setor público realiza-se o seguimento das puérperas com o intuito de orientar sobre contracepção, amamentação, exame de prevenção do câncer do colo uterino e outras formas de cuidado clínico e ginecológico. Foram consideradas elegíveis para o estudo mulheres acima de 16 anos cuja concepção foi espontânea, deram à luz a feto único, e que receberam cuidados do pré-natal nas UBS das regiões do estudo. Foram excluídas 3 mulheres, por falta de dados, perfazendo um total de 828 entrevistadas. Após o parto foram contatadas todas as mulheres participantes da coorte. As puérperas que foram localizadas e aceitaram participar, responderam as questões de questionário elaborado especificamente para esta fase do estudo. As entrevistas foram realizadas no domicílio das puérperas, no período entre 6 e 18 meses após o parto.

4.2 Desfecho

Dificuldades na esfera sexual

Foi criada uma variável que chamamos de Dificuldades na Esfera Sexual (DES), que considerou tanto Declínio da vida sexual (DVS) (se a mulher referia piora na vida sexual no puerpério na comparação com o período anterior à gravidez) quanto uma resposta negativa a pelo menos uma das outras duas questões avaliadas, uma sobre presença de desejo e outra sobre presença de prazer. Assim, a puérpera que referia piora da vida sexual ou ausência de prazer ou ausência de desejo foi classificada como apresentando DES. DVS, ausência de prazer sexual e ausência de desejo sexual foram avaliados por meio de perguntas diretas presentes no questionário. A comparação entre a vida sexual atual e prévia à gravidez foi feita por meio da seguinte questão “Na comparação com sua vida sexual antes da gravidez, a senhora avalia sua vida sexual atual como “melhor”, “igual” ou “pior?””. Foi considerado caso de DVS aquelas que responderam “pior”, as respostas “melhor” e “igual” foram agrupadas como não casos. Com relação à ausência de prazer e de desejo sexual foram feitas as perguntas “A senhora sente prazer?” e “A senhora sente desejo?” respectivamente. No caso de resposta(s) negativa(s), a puérpera foi classificada como apresentando ausência de prazer e/ou ausência de desejo.

4.3 Variável de Exposição

Violência por parceiro íntimo

Utilizamos a versão final brasileiro/português de um questionário estruturado e normatizado para avaliar VPI (Sherbourne e Stewart, 1991; Schraiber *et al.*, 2007; Schraiber *et al.*, 2010). Esse instrumento foi desenvolvido por equipe internacional de pesquisadores que o avaliaram e revisaram. As entrevistadas responderam se sofreram ou não atos de violência categorizados em psicológicos, físicos e sexuais perpetrados por parceiro íntimo, atual ou ex. Define-se parceiro íntimo como o companheiro - ou ex-companheiro com o qual a mulher vive ou costumava viver, independentemente de união formal. Inclui também parceiros atuais com os quais as

mulheres mantêm relações sexuais. Foi questionado, para cada ato de violência, o período em que ele ocorreu - antes, ou após o nascimento do bebê. A prevalência da VPI foi definida pela proporção de respostas em que as mulheres relataram sofrer um ou mais atos de violência pelo parceiro atual ou o ex (Garcia-Moreno *et al.*, 2006). Foi criada uma categorias para avaliar violência, chamamos essa categoria de *Violência por período*. Esta foi agrupada segundo a época em que ocorreu a violência: Nunca, Antes do puerpério (se aconteceu somente antes do nascimento) ou Durante o puerpério (se ocorreu pelo menos uma vez no puerpério, independente de ter ou não acontecido anteriormente). Para a análise de mediação utilizamos apenas o estrato “Antes do puerpério”. Utilizar o estrato “VPI durante o puerpério” seria complicado para o presente modelo teórico, pois exposição, desfecho e mediador estariam sendo avaliados no mesmo momento.

4.4 Outras variáveis

4.4.1 Sintomas depressivos/Transtornos Mentais Comuns

O Self-Report Questionnaire (SRQ-20) foi utilizado para avaliar a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Foi desenvolvido em 1980 por Harding *et. al* (1980) para detectar a presença de depressão pós-parto em clínicas de atenção básica. É composto por 20 questões do tipo sim e não, das quais 4 são sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais. O SRQ-20 foi validado no Brasil com sensibilidade 85% e especificidade 80% (Mari e Williams, 1986). Para realizar a análise dos dados é conferido um ponto para cada resposta positiva e zero para cada resposta negativa. O ponto de “cut-off” no SRQ-20 para o presente estudo foi definido em 7/8, dividindo as mulheres em dois grupos: prováveis não casos (score menor ou igual a 7); prováveis casos (score maior ou igual a 8) (Mari e Williams, 1986). Estudos demonstram que o SRQ-20 tem grande capacidade de diagnosticar depressão pós-parto, sendo adequado para essa função (Pollock *et al.*, 2006).

4.4.2 Suporte social

Foi utilizada a versão brasileira do Medical Outcomes Scale (MOS). A versão original mostrou boas propriedades psicométricas (Sherbourne e Stewart, 1991). Cada item do questionário foi traduzido, independentemente, pelo processo de *backtranslation* e foi adaptado para o português em cinco passos pré-teste em um estudo piloto no primeiro momento da coorte (Chor *et al.*, 2001). Os 19 itens da escala compreendem cinco dimensões do suporte social: material, emocional, informacional, afetivo, e interação social. Cada item coloca uma situação na qual a entrevistada necessitaria de suporte social para “para levá-la ao médico”, “que demonstrem amor e afeto”, “para se divertir junto”, entre outros. Dentro de cada item, a entrevistada deve responder qual era a frequência com que ela podia contar com alguém nessas situações: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” ou “sempre”. A escala permite utilizar tanto os escores específicos a cada dimensão estudada quanto o escore total. No presente estudo somente o escore total foi utilizado. A dimensão do suporte social mostrou consistência interna de 0.75 a 0.91, no teste, e de 0.86 a 0.93, no re-teste. O coeficiente de correlação intraclasse foi alto em 5 dimensões da escala sem diferenças significativas entre gêneros, idade ou nível de escolaridade (Griep *et al.*, 2003). Para fins de análise, o escore total do suporte social foi dividido em tercils, sendo que o tercil 1 foi definido como menos suporte social e tercil 3, como mais suporte social.

4.4.3 Variáveis sócio-demográficas

Questionário contemplou questões para avaliação de diversas variáveis sócio-demográficas que poderiam ser variáveis de confusão na associação entre VPI e Dificuldades na Esfera Sexual. As questões sócio-demográficas incluíram idade, etnia, escolaridade, renda familiar, estado civil, número de filhos e aleitamento. O quadro a seguir explica, detalhadamente, essas variáveis explicativas e como elas foram construídas:

Quadro 1 Tipo e categorização das variáveis explicativas

Variáveis Sociodemográficas	Tipo e categorização
Escolaridade	<p>Categórica, dividida em 3 categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até Ensino Fundamental completo (0 – 9 anos de estudo); • Ensino Médio ou Superior (10 ou mais anos de estudo).
Renda	<p>Contínua, dividida em tercís:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 a 595 reais; • 600 a 980 reais; • Acima de 1000 reais.
Etnia	<p>Categórica, dividida em 2 categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Branca; • Pretas; • Outras (engloba mulheres pardas, amarelas e indígenas).
Estado Civil	<p>Categórica, dividida em 2 categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solteiras (sem companheiros) • Casadas (ou com companheiro/união estável)
Variáveis Características Maternas	Tipo e categorização
Idade Materna	<p>Contínua, dividida em tercís:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 16 a 20 anos e 11 meses • 21 anos a 30 anos e 11 meses • Acima de 31 anos.
Número de Filhos	<p>Contínua, dividida em 3 categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 filho; • 2 ou 3 filhos; • 4 filhos ou mais.
Aleitamento	<p>Categórica, dividida em 2 categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim (Aleitou até 6 meses pelo menos) • Não (Não aleitou pelos 6 primeiros meses)

4.5 Procedimentos

As entrevistas domiciliares com as puérperas foram feitas por pesquisadores treinados. Por ocasião deste contato, as mulheres (que já haviam participado previamente da coorte de gestantes) eram convidadas, novamente, a participar do presente estudo. Aquelas que aceitaram, assinaram novo termo de consentimento e foram entrevistadas. O Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo aprovou o projeto de pesquisa.

4.6 Análise estatística

Inicialmente foi realizada comparação, por meio do teste qui-quadrado, entre as puérperas que participaram do presente estudo com aquelas incluídas na coorte quando gestantes e que não retornaram nesta avaliação puerperal. Após a análise comparativa, realizamos análise descritiva das mulheres que participaram do presente estudo, considerando todas as variáveis categorizadas citadas anteriormente.

As prevalências de VPI, DVS, ausência de prazer sexual, ausência de desejo sexual e Dificuldades na Esfera Sexual com Intervalo de Confiança (IC) 95% foram estimadas. A análise de mediação foi conduzida no programa Mplus versão 7. Por meio da estimativa de mínimos quadrados ponderados (EMPQ) estimam-se as regressões Probit. Esta última é usada quando as variáveis são categóricas e indicadas em amostras maiores que 20 participantes (Freitas, 2013). Foi realizada análise estrutural (path analysis) para as diferentes vias de associação: direta, entre exposição (VPI) e desfecho (DES), e indireta, por meio do mediador (DPP). Foi utilizada análise de Bootstrapping para estimar o IC 95%. Os coeficientes obtidos pelas análise de mediação tem “cut-off” de 0,08 (Hu & Bentler, 2009), sendo que os valores que explicam a força de associação vão de 1 a $-\infty$. Quanto à força da associação consideramos o valor do coeficiente, sendo que, quando próximo de 0.10 a associação é considerada fraca, quando próximo de 0.30, média, e forte quando >0.50 . O nível de significância estatística foi considerado $p < 0.05$.

5 RESULTADOS

5.1 Comparação das participantes com desistentes

No estudo original foram excluídas 3 mulheres por falta de dados. Das 828 mulheres que participaram da primeira fase do estudo 700 retornaram para a segunda fase. Dentre essas, 644 haviam retomado a atividade sexual na época da entrevista, sendo que essas foram consideradas para estimar as prevalências de DVS e ausência de prazer sexual. No caso da prevalência de ausência de desejo sexual foram consideradas as 700 mulheres, em razão desse desfecho não depender do retorno à atividade sexual. A tabela a seguir apresenta a comparação dos dados de escolaridade, etnia, estado civil e presença de depressão antenatal das mulheres que não retornaram na segunda fase do estudo com aquelas que retornaram.

Tabela 1 Comparação das 700 mulheres que participaram do presente estudo com as 128 que não retornaram no puerpério

	Participantes	Não participantes (desistentes)	Valor de p.
	N(%)	N(%)	
Escolaridade			
0-9	327 (46,7)	84 (65,6)	0.000
10 ou mais	373 (53,3)	44 (34,4)	
Etnia			
Branca	326 (46,6)	51 (39,8)	0.254
Preta	99 (14,1)	24 (18,7)	
Outras	275 (39,3)	53 (41,4)	
Estado Civil			
Solteira	187 (26,7)	19 (14,8)	0.004
Casada/Companheiro	513 (73,3)	109 (85,2)	
Depressão Antenatal			
Não	482 (68,8)	76 (59,8)	0.035
Sim	218 (31,1)	52 (40,2)	

Cento e vinte e oito mulheres que participaram da coorte de gestantes não retornaram no período após o parto. Essas participantes eram similares em relação à etnia, porém eram menos educadas, mais deprimidas e proporcionalmente haviam mais casadas na avaliação realizada durante a gravidez, em comparação com as puérperas que participaram do presente estudo.

5.2 Caracterização das 700 participantes do estudo

A tabela a seguir apresenta os dados sociodemográficos e presença de DPP nas mulheres que fizeram parte do presente estudo.

Tabela 2 Caracterização das 700 participantes do estudo

Categorias	N	(%)
Renda familiar		
Até 595	223	32.18
600 – 980	232	33.48
> 1000	238	34.34
Escolaridade		
0-9	327	46.71
10 ou mais	373	53.29
Etnia		
Branca	326	46.57
Preta'	99	14.14
Outras	275	39.29
Estado Civil		
Solteira	187	26.71
Casada/Companheiro	513	73.29
Idade materna		
16-20	146	20.86
21-30	388	55.43
31 ou mais	166	23.71
Suporte Social (tercis)		
Tercil 1	242	34.57
Tercil2	237	33.86
Tercil3	221	31.57
Numero de filhos		
1	283	40.43
02 ou 03	243	34.71
4 ou mais	174	24.86
Aleitamento		
Não	398	56.86
Sim	302	43.14
DPP		
Não	505	72.14
Sim	195	27.86

A maioria das participantes é casada ou mora com o companheiro (75%), branca (45%), adulta emergente (faixa etária de 21 a 30 anos) (55%), não aleitou o bebê até os 6 meses de idade (56%) e não apresentou depressão puerperal (72%).

5.3 Prevalências de DVS, ausência de prazer, ausência de desejo e Dificuldades na Esfera Sexual.

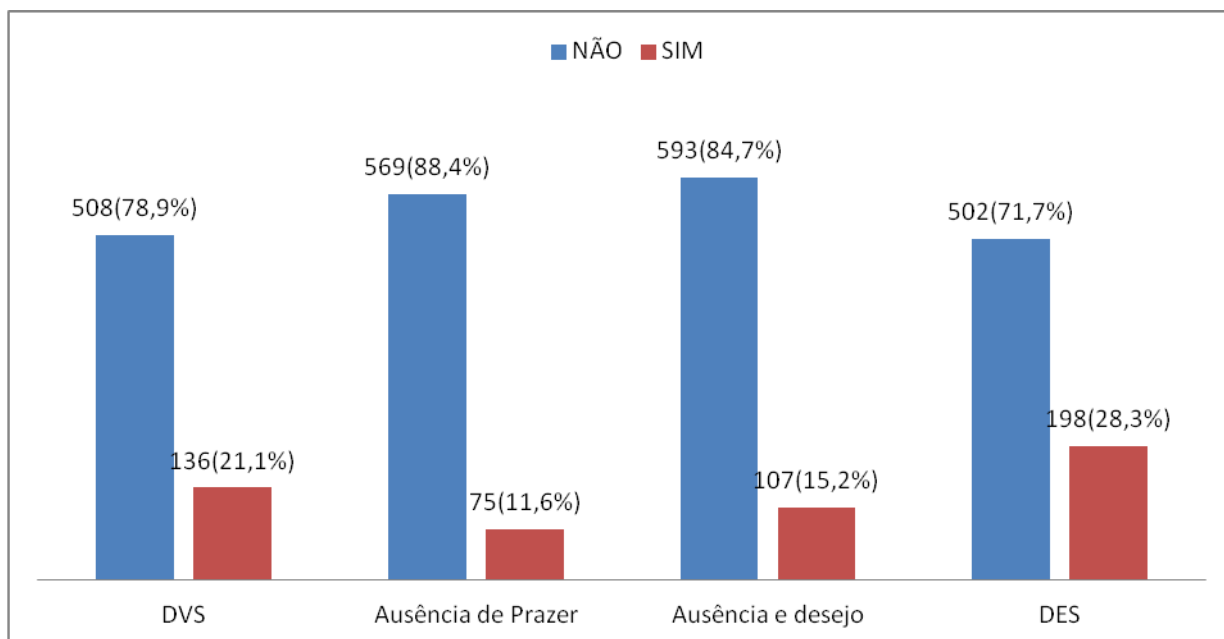


Figura 1 Prevalência de DVS, ausência de prazer, ausência de desejo e DES em puérperas

A prevalência de DVS e ausência de prazer sexual foi estimada nas 644 mulheres que retomaram a atividade sexual, enquanto as prevalências de ausência de desejo sexual e Dificuldades na Esfera Sexual foram analisadas nas 700 entrevistadas. No total, 136 (21,1%; IC 95% 0,17 – 0,24) mulheres entrevistadas avaliaram sua vida sexual como pior no puerpério, sendo que 508 (78,9%), consideraram sua vida sexual como “igual ou melhor” após o nascimento do bebê. Quanto à pergunta “A senhora sente prazer?”, 569 (88,4%) alegaram sentir prazer nas relações sexuais e 75 (11,6%; IC 95% 0,09 – 0,14) responderam negativamente à pergunta. A prevalência de ausência de desejo sexual foi relatada por 107 participantes (15,2%;

IC 95% 0,12 – 0,17). A prevalência de Dificuldades na Esfera Sexual foi de 28% (IC 95% 0,24 – 0,31).

5.4 Prevalência de VPI durante a vida e separada por período

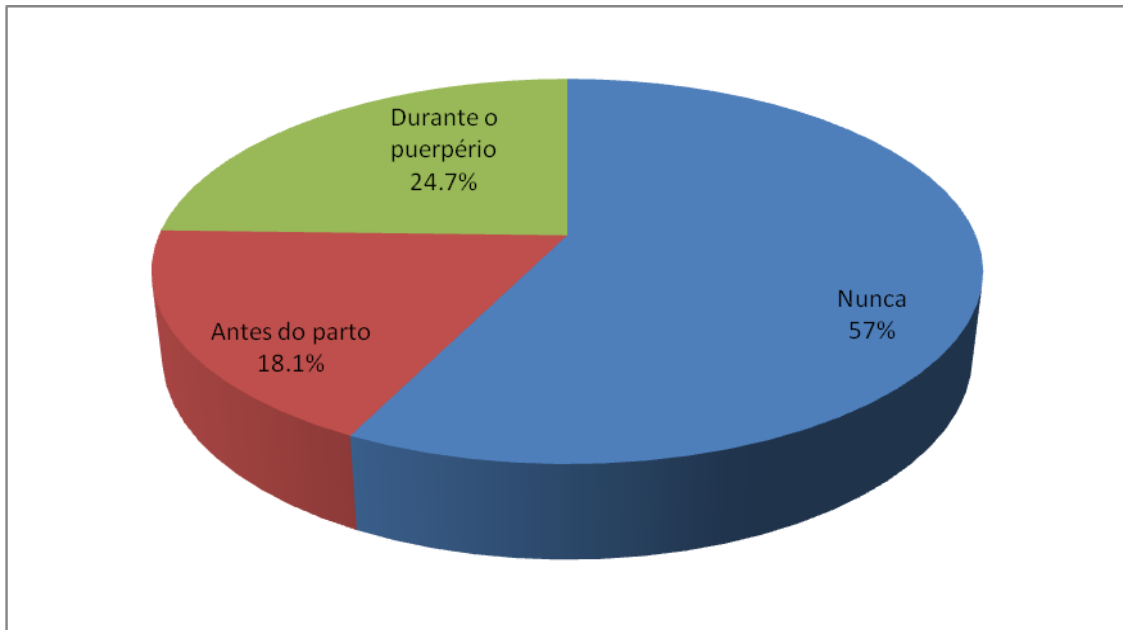


Figura 2 Prevalência de VPI durante a vida e separada por período, em puérperas

Das 700 mulheres do estudo, 299 (42,8%; IC 95% 0,39 – 0,46) relatam ter sofrido alguma forma de violência durante a vida, sendo que 127 (18,1%) referem ter sofrido violência exclusivamente antes do parto e 172 (24,7%) relatam ter sofrido violência durante o puerpério, independente de ter sofrido anteriormente.

5.7 Análise mediação

Tabela 3 Estimativa bruta do efeito da VPI antes do parto sobre Dificuldades na Esfera Sexual no puerpério, utilizando DPP como mediadora

Modelo 1	Efeito Total (I.C. 95%)	Efeito Direto (I.C. 95%)	Efeito Indireto através da DPP (I.C. 95%)	% do efeito indireto (I.C. 95%)
VPI antes do puerpério e DES	0,14 (0,01 – 0,26) p=0,031	0,076 (-0,05 – 0,21) p=0,250	0,062 (0,003 – 0,12) p=0,043	44% (23% - 86%)

O modelo 1 mostra que há associação entre VPI ocorrida antes do nascimento do bebê e Dificuldades na Esfera Sexual com efeito total de 0,14 (IC 95% 0,01 – 0,26; $p < 0,14$), considerado moderado, e que 44% (IC 95% 23% - 86%) desse efeito é explicado por efeito indireto por meio da DPP. Além disso, há pouca evidência de associação direta entre VPI e Dificuldades na Esfera Sexual.

Tabela 4 Estimativa ajustada do efeito entre VPI antes do parto sobre Dificuldades na Esfera Sexual no puerpério, utilizando DPP como mediadora (ajuste para estado civil, etnia, escolaridade, idade da mãe e número de filhos)

Modelo 2	Efeito Total (I.C. 95%)	Efeito Direto (I.C. 95%)	Efeito Indireto através da DPP (I.C. 95%)	% do efeito indireto (I.C. 95%)
VPI antes do puerpério e DES	0,117 (-0,01 – 0,24) p=0,069	0,072 (-0,06 – 0,20) p=0,281	0,045 (-0,06 – 0,20) p=0,123	38% (-10% - 87%)

No modelo 2, após inclusão das possíveis variáveis de confusão, observa-se atenuação da força das associações, com perda da significância por via direta, e também, por via indireta.

6 DISCUSSÃO

O modelo bruto de análise de mediação sugere que VPI ocorrida antes do nascimento estaria associada à diminuição da qualidade da vida sexual após o parto, o que seria explicado, principalmente, por mecanismo indireto, ou seja, pela presença de depressão pós-natal (DPP) e não por relação direta entre estas duas variáveis. Porém, quando incluímos outras variáveis nessa associação, ela perde sua significância, o que sugere que estas variáveis (estado civil, idade da mãe, etnia, escolaridade e número de filhos) são prováveis variáveis de confusão. Cabe mencionar ainda, que Dificuldades na Esfera Sexual, VPI durante o puerpério e DPP foram medidas ao mesmo tempo, o que dificultaria a interpretação dos resultados de análise de mediação que utilizasse a VPI recente, e não a remota como foi feito, como variável de exposição.

A perda de significância da associação entre VPI antes do puerpério e Dificuldades na Esfera Sexual por meio da depressão pode ter como explicação outras variáveis que estariam confundindo a associação mencionada. Todavia, devemos considerar que utilizamos apenas a violência remota como exposição e, como dito anteriormente, a violência recente está mais associada, do que a ocorrida no passado, com os desfechos negativos à saúde da mulher. Consideramos também, que as prevalências das três variáveis, VPI, DPP e Dificuldades na Esfera Sexual foram prevalentes no estudo. Sendo assim o presente estudo confirma a importância do questionamento e avaliação de problemas no relacionamento do casal no puerpério. Como ressaltado anteriormente, Dificuldades na Esfera Sexual, violência e depressão são questões difíceis de serem relatadas pelas mulheres e muitas vezes são subdiagnosticadas e não recebem tratamento adequado.

Além disso, devemos considerar que o puerpério é período de ajustes e mudanças não somente para a mulher, mas para o casal. O declínio da intimidade sexual é sentido pelo homem que, em alguns casos, refere sentir ciúmes do recém-nascido. Como se sabe, o recém-nascido, habitualmente, demanda grande atenção da mãe,

o que também comumente, gera a sensação, no genitor, de exclusão da relação. A adaptação do casal à nova rotina e as novas tarefas da maternidade/paternidade já explicam, em grande parte, esse primeiro momento do declínio da sexualidade conjugal. E o próprio declínio da sexualidade pode aumentar a tensão já normalmente gerada por esse momento de adaptações (Williamson *et al.*, 2008). Portanto, incluir o companheiro nos atendimentos pré-natais e conscientizá-lo sobre as mudanças que podem ocorrer neste período, pode ser útil no enfrentamento das frustrações relacionadas à transição à parentalidade, no aumento do vínculo e apoio entre os parceiros, para diminuir a insatisfação conjugal (Halle *et al.*, 2008; Lawrence *et al.*, 2008; Wendorf *et al.*, 2011) e possivelmente, podendo ser útil também para prevenir casos de violência que possam ocorrer devido à redução da intimidade do casal.

Dentre os aspectos positivos do presente estudo, vale destacar que ele aborda, ineditamente, a relação entre VPI, Dificuldades na Esfera Sexual e DPP no puerpério. De fato, não encontramos estudos que avaliassem diretamente esta associação e, tampouco, foram encontrados estudos que investigassem o papel da DPP nesta associação. Portanto, embora dificuldades sexuais (Safarinejad *et al.*, 2009; Chang *et al.*, 2010; Faisal-Cury, Huang, *et al.*, 2013) e VPI (Devries *et al.*, 2010; Kabir *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2015) sejam problemas prevalentes, no ciclo gravídico-puerperal, com sérios impactos à qualidade e mesmo à integridade da vida da mulher, há uma carência de estudos sobre a relação entre esses aspectos. Outro aspecto positivo do estudo é reforçar a importância da avaliação da sexualidade e violência até 18 meses após o parto, em grupo de mulheres de baixa/média renda atendidas em serviço público de saúde. Via de regra, sexualidade e violência são questões frequentemente negligenciadas no atendimento de mulheres no serviço público, por diversas razões, que incluem falta de preparo dos profissionais de saúde (Villela *et al.*, 2011), resistência das próprias mulheres em falar destes tópicos (Schraiber, 1999) e a obrigação de notificação compulsória de eventual denuncia de violência (Kind *et al.*, 2013)

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, por tratar de estudo transversal pode ocorrer causalidade reversa. Violência, sexualidade e

depressão pós-parto, foram avaliadas simultaneamente, em apenas um momento do período puerperal, impossibilitando a definição do que ocorreu primeiro. Segundo, existe a possibilidade de viés de memória (recall bias) já que estamos lidando com questões muito delicadas. Algumas mulheres podem se sentir compelidas a dar respostas socialmente “aceitáveis” ou que julgam adequadas ao falar das suas vivências sobre sexualidade e violência conjugal. Elas podem, por exemplo, omitir histórico de violência, por vergonha ou temor de represália dos parceiros, ainda que tenham sido orientadas do sigilo da pesquisa. O caminho inverso, ou seja, relatar uma violência que não ocorreu é considerado improvável por tratar-se de tema estigmatizante para as mulheres e, por vezes, vir acompanhada de sentimentos de vergonha e culpa (Oliveira *et al.*, 2009). É possível também que a mulher tenha mais dificuldade de lembrar a violência ocorrida no passado do que violência recente. Neste caso nossos resultados subestimariam a prevalência de ambos os problemas. Terceiro, não avaliamos a satisfação das participantes do estudo em relação a sua vida sexual, somente os efeitos e mudanças que ocorreram na qualidade da mesma durante a transição da gravidez para puerpério. Também não foi investigado, por exemplo, a autoavaliação da qualidade da relação marital, que poderia se associar com VPI e as questões de sexualidade, e conseqüentemente confundir ou mediar esta associação. Os desfechos de sexualidade foram avaliados por meio de perguntas diretas e não por meio de instrumentos previamente desenhados e validados para esta finalidade. Cabe destacar, no entanto, que os entrevistadores foram treinados na aplicação das perguntas e que as participantes foram indagadas sobre o entendimento das questões. Quarto, quanto à análise estatística, reconhece-se que hoje existem modelos para análise de mediação bastante complexos com a inclusão de mais de um mediador (Mackinnon *et al.*, 2007; Mackinnon e Valente, 2014). No presente estudo nos limitamos a considerar apenas a depressão puerperal como fator de mediação, ainda que neste modelo tenhamos controlado pelo efeito de outras variáveis (estado civil, idade da mãe, escolaridade, etnia e número de filhos). Finalmente, fizeram parte do presente estudo 700 mulheres, oriundas de uma coorte com 831 gestantes, sendo que as mulheres que não retornaram no período após o parto apresentavam a mesma renda familiar, mas eram menos educadas e mais deprimidas na avaliação realizada durante a gravidez. As mulheres deprimidas do

estudo tenderam a se queixar mais das questões sexuais e de ter sofrido VPI em algum momento da vida, portanto, as perdas devem ter agido de forma a subestimar as prevalências encontradas.

Os resultados do presente estudo tem algumas implicações. Considerando, que DES, VPI e DPP são muito prevalentes nesta amostra de puérperas de média/baixa renda, acreditamos que a inclusão de questionamentos sobre sexualidade, violência e depressão no seguimento das mulheres, durante a gravidez e no puerpério, é passo importante para atenção integral à saúde física e psíquica da mulher. O presente estudo reforça a necessidade de se investigar os aspectos acima mencionados, habitualmente relegados a plano secundário, no seguimento de mulheres grávidas e puérperas. Reforça também a importância do esclarecimento das mudanças fisiológicas, físicas, psicológicas e sociais esperadas durante a gravidez e o puerpério, tanto para a mulher quanto para seu companheiro. A análise de mediação nos proporciona o entendimento dos caminhos causais dessas associações, ampliando as possibilidades de identificação dessas questões de saúde e também das maneiras de criar medidas preventivas e/ou terapêuticas.

Futuras investigações sobre a relação, até hoje pouco estudada, entre diferentes formas de violência e sexualidade no puerpério, são recomendadas. Estudos longitudinais que avaliassem novos aspectos da relação do casal, com questionários criados para esse fim e que incluíssem outros mediadores, além da depressão puerperal, poderiam ser realizados para melhor entendimento da cadeia causal e elucidação das variáveis que realmente influenciam, direta e/ou indiretamente, as questões da sexualidade no pós-parto. Estes estudos seguramente seriam úteis na elaboração de intervenções preventivas e/ou terapêuticas tanto para as questões de saúde sexual como de outros problemas que podem estar subjacentes a essas.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALI, N. S. *et al.* Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study. **Bmc Psychiatry**, v. 13, p. 12, Oct 2013. ISSN 1471-244X. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000326296100001 >.

AMMERMAN, R. T. *et al.* Treatment of depressed mothers in home visiting: Impact on psychological distress and social functioning. **Child Abuse & Neglect**, v. 37, n. 8, p. 544-554, Aug 2013. ISSN 0145-2134. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000323400900006 >.

BEIER, K. M. Biopsychosocial understanding off human sexuality. Prerequisite for diagnostics and treatment in sexual medicine. **Urologe**, v. 45, n. 8, p. 953-+, Aug 2006. ISSN 1433-0563. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000240397500008 >.

BRTNICKA, H.; WEISS, P.; ZVERINA, J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. **Bratislava Medical Journal-Bratislavske Lekarske Listy**, v. 110, n. 7, p. 427-431, 2009. ISSN 0006-9248. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000268690800011 >.

CAMACHO, R. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Revista de psiquiatria clínica, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006 .

CHANG, S. R. *et al.* Sexual Function in Women 3 Days and 6 Weeks After Childbirth: A Prospective Longitudinal Study Using the Taiwan Version of the Female Sexual Function Index. **Journal of Sexual Medicine**, v. 7, n. 12, p. 3946-3956, 2010. ISSN 1743-6095. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000284850800015 >.

Chor, D., Griep, R., H. Lopes, C. S., Faerstein, E. Social network and social support measures from the Pró-Saúde Study: Pre-tests and pilot study. *Cadernos de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 887–896, 2001.

CONNOLLY, A. M.; THORP, J.; PAHEL, L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. **International Urogynecology Journal**, v. 16, n. 4, p. 263-267, Jul-Aug 2005. ISSN 0937-3462. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000231062500005 >.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. **Revista De Saude Publica**, v. 42, n. 6, p. 6, Dec 2008. ISSN 0034-8910. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000263562300003 >.

CRONHOLM, P. F. *et al.* Intimate Partner Violence. **American Family Physician**, v. 83, n. 10, p. 1165-1172, May 2011. ISSN 0002-838X. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000306864000004 >.

Cruz, E. B. S. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, 2005.

DE JUDICIBUS, M. A.; MCCABE, M. P. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. **Journal of Sex Research**, v. 39, n. 2, p. 94-103, May 2002. ISSN 0022-4499. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000177830000002 >.

DEVRIES, K. M. *et al.* Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. **Reprod Health Matters**, v. 18, n. 36, p. 158-70, Nov 2010. ISSN 1460-9576. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21111360> >.

Dillon, G. *et al.* Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against women: A Review of literature. *International Journal of Family Medicine*, Cairo, v. 2013, Article ID: 313909.

DIXON, M.; BOOTH, N.; POWELL, R. Sex and relationships following childbirth: a first report from general practice of 131 couples. **British Journal of General Practice**, v. 50, n. 452, p. 223-224, Mar 2000. ISSN 0960-1643. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000085539900014 >.

FAISAL-CURY, A. *et al.* The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. **J Sex Med**, v. 10, n. 5, p. 1343-9, May 2013. ISSN 1743-6109. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23433352> >.

_____. Common mental disorders during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in Sao Paulo, Brazil. **Archives of Womens Mental Health**, v. 12, n. 5, p. 335-343, Oct 2009. ISSN 1434-1816. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000270663900009 >.

_____. Temporal Relationship Between Intimate Partner Violence and Postpartum Depression in a Sample of Low Income Women. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, n. 7, p. 1297-1303, Sep 2013. ISSN 1092-7875. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000322732300017 >.

Field T. *et al.* Yoga and social support reduce prenatal depression, anxiety and cortisol. *Journal of bodywork and movement therapies*, New York, v. 17, n. 4, p. 397-403, 2013.

FISHER, J. *et al.* Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 2, p. 139-149, Feb 2012. ISSN 0042-9686. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000299982200022 >.

Freitas, L. dos R. COMPARAÇÃO DAS FUNÇÕES DE LIGAÇÃO LOGIT E PROBIT EM REGRESSÃO BINÁRIA CONSIDERANDO DIFERENTES TAMANHOS AMOSTRAIS. *ENCICLOPÉDIA BIOSFERA*, Centro Científico Conhecer, Goiânia, v.9, n.17, p. 29-36, 2013.

GARCIA-MORENO, C. *et al.* Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1260-1269, Oct 2006. ISSN 0140-6736. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000241058300033 >.

Giami, A. Permanência das Representações do Gênero em Sexologia: as Inovações Científica e Médica Comprometidas pelos Estereótipos de Gênero. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 301-320, 2007.

GLAZENER, C. M. A. Sexual function after childbirth: Women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 104, n. 3, p. 330-335, Mar 1997. ISSN 0306-5456. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:A1997WM78400011 >.

Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. Social support: Scale test-retest reliability in the Pro-Health Study. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 625–634, 2003.

GUILLE, C. *et al.* Management of Postpartum Depression. **Journal of Midwifery & Womens Health**, v. 58, n. 6, p. 632-642, Nov 2013. ISSN 1526-9523. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000329430900005 >.

HALLE, C. *et al.* Supporting fathers in the transition to parenthood. **Contemporary Nurse**, v. 31, n. 1, p. 57-70, Dec 2008. ISSN 1037-6178. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000263095700006 >.

HARDING, T. W. *et al.* MENTAL-DISORDERS IN PRIMARY HEALTH-CARE - A STUDY OF THEIR FREQUENCY AND DIAGNOSIS IN 4 DEVELOPING-COUNTRIES. **Psychological Medicine**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980. ISSN 0033-2917. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:A1980JW57800005 >.

HIPP, L. E.; LOW, L. K.; VAN ANDERS, S. M. Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors. **Journal of Sexual Medicine**, v. 9, n. 9, p. 2330-2341, Sep 2012. ISSN 1743-6095. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000308391900015 >.

HOWARD, L. M. *et al.* Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Plos Medicine**, v. 10, n. 5, p. 16, May 2013. ISSN 1549-1676. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000319670900027 >.

HU, L. T.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal**, v. 6, n. 1, p. 1-55, 1999/01/01 1999. ISSN 1070-5511. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118> >.

HUANG, Y. C.; MATHERS, N. J. A comparison of sexual satisfaction and post-natal depression in the UK and Taiwan. **International Nursing Review**, v. 53, n. 3, p. 197-204, Sep 2006. ISSN 0020-8132. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000239330800017 >.

JOHANNES, C. B. *et al.* Distressing Sexual Problems in United States Women Revisited: Prevalence After Accounting for Depression. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 70, n. 12, p. 1698-1706, Dec 2009. ISSN 0160-6689. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000273377700010 >.

KABIR, Z. N.; NASREEN, H. E.; EDHBORG, M. Intimate partner violence and its association with maternal depressive symptoms 6-8 months after childbirth in rural Bangladesh. **Glob Health Action**, v. 7, p. 24725, 2014. ISSN 1654-9880. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25226416> >.

KIND, L. *et al.* **Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. v.29: 1805-1815 p. 2013.

KLEIN, K. *et al.* Does the Mode of Delivery Influence Sexual Function after Childbirth? **Journal of Womens Health**, v. 18, n. 8, p. 1227-1231, Aug 2009. ISSN 1540-9996. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000268860300018 >.

KRUSE, M. *et al.* The Health Care Costs of Violence Against Women. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 26, n. 17, p. 3494-3508, Nov 2011. ISSN 0886-2605. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000295880500005 >.

LAWRENCE, E. *et al.* Marital satisfaction across the transition to parenthood. **Journal of Family Psychology**, v. 22, n. 1, p. 41-50, Feb 2008. ISSN 0893-3200. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000253131500005 >.

LURIE, S. *et al.* Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 288, n. 4, p. 785-792, Oct 2013. ISSN 0932-0067. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000324635900009 >.

MACKINNON, D. P.; FAIRCHILD, A. J.; FRITZ, M. S. Mediation analysis. **Annu Rev Psychol**, v. 58, p. 593-614, 2007. ISSN 0066-4308. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16968208> >.

MACKINNON, D. P.; VALENTE, M. J. Mediation from multilevel to structural equation modeling. **Ann Nutr Metab**, v. 65, n. 2-3, p. 198-204, 2014. ISSN 1421-9697. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25413658> >.

MARI, J. D.; WILLIAMS, P. A VALIDITY STUDY OF A PSYCHIATRIC SCREENING QUESTIONNAIRE (SRQ-20) IN PRIMARY CARE IN THE CITY OF SAO-PAULO. **British Journal of Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, Jan 1986. ISSN 0007-1250. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:A1986AXS7500003 >.

Ministério da Saúde: Pré-natal e puerpério atenção qualificada e Humanizada: Manual técnico. 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf. Acessado em: 16 set. 2013.

Moraes, I. G. S. *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **RevistaSaúdePública**, São Paulo, v. 40, n. 1, 2006.

Murray, S., Milhausen, R. Factors impacting women's sexual desire: Examining long term relationships in emerging adulthood. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, East York, v. 21, n. 2, p. 101-115, 2012.

Oliveira, A. F. P. L. *et al.* Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n.2, p. 299-310, 2009.

PESSAGNO, R. A.; HUNKER, D. Using Short-Term Group Psychotherapy as an Evidence-Based Intervention for First-Time Mothers at Risk for Postpartum Depression. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 49, n. 3, p. 202-209, Jul 2013. ISSN 0031-5990. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000321202000008 >.

PLICHTA, S. B. Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system - Policy and practice implications. **Trauma Violence & Abuse**, v. 8, n. 2, p. 226-239, Apr 2007. ISSN 1524-8380. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000246435700011 >.

POLLOCK, J. I.; MANASEKI-HOLLAND, S.; PATEL, V. Detection of depression in women of child-bearing age in non-western cultures: A comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Self-Reporting Questionnaire-20 in Mongolia. **Journal of Affective Disorders**, v. 92, n. 2-3, p. 267-271, Jun 2006. ISSN 0165-0327. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000238130500015 >.

Rohden, F. *et al.* Novas tecnologias de intervenção na sexualidade: o panorama latino-americano. *Revista Latinoamericana - Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 10-29, 2014. ISSN 1984-6487. Disponível em: www.sexualidadsaludysociedad.org

Rowland, M. *et al.* Breastfeeding and sexuality immediately postpartum. *Canadian Family Physician*, Williwdale, v. 51. p. 1366-1367, 2005.

SAFARINEJAD, M. R.; KOLAH, A. A.; HOSSEINI, L. The Effect of the Mode of Delivery on the Quality of Life, Sexual Function, and Sexual Satisfaction in Primiparous Women and Their Husbands. **Journal of Sexual Medicine**, v. 6, n. 6, p.

1645-1667, Jun 2009. ISSN 1743-6095. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000266465300016 >.

SCHRAIBER, L. B. **Violence against women: interfaces with Health care.** D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Interface Comunicação, Saúde, Educação. v.3 1999.

_____. *et al.* Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. **Revista De Saude Publica**, v. 41, n. 5, p. 797-807, Oct 2007. ISSN 0034-8910. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000250005500014 >.

_____. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. **Revista De Saude Publica**, v. 44, n. 4, p. 658-666, Aug 2010. ISSN 0034-8910. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000281054000009 >.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. THE MOS SOCIAL SUPPORT SURVEY. **Social Science & Medicine**, v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991. ISSN 0277-9536. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:A1991FC25800010 >.

SILVA, E. P. *et al.* Incidence and risk factors for intimate partner violence during the postpartum period. **Rev Saude Publica**, v. 49, p. 46, 2015. ISSN 1518-8787. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26270012> >.

THEME FILHA, M. M. *et al.* Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **J Affect Disord**, v. 194, p. 159-67, Apr 2016. ISSN 1573-2517. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26826865> >.

TOLLESTRUP, K. *et al.* Health indicators and intimate partner violence among women who are members of a managed care organization. **Prev Med**, v. 29, n. 5, p. 431-40, Nov 1999. ISSN 0091-7435. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10564635> >.

TRUTNOVSKY, G. *et al.* Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. **Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 46, n. 4, p. 282-287, Aug 2006. ISSN 0004-8666. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000238745300006 >.

United Nations (UN). Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Pequim, 1995. Disponível em: <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en>, acessado em: 02 nov 2013.

Vettorazzi, J. *et al.* Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, v.32, n.4, p. 473-479, 2012.

VIGOD, S. N. *et al.* Relation between place of residence and postpartum depression. **Canadian Medical Association Journal**, v. 185, n. 13, p. 1129-1135, Sep 2013. ISSN 0820-3946. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000324529300037 >.

VILLELA, W. V. *et al.* Ambiguidades e Contradições no Atendimento

de Mulheres que Sofrem Violência. Saúde Soc. São Paulo. v.20: p.113-123 p. 2011.

WENDORF, C. A. *et al.* Marital Satisfaction Across Three Cultures: Does the Number of Children Have an Impact After Accounting for Other Marital Demographics? **Journal of Cross-Cultural Psychology**, v. 42, n. 3, p. 340-354, Apr 2011. ISSN 0022-0221. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000288849200002 >.

WILLIAMSON, M.; MCVEIGH, C.; BAAFI, M. An Australian perspective of fatherhood and sexuality. **Midwifery**, v. 24, n. 1, p. 99-107, Mar 2008. ISSN 0266-6138. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000254815400011 >.

World Health Association (WHO). Defining sexual health – Report of technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. Gênova, 2002. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf. Acessado em: 16 Set. 2013.

_____. Women and Health: today's evidence tomorrow's agenda. Gênova, 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf acessado em: 12 out 2013

_____. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Gênova, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf, Acessado em: 03 out 2013.

YENIEL, A. O.; PETRI, E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. **International Urogynecology Journal**, v. 25, n. 1, p. 5-14, Jan 2014. ISSN 0937-3462. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000329098400002 >.