

Depressão como mediadora da relação entre violência por parceiro íntimo e dificuldades sexuais após o parto: uma análise estrutural

Depression as a mediator between intimate partner violence and postpartum sexual issues: a structural analysis

Leandru Guilherme Pires Reis Sussmann¹ , Alexandre Faisal-Cury¹ , Rebecca Pearson¹ 

RESUMO: *Introdução:* Não foram encontrados estudos que avaliam associação entre violência por parceiro íntimo (VPI) anterior ao parto e dificuldades na esfera da sexualidade no período pós-parto. O presente estudo avalia se existe essa associação. *Método:* Estudo transversal com 700 mulheres que realizaram o pré-natal em Unidade Básica de Saúde (UBS), em São Paulo, entre 2006 e 2007. As dificuldades sexuais (DS) foram avaliadas por meio de questionário elaborado pelos autores e a VPI foi investigada por questionário estruturado elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Já a depressão pós-parto (DPP) foi avaliada por meio do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e foi considerada variável mediadora. Para calcular os coeficientes de associação das vias diretas e indiretas foi utilizada a análise estrutural (path analysis). *Resultados:* As prevalências de DS, a VPI e a DPP foram, respectivamente, 30, 42,8 e 27,8%. A violência ocorrida antes do parto não mostrou associação direta — ED = 0,072 (-0,06 – 0,20; p = 0,060) — nem indireta — EI: 0,045 (-0,06 – 0,20; p = 0,123) — em relação ao desfecho estudado. *Conclusão:* Futuras investigações sobre a relação entre as três variáveis estudadas são recomendadas. Estudos longitudinais que incluam outros mediadores podem trazer melhor entendimento da cadeia causal e elucidação das variáveis que influenciam as questões da sexualidade no pós-parto.

Palavras-chave: Sexualidade. Violência por parceiro íntimo. Violência doméstica. Período pós-parto. Depressão pós-parto.

¹Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

²Centre for Academic Mental Health, Population Health Sciences, Bristol Medical School, University of Bristol – Oakfield House, Bristol, Reino Unido.

Autor correspondente: Leandru Guilherme Pires Reis Sussmann. Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. Rua Professor Aprígio Gonzaga, 500, São Judas, CEP: 04303-001, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: leandru@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo número 133549/2014-3.

ABSTRACT: Introduction: No studies were found that evaluate the association between intimate partner violence (IPV) before childbirth and sexual issues in the postpartum period. **Method:** A cross-sectional study with 700 women who received prenatal care in a basic health unit in São Paulo, between 2006 and 2007. Sexual issues were assessed through a questionnaire created by the authors, and intimate partner violence was evaluated using a structured questionnaire developed by the WHO. Postpartum depression was evaluated using the SRQ-20 instrument, with a cut-off point of 7/8 considered to be the mediating variable. A path analysis was performed to determine the different pathways: the direct association between outcome and exposure, and the indirect pathways through the mediator. **Results:** The prevalence of sexual issues, intimate partner violence and postpartum depression were 30; 42.8; 27.8%, respectively. Violence occurring exclusively before childbirth did not show a direct association ($ED = 0.072$ (-0.06 - 0.20, $p = 0.060$)) or indirect ($EI: 0.045$ (-0.06 - 0.20, $p = 0.123$)), with sexual issues. **Conclusion:** Longitudinal studies that include other mediators may provide a better understanding of the causal chain and elucidate variables that influence postpartum sexuality issues.

Keywords: Sexuality. Intimate partner violence. Domestic violence. Postpartum period. Postpartum Depression.

INTRODUÇÃO

A sexualidade ocupa lugar de destaque para o ser humano e abrange papéis e identidade de gênero, sexo, orientação sexual, erotismo, intimidade e reprodução¹. Faz parte do bem-estar e da saúde do indivíduo, tendo sua participação reconhecida na manutenção das relações amorosas². Existem muitos fatores que afetam a sexualidade e entendê-los, além de grandes implicações para o bem-estar, pode facilitar vivência positiva da sexualidade³.

A sexualidade humana e, particularmente, a sexualidade feminina, tem caráter extremamente subjetivo, moldado por questões pessoais, relacionais e culturais. Conceitualmente, a disfunção sexual feminina é definida nos seguintes domínios: alterações do desejo, da excitação, anorgasmia, dispareunia e vaginismo⁴. Essas disfunções podem se sobrepor e ter evoluções distintas, no entanto a dimensão subjetiva da sexualidade não se limita ao enquadramento diagnóstico.

Muitas mulheres com eventual disfunção sexual não se queixam desta em função de outros critérios, tais como qualidade do relacionamento ou pouca importância atribuída à atividade sexual. Já mulheres sem disfunção sexual evidente podem se sentir insatisfeitas com seu desempenho sexual. Assim, é importante notar como a mulher avalia sua vida sexual atual, levando em conta que esta pode oscilar conforme a fase da vida em que a mulher está. Em períodos da vida feminina, como o pós-parto, é comum o relato de dificuldades sexuais (DS)⁵. Diversos fatores interagem nesse momento que, ao lado da puberdade e da menopausa, é tido como um dos mais críticos do desenvolvimento feminino.

No pós-parto ocorrem importantes transformações nos âmbitos fisiológicos, psicológicos e sociais. Essas mudanças podem interferir na sexualidade e demandam reorganização

e redirecionamento do desejo sexual⁶. Em comparação ao período anterior à gestação, o desejo sexual e a frequência das relações encontram-se diminuídos até o terceiro mês do pós-parto. Ainda assim, 95% dos casais retomam a atividade sexual nesse período⁷, e 97% até 12 meses após o parto⁸. No Brasil, 21% das puérperas apresentaram declínio da vida sexual (DVS), em comparação com a atividade sexual no período pré-gravídico^{9,10}. Na Austrália¹¹, 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. Aspecto pouco estudado na literatura é a relação entre DS e violência por parceiro íntimo (VPI).

A VPI constitui-se problema público, nos âmbitos social e de saúde, que afeta países desenvolvidos e em desenvolvimento¹². É definida como qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica perpetrada por alguém que é, foi ou deseja ser envolvido intimamente com a vítima¹³. A Organização Mundial da Saúde (OMS) 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 renda¹⁴. As violências sexual, física e psicológica expõem as mulheres a maior risco de sofrimentos físico e mental, enfermidades, gravidez indesejada e, muitas vezes, inibem-nas de utilizar os serviços de saúde¹⁵. Outros desfechos associados à VPI são problemas físicos que incluem dores crônicas, sintomas psicossomáticos, perda ou ganho de peso e dor ou ardência ao urinar¹².

Há na literatura nacional e internacional artigos que abordam a relação entre DS e depressão pós-parto (DPP)^{16,17}. Segundo Faisal-Cury¹¹, mulheres que apresentam sintomas depressivos e ansiosos durante o período do pós-parto têm 3,5 mais chance de se queixarem de DVS nessa fase da vida. A DPP também é comumente associada à diminuição da atividade e desejo sexual até a 12ª semana do pós-parto¹¹. A prevalência de transtornos mentais durante o pós-parto, incluindo a DPP, é estimada em 13% no mundo¹⁷, e a estimativa somente de DPP é maior no Brasil, com variação de 19,1%¹⁸ a 37,1%¹⁹. A DPP está associada a maiores riscos de tentativa de suicídio²⁰. Os principais fatores de risco para DPP, no período de 4 a 6 semanas após o parto, são: etnia parda; baixo nível socioeconômico; etilismo; histórico psiquiátrico; gravidez não planejada; e multiparidade¹⁸. Uma revisão sistemática incluiu também como fatores de risco para DPP a falta de suporte do companheiro, ser solteira e VPI¹⁹.

DS no pós-parto e VPI possuem fatores associados em comum, incluindo a DPP. Há carência de estudos que abordem a relação entre DS e VPI, que além de frequentes podem, em tese, ter relação de causalidade. DS pode ser tanto consequência como causa da VPI, e ambas são passíveis de medidas preventivas ou terapêuticas. Em tese, a relação entre VPI como causa de DS no período pós-parto pode ocorrer por meio (mediação) da depressão. A mulher vítima de VPI poderia, por meio da DPP, apresentar DS. Fato é que a relação entre as três variáveis — VPI, DPP, DS — não foi explorada na literatura pesquisada, o que nos exorta a avaliar a DPP como variável mediadora na relação entre VPI e DS.

O objetivo do presente estudo é avaliar se há associação entre VPI ocorrida antes do parto e DS em mulheres no período após o parto, considerando DPP como variável mediadora.

MÉTODO

DESENHO E AMOSTRA

Este estudo é análise transversal de dados de coorte iniciada entre janeiro de 2006 e março de 2007. A coorte que deu origem à amostra objetivou avaliar a associação entre depressão/ansiedade na gravidez e complicações obstétricas²¹. Nela foram realizadas entrevistas, entre 20 e 30 semanas de gestação, com 828 gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na zona oeste de São Paulo. Essa área possui população heterogênea, e pessoas das classes alta, média e baixa moram próximas. O setor público de saúde oferece atendimento gratuito aos residentes da sua área de abrangência. Foram consideradas elegíveis para o estudo mulheres acima de 16 anos cuja concepção foi espontânea, uníparas e que receberam cuidados do pré-natal nas UBS da região do estudo. Foram contatadas todas as mulheres participantes da coorte que haviam dado à luz. As mulheres que aceitaram participar responderam as questões de questionário elaborado para o presente estudo. As entrevistas foram realizadas no domicílio das participantes, no período entre 6 e 18 meses após o parto. A amostra final, por conveniência, contou com 700 mulheres entrevistadas, 644 das quais haviam retomado a atividade sexual na época da entrevista. Esses dados foram utilizados para avaliar a prevalência de DVS e ausência de prazer sexual. No caso da prevalência de ausência de desejo sexual foi considerado o total de 700 mulheres, em razão desse desfecho não depender do retorno à atividade sexual.

As mulheres foram entrevistadas em domicílio (tempo médio de entrevista após o parto: 11,1 meses, desvio padrão [DP]: 2,3 meses, variação de 6 a 18 meses). O momento das entrevistas foi dividido em três grupos: grupo 1: até 8 meses (99 participantes; 14,1%); grupo 2: de 9 a 12 meses (408 participantes; 58,3%) e grupo 3: de 13 a 18 meses (193 participantes; 27,6%). Das mulheres que participaram da coorte, 128 não retornaram no período após o parto. As mulheres não participantes eram similares em relação ao estado civil e idade, porém possuíam menos anos de estudos, tinham menor renda familiar e eram mais deprimidas na avaliação realizada durante a gravidez, se comparadas às mulheres que participaram do presente estudo.

DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Desfecho principal: dificuldades sexuais

DVS, ausência de prazer sexual e ausência de desejo sexual foram avaliados por meio de perguntas diretas em questionário semiestruturado. Foi criada uma variável denominada de DS, que considerou tanto DVS (se a mulher referia piora na vida sexual no pós-parto) 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 participante que referia DVS ou ausência de prazer ou ausência de desejo foi classificada como portadora de DS. A comparação entre a vida sexual atual e a prévia à gravidez foi feita por meio da seguinte questão: Ao comparar 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 mulher foi classificada como portadora de ausência de prazer e/ou ausência de desejo. A utilização da variável DS procurou contemplar diferentes aspectos da sexualidade feminina no período que se segue ao parto.

Exposição principal: violência por parceiro íntimo

Utilizamos a versão final brasileira/portuguesa de questionário estruturado e normalizado para avaliar VPI²¹⁻²³. Esse instrumento foi desenvolvido por equipe internacional de pesquisadores que o avaliou e o revisou e foi concebido pela OMS para medir violência contra mulheres no estudo Multipaíses²³. As entrevistadas responderam se sofreram ou não atos de violência psicológicos, físicos e sexuais perpetrados por parceiro íntimo, atual ou ex. Define-se parceiro íntimo como o companheiro — ou ex — 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 ex²⁴. Para realizar a análise de mediação foi criada a variável “violência antes do parto”: se sofreram qualquer forma de VPI exclusivamente antes do nascimento do filho.

Variável mediadora: depressão pós-parto

O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) foi utilizado para avaliar a presença de DPP. Foi desenvolvido em 1980 por Harding et al.²⁵ para detectar a presença de DPP em clínicas de atenção básica. É composto de 20 questões do tipo sim e não. O SRQ-20 foi validado no Brasil com sensibilidade 85% e especificidade 80%²⁶. Para a análise dos dados, é atribuído 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 (escore menor ou igual a 7); prováveis casos (escore maior ou igual a 8)²⁴. Estudos demonstraram que o SRQ-20 tem grande capacidade de diagnosticar DPP²⁷.

Variáveis de confusão

Para avaliar suporte social foi utilizada a versão brasileira do Medical Outcomes Scale. A versão original mostrou boas propriedades psicométricas²¹. 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 e, dentro de cada item, a entrevistada deve responder qual era a frequência com que ela podia contar com alguém nessas situações. No presente estudo somente o escore total foi utilizado e, para fins de análise, dividido em tercís, sendo o tercil 1 definido como menos suporte social e tercil 3, como mais suporte social.

O questionário contemplou questões para avaliação de diversas variáveis sociodemográficas que poderiam ser variáveis de confusão na associação entre VPI e DES. A Tabela 1 explica, detalhadamente, as variáveis usadas e como elas foram construídas.

Tabela 1. Tipo e categorização das variáveis explicativas.

Variáveis sociodemográficas	Tipo e categorização
Escolaridade	Categórica, dividida em 2 categorias:
	• Até ensino fundamental completo (0 – 9 anos de estudo);
	• Ensino médio ou superior (10 ou mais anos de estudo).
Renda	Contínua, dividida em tercís:
	• 0 a 595 reais;
	• 600 a 980 reais;
	• Acima de 1.000 reais.
Etnia	Categórica, dividida em 2 categorias:
	• Branca;
	• Não brancas (engloba mulheres negras, pardas, amarelas e indígenas).
Estado civil	Categórica, dividida em 2 categorias:
	• Sem companheiro (solteiras)
	• Com companheiro (casadas ou com união estável)
Características maternas	Tipo e categorização
Idade materna	Contínua, dividida em tercís:
	• 16 a 20 anos e 11 meses
	• 21 anos a 30 anos e 11 meses
	• Acima de 31 anos.

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Características maternas	Tipo e categorização
Número de filhos	Contínua, dividida em 3 categorias:
	• 1 filho;
	• 2 ou 3 filhos;
	• 4 filhos ou mais.
Aleitamento	Catórica, dividida em 2 categorias:
	• Sim (aleitou até 6 meses pelo menos)
	• Não (não aleitou pelos 6 primeiros meses)

PROCEDIMENTOS

As entrevistas domiciliares com as puérperas foram feitas por pesquisadores treinados. Por ocasião desse contato, as mulheres eram convidadas a participar dessa nova fase do 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.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente foi realizada comparação, por meio do teste χ^2 , entre as mulheres que participaram do estudo e aquelas incluídas na coorte quando gestantes e que não retornaram nessa avaliação puerperal.

Após análise comparativa, foi implementada a análise descritiva das mulheres que participaram, considerando todas as variáveis categorizadas citadas anteriormente. Foram calculadas as prevalências de VPI e DVS, a ausência de prazer sexual, a ausência de desejo sexual e DS com intervalo de confiança (IC) de 95%. A análise de mediação foi conduzida no programa Mplus versão 7, que, por meio da estimativa de mínimos quadrados ponderados (EMPQ), estima as regressões Probit. Esta última é usada quando as variáveis são categóricas e indicadas em amostras com mais de 20 participantes. Foi realizada análise estrutural (*path analysis*) para as diferentes vias de associação: direta, entre exposição (VPI) e desfecho (DS); e indireta, por meio do mediador (DPP). Foi utilizada a análise de Bootstrapping para estimar o IC95%. Os coeficientes obtidos pelas análises de mediação têm *cut-off* de 0,08²⁸, e os valores que explicam a força de associação vão de 1 a $-\infty$. Quanto à força da associação, considerou-se o valor do coeficiente: próximo de 0,10, a associação é considerada fraca;

próximo de 0,30, média; e acima de 0,50, forte. O nível de significância estatística foi considerado $p < 0,05$.

RESULTADOS

A maioria das participantes é casada ou mora com o companheiro (75%), é branca (45%), está na 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%).

As prevalências de DVS, ausência de prazer, ausência de desejo e DS foram 21,1% (IC95% 17 – 24), 11,6% (IC95% 9 – 14), 15,2% (IC95% 12 – 17) e 28% (IC95% 0,24 – 0,31), respectivamente. A prevalência de VPI antes do parto foi 24,7%.

A Tabela 2 mostra que há associação entre VPI ocorrida antes do nascimento do bebê e DS com efeito total de 0,14 (IC95% 0,01 – 0,26; $p < 0,31$), considerado moderado, e que 44% (IC95% 23 – 86) desse efeito é explicado por efeito indireto por meio da DPP. Além disso, há pouca evidência de associação direta entre VPI e DS.

Após inclusão das possíveis variáveis de confusão, observou-se atenuação da força das associações com perda da significância por vias direta e indireta (Tabela 3).

Tabela 2. Estimativa bruta do efeito da violência por parceiro íntimo (VPI) antes do parto sobre dificuldades sexuais no pós-parto, utilizando depressão pós-parto (DPP) como mediadora.

Modelo 1	Efeito total (IC95%)	Efeito Direto (IC95%)	Efeito indireto através da DPP (IC95%)	% do efeito indireto (IC95%)
VPI antes do parto e DS	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)

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 3. Estimativa ajustada do efeito entre violência por parceiro íntimo (VPI) antes do parto sobre dificuldades sexuais (DS) no pós-parto, utilizando depressão pós-parto como mediadora (ajuste para estado civil, etnia, escolaridade, idade da mãe e número de filhos).

Modelo 2	Efeito total (IC95%)	Efeito direto (IC95%)	Efeito indireto através da DPP (IC95%)	% do efeito indireto (IC95%)
VPI antes do parto e DS	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)

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

O modelo bruto de análise de mediação sugere que VPI antes do parto estaria associada à DS após o parto, o que seria explicado por mecanismo indireto, ou seja, pela presença de DPP e não por relação direta entre essas duas variáveis. Porém, quando incluímos outras variáveis, essa associação perde significância, sugerindo que estado civil, idade da mãe, etnia, escolaridade e número de filhos são prováveis variáveis de confusão. Além disso, cabe mencionar que DS, VPI antes do parto 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.

Uma possível explicação para a perda de significância da associação seria que outras variáveis estariam confundindo a associação mencionada. Todavia, deve-se levar em conta que apenas a violência remota foi usada como exposição, e, conforme dito anteriormente, a violência recente está mais associada, do que a ocorrida no passado, com os desfechos negativos à saúde da mulher¹⁰.

No presente estudo, VPI, DPP e DS apresentaram altas prevalências, o que reforça a importância da investigação desses aspectos no período perinatal. De fato, problemas relacionados a essas questões são difíceis de ser relatados pelas mulheres²⁹ o que as leva, muitas vezes, a ser subdiagnosticadas e a não receber tratamento adequado. Particularmente, DS são comuns no pós-parto, já que esta fase da vida da mulher é um período de ajustes e mudanças não somente para ela, mas para o casal. O declínio da intimidade sexual é sentido pelo homem que, em alguns casos, refere sentir ciúmes do recém-nascido. 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. E tal declínio pode aumentar a tensão normalmente gerada por esse momento de adaptações³⁰. Portanto, incluir o companheiro nos atendimentos pré-natais e conscientizá-lo sobre as mudanças que podem ocorrer nesse período pode ser útil no enfrentamento das frustrações relacionadas à transição à parentalidade, no aumento do vínculo e do apoio entre os parceiros e na diminuição da insatisfação conjugal³¹⁻³³.

Entre os aspectos positivos do presente estudo, vale destacar a abordagem inédita da relação entre VPI e diferentes aspectos da sexualidade feminina no pós-parto. De fato, não foram encontrados estudos que avaliassem essa relação. Outro aspecto positivo é reforçar a importância da avaliação da sexualidade e violência até 18 meses após o parto, em grupo de mulheres de baixa e média renda atendidas em serviço público. Via de regra, a sexualidade e a violência são questões negligenciadas no atendimento de mulheres no serviço público por diversas razões, que incluem falta de preparo dos profissionais de saúde³⁴, resistência das próprias mulheres em falar desses tópicos²⁹ e a obrigação de notificação compulsória de eventual denúncia de violência³⁵.

O presente estudo apresenta limitações. Em primeiro lugar, por se tratar de um estudo transversal, não é possível inferir qual o caminho causal dessa associação. As variáveis de exposição, desfecho e mediação foram medidas simultaneamente e referem-se a diferentes períodos de ocorrência. No caso de depressão e DS referem-se a vivências mais recentes da

mulher, enquanto VPI referem-se às antigas. Segundo, existe a possibilidade de viés de memória (*recall bias*) já que estamos lidando com questões muito delicadas, sendo que algumas mulheres podem se sentir compelidas a dar respostas socialmente “aceitáveis” ou que julguem adequadas ao falar de 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, 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 culpa³⁶. É possível também que a mulher tenha mais dificuldade de lembrar-se de violência ocorrida no passado do que de violência recente. Nesse caso, os resultados obtidos no presente estudo subestimariam a prevalência de ambos os problemas. Terceiro, não foi avaliada a satisfação das participantes do estudo em relação à vida sexual delas, somente os efeitos e as mudanças que ocorreram na qualidade da vida sexual durante a transição da gravidez para o puerpério e, tampouco, a autoavaliação da qualidade da relação marital. É possível que ambos os fatores possam se associar a VPI e DS e, conseqüentemente, confundir essa associação. Outra limitação é a de que os desfechos de sexualidade foram avaliados por meio de perguntas diretas e não por instrumentos previamente desenhados e validados para essa 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. Do mesmo modo, foi utilizado instrumento de rastreamento para avaliar a depressão e não entrevista psiquiátrica padronizada, o que demandaria custos e dificuldades adicionais. Finalmente, fizeram parte do presente estudo 700 mulheres oriundas de uma coorte com 828 gestantes, e as mulheres que não retornaram apresentavam a mesma renda familiar, mas possuíam menos anos de estudo e mais deprimidas na avaliação realizada durante a gravidez. As mulheres deprimidas do estudo tenderam a se queixar mais das questões sexuais e ter sofrido VPI em algum momento da vida, portanto, as perdas devem ter subestimado as prevalências encontradas.

CONCLUSÃO

Embora DS e VPI sejam problemas prevalentes no ciclo gravídico-puerperal, com impactos à qualidade e mesmo à integridade da vida da mulher, há carência de estudos sobre a relação entre esses aspectos. Em função da alta prevalência de DS e VPI nesta amostra, a inclusão de questionamentos sobre sexualidade e violência no seguimento durante a gravidez e no pós-parto é passo importante para a atenção integral à saúde da mulher. O presente estudo reforça essa necessidade e também a relevância do esclarecimento a respeito das mudanças esperadas durante esse período para a mulher e para o companheiro dela. A análise de mediação proporciona o entendimento dos caminhos causais dessas associações, ampliando as possibilidades de identificação dessas questões e também da criação de medidas preventivas e/ou terapêuticas. No entanto, no presente estudo, não se observou atuação da DPP como mediadora da relação entre VPI e DS.

Futuras investigações sobre a relação entre diferentes formas de violência e sexualidade no pós-parto são recomendadas. Estudos longitudinais que avaliem novos aspectos da relação do casal, com questionários criados para esse fim e que incluam outros mediadores, além da DPP, 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. Estes estudos poderão ser úteis na elaboração de intervenções preventivas e/ou terapêuticas para as questões de saúde sexual e de problemas que podem estar subjacentes a estas últimas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Association (WHO). Defining sexual health: Report of technical consultation on sexual health 28-31 January 2002 [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [acessado em 16 set. 2013]. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
2. Vettorazzi J, Marques F, Hentschel H, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Badalotti M. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. *Rev Hosp Clínicas Porto Alegre* 2012; 32(4): 473-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e Humanizada: Manual técnico [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2006 [acessado em 16 set. 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Women's health care physicians. *ACOG Practice Bulletin* 2011; 11(4): 996-1007.
5. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999; 47(1): 27-49. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00106-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00106-8)
6. Murray S, Milhausen R. Factors impacting women's sexual desire: Examining long term relationships in emerging adulthood. *Can J Hum Sex* 2012; 21(2): 101-15.
7. Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstetr* 2013; 288(4): 785-92. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2846-4>
8. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratisl Lek Listy* 2009; 110(7): 427-31.
9. Faisal-cury A, Huang H, Chan YF, Menezes PR. The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. *J Sex Med* 2013; 10(5): 1343-9. <https://doi.org/10.1111/jsm.12092>
10. 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(7): 1297-303. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1127-3>
11. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002; 39(2): 94-103. <https://doi.org/10.1080/00224490209552128>
12. Theme Filha MM, Ayers S, da Gama SG, Leal Mdo C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *J Affect Disord* 2016; 194: 159-67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>
13. Fisher J, Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2012; 90(2): 139-49. <https://dx.doi.org/10.2471%2FBFLT.11.091850>
14. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against women: A Review of literature. *Int J Family Med* 2013; 2013: 313909. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
15. Cronholm PF, Forgyat CT, Ambuel B, Harrison SL. Intimate Partner Violence. *Am Family Physician* 2011; 83(10): 1165-72.
16. Huang YC, Mathers NJ. A comparison of sexual satisfaction and post-natal depression in the UK and Taiwan. *Int Nurs Rev* 2006; 53(3): 197-204. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00459.x>
17. Johannes CB, Clayton AH, Odom DM, Rosen RC, Russo PA, Shifren JL, et al. Distressing Sexual Problems in United States Women Revisited: Prevalence After Accounting for Depression. *J Clin Psychiatry* 2009; 70(12): 1698-706. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05390gry>

18. World Health Organization (WHO). Women and Health: today's evidence tomorrow's agenda [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [acessado em 12 out. 2013]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf
19. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(1). <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000100011>
20. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstetr* 2005; 27(4): 181-8.
21. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32(6): 705-14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
22. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Luderemir AB, et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5): 797-807. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>
23. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Júnior I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validity of the WHO VAW study instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(4): 658-66. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400009>
24. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006; 368(9543): 1260-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
25. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental-disorders in primary health-care: a study of their frequency and diagnosis in 4 developing-countries. *Psychol Med* 1980; 10(2): 231-41. <https://doi.org/10.1017/s0033291700043993>
26. Mari JD, Williams P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao-Paulo. *Brit J Psychiatry* 1986; 148: 23-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
27. Pollock JI, 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. *J Affect Disord* 2006; 92(2-3): 267-71. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.020>
28. Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(6): 992-8.
29. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violence against women: interfaces with Health care. *Interface* 1999; 3(5). <https://doi.org/10.1590/S1414-32831999000200003>
30. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sexual Behav* 2003; 32(3): 193-208. <https://doi.org/10.1023/a:1023420431760>
31. Halle C, Dowd T, Fowler C, Rissel K, Hennessy K, MacNevin R, et al. Supporting fathers in the transition to parenthood. *Contemporary Nurse* 2008; 31(1): 57-70. <https://doi.org/10.5172/conu.673.31.1.57>
32. Lawrence E, Cobb RJ, Rothman AD, Rothman MT, Bradbury TN. Marital satisfaction across the transition to parenthood. *J Fam Psychol* 2008; 22(1): 41-50. <https://dx.doi.org/10.1037%2F0893-3200.22.1.41>
33. Wendorf CA, Lucas T, Imamoglu EO, Weisfeld CC, Weisfeld GE. Marital Satisfaction Across Three Cultures: Does the Number of Children Have an Impact After Accounting for Other Marital Demographics? *J Cross-Cultural Psychol* 2011; 42(3): 340-54. <https://doi.org/10.1177%2F0022022110362637>
34. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, et al. Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência. *Saúde Soc* 2011; 20(1): 113-23. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100014>
35. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(9): 1805-15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096312>
36. Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Luderemir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2): 299-311. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000013>

Recebido em: 13/11/2018

Revisado em: 08/03/2019

Aceito em: 26/03/2019

Contribuição dos autores: AFC e LS contribuíram com elaboração do projeto, análise de dados, elaboração do manuscrito. RP contribui com análise de dados e elaboração do manuscrito

