

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

LEONARDO DOMINGOS BIAGIO

**A relação da violência com a saúde mental e estado
nutricional de mulheres na gestação**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Nutrição em Saúde
Pública obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de concentração: Nutrição em Saúde
Pública

Orientador(a): Profa. Dra. Patrícia Helen
de Carvalho Rondó.

Versão Original

São Paulo

2023

RESUMO

Biagio LD. A relação da violência com a saúde mental e estado nutricional de mulheres na gestação [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2023.

Introdução: A violência contra as mulheres é reconhecida como uma violação dos direitos humanos e importante problema de saúde pública, com significativas consequências na saúde física, mental, sexual e reprodutiva. Os transtornos mentais desencadeados pela violência, podem afetar a habilidade de autocuidado, o estado nutricional e o consumo alimentar. Existem evidências internacionais de que a violência durante a gestação pode influenciar na saúde materna e do conceito, mas nota-se ausência de pesquisas na literatura nacional e internacional que avaliam a relação da violência com a saúde mental e o estado nutricional de gestantes.

Objetivo: Avaliar: 1) a associação da violência com a saúde mental e estado nutricional de gestantes; 2) os fatores associados à violência doméstica (VD) em gestantes durante a pandemia da COVID-19. **Métodos:** Estudo transversal inserido em dois estudos maiores, intitulados “Relação entre adiposidade materna e adiposidade do conceito nos períodos fetal, neonatal e no primeiro ano de vida: estudo prospectivo de base populacional” e “Violência Comunitária e Saúde Mental de gestantes no Município de Araraquara”. A amostra incluiu gestantes com idade gestacional ≤ 26 semanas que receberam acompanhamento pré-natal nas 34 Unidades de Saúde da Rede de Atenção Básica de Araraquara, Américo Brasiliense e Santa Lúcia. Para avaliar a violência, foram utilizados os instrumentos - *World Health Organization Violence Against Women* e *Abuse Assessment Screen*. Na investigação da saúde mental foram utilizadas o *General Health Questionnaire* e o *Patient Health Questionnaire*. O estado nutricional da gestante foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal. Para avaliar a relação entre a violência, saúde mental e estado nutricional, foi utilizado modelo de regressão logística multivariada e o efeito da mediação foi avaliado pelo PROCESS macro. **Resultados:** Os resultados descritos nos artigos desta dissertação foram: **I)** A maioria das gestantes (87%) tinham entre 20 e 30 anos de idade e, de acordo com o índice de massa corporal, 113 (28,3%) eram obesas/sobrepeso. A experiência de VD em qualquer momento da vida foi relatada por 52,2% das gestantes e a violência psicológica foi o tipo de VD mais prevalente (19,5%). 42,7% das gestantes apresentavam alterações da saúde mental. A saúde mental alterada aumenta o risco de a gestante ser obesa (OR=2,34). Apenas a violência psicológica se associou positivamente à obesidade (p=0,010) quando mediada por alterações da saúde mental. O efeito de mediação foi significativo, $\beta=0,708$ (IC 95% BCa= 0,004-1,460). A variável alterações de saúde mental

mediou aproximadamente 46,1% da relação entre violência psicológica e obesidade. **II)** A análise de regressão múltipla revelou que a violência em qualquer período da vida e a violência psicológica estiveram associadas positivamente com o estado civil solteira e com alterações na saúde mental ($p < 0,001$). As gestantes que sofreram violência durante a vida apresentaram maior probabilidade de ter alterações na saúde mental ($OR = 4,44$) e o risco de uma mulher com história de violência psicológica sofrer alterações na saúde mental foi 5,03 vezes maior, em comparação com gestantes sem relato de violência ($p < 0,001$). **Conclusões:** A relação entre a violência psicológica e a obesidade durante a gravidez foi mediada por alterações na saúde mental. Este estudo original mostra que o estado nutricional não se limita aos fatores biológicos e destaca a importância dos fatores sociais, mentais e psicológicos. Várias medidas podem ser utilizadas para prevenir a violência doméstica, como a formação dos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados pré-natais para que identifiquem precocemente as mulheres com estado civil solteiro e com alterações na saúde mental, que foram as que apresentam maior risco de violência.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; Transtornos Mentais; Gestantes; Estado Nutricional.

ABSTRACT

Biagio LD. The relationship of violence with mental health and nutritional status of women in pregnancy [Dissertation Project]. São Paulo: University of São Paulo, School of Public Health, 2021.

Introduction: Violence against women is recognized as a violation of human rights and an important public health problem, with significant consequences on physical, mental, sexual, and reproductive health. The mental disorders triggered by violence can affect self-care ability, nutritional status, and food intake. There is international evidence that violence during pregnancy can influence maternal and fetus health, but there is a lack of research in the national and international literature evaluating the relationship of violence with the mental health and nutritional status of pregnant women. **Objective:** To assess: 1) the association of violence with the mental health and nutritional status of pregnant women; 2) the factors associated with domestic violence in pregnant women during the COVID-19 pandemic. **Methods:** Cross-sectional study embedded in two larger studies entitled "Relationship between maternal adiposity and conceptus adiposity in the fetal, neonatal, and first year of life periods: a population-based prospective study" and "Community Violence and Mental Health of pregnant women in the Municipality of Araraquara". The sample included pregnant women with gestational age ≤ 26 weeks who received prenatal follow-up in the 34 Health Units of the Basic Care Network of Araraquara, Américo Brasiliense, and Santa Lucia. To assess violence, the instruments - World Health Organization Violence Against Women and Abuse Assessment Screen were used. In the investigation of mental health, the General Health Questionnaire and the Patient Health Questionnaire were used. The nutritional status of the pregnant woman was assessed by the Body Mass Index. To evaluate the relationship between violence, mental health, and nutritional status, the multivariate logistic regression model was used and the effect of mediation was evaluated by PROCESS macro. **Results:** The results described in the articles of this dissertation were: I) Most pregnant women (87%) were between 20 and 30 years old and, according to the body mass index, 113 (28.3%) were obese/overweight. The experience of DV at any time of life was reported by 52.2% of the pregnant women and psychological violence was the most prevalent type of DV (19.5%). 42.7% of pregnant women had altered mental health. Altered mental health increased the risk of the pregnant woman being obese (OR=2.34). Only psychological violence was positively associated with obesity ($p=0.010$) when mediated by mental health alterations. The mediation effect was significant, $\beta=0.708$ (95% CI BCa=

0.004-1.460). The mental health changes variable mediated approximately 46.1% of the relationship between psychological violence and obesity. II) Multiple regression analysis revealed that violence in any period of life and psychological violence was positively associated with single marital status and mental health changes ($p < 0.001$). Pregnant women who experienced violence in their lifetime were more likely to have mental health changes (OR= 4.44), and the risk of a woman with a history of psychological violence experiencing mental health changes was 5.03 times higher compared with pregnant women with no reported violence ($p < 0.001$). **Conclusions:** The relationship between psychological violence and obesity during pregnancy was mediated by changes in mental health. This original study shows that nutritional status is not limited to biological factors and highlights the importance of social, mental, and psychological factors. Several measures can be used to prevent domestic violence, such as training health professionals involved in prenatal care to identify early those women with unmarried marital status and mental health changes, those at higher risk for violence.

Keywords: Gender-based Violence; Mental Disorders; Pregnant Women; Nutritional Status.

1 INTRODUÇÃO

1.1 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso intencional de força física ou poder, em forma de ameaça contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que pode ocasionar lesão, morte, danos psicológicos, problemas no desenvolvimento ou privação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A violência é qualificada como realidade sociocultural e não biológica-natural. Existem diferenciações entre agressividade humana e violência. A primeira é um “impulso natural”, associado com a necessidade de sobrevivência, enquanto a violência é um “gesto cultural”, um fenômeno criado na vida em sociedade com intenção socialmente construída (SCHRAIBER, L.B.A et al., 2009). BERENSTEIN (2000) compreende a violência como “ação de alguém que pode invadir o limite do outro e, pela força, se impor”. Sob a perspectiva psicanalítica a violência não é compreendida como um produto do mundo interior ou do mundo exterior isolado, mas é resultado da propriedade privada que cada indivíduo ou família constrói – a partir de interações entre esses mundos. Para Freud os limites entre o interior e o exterior não são abolidos, mas sim fundidos e a violência emerge sempre no entre: entre pessoas, situações e relações (MANDELBAUM e colab., 2016).

A violência contra as mulheres é reconhecida como uma violação dos direitos humanos e importante problema de saúde pública, com significativas consequências na saúde física, mental, sexual e reprodutiva (GARCIA-MORENO e colab., 2006). Ela é descrita como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que causa morte, danos ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher” (SCHRAIBER, Lilia Blima e D’OLIVEIRA e FRANÇA-JUNIOR e colab., 2007). Também é conhecida como abuso doméstico, abuso de cônjuge, agressão, violência familiar ou violência por parceiro íntimo (JAMES e colab., 2013).

A violência doméstica e familiar é considerada como um tipo específico de violência contra a mulher. De acordo com a Lei Maria da Penha (11.340/2006), trata-se de ação ou omissão que gera morte, lesão ou sofrimento à mulher, assim como dano moral ou patrimonial no âmbito familiar ou em qualquer relação afetiva em que o agressor conviva ou tenha convivido com a vítima. Ela tem sido cometida indiscriminadamente, principalmente no ambiente familiar, cuja

invisibilidade é reforçada pela ocorrência no próprio espaço privado (LEITE e colab., 2019; SENADO, 2016). Em abordagem que articula a abordagem de gênero com aquela fundada na teoria psicanalítica, Mandelbaum e colab., (2016) afirmam que esse tipo de violência é crônica e repetitiva, criando uma experiência em que a mente e o corpo se fundem em sensações de desintegração, impotência e medo (MANDELBAUM e colab., 2016).

Em relatório da OMS a violência cometida pelo homem contra a mulher pode ser classificada em 4 tipos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005a):

- Violência física: inclui esbofetear, jogar algo, bater com punho ou outro objeto, chutar, arrastar, empurrar, espancar, queimar ou utilizar uma arma;

- Violência sexual: uso de força física para ter relações sexuais com a mulher contra sua vontade, manter relações sexuais por medo da atitude do parceiro, ou forçar a companheira a fazer algo sexual que lhe desagrade ou humilhe;

- Violência psicológica: inclui ser insultada, menosprezada ou humilhada, na frente de outras pessoas, ser ameaçada ou intimidada;

- Comportamento controlador: caracterizado por restringir o contato da companheira com familiares e amigos, insistir constantemente em saber da localização da companheira, ignorar ou tratar a mulher com indiferença, ficar com raiva quando a mulher fala com outro homem, acusar a mulher de infidelidade e controlar o seu acesso aos cuidados de saúde.

1.2 A PERSPECTIVA DE GÊNERO E A VIOLÊNCIA

A perspectiva de gênero pode ser adotada para compreensão da violência (D'OLIVEIRA e colab., 2020). De acordo com SCOTT (1986) – *“gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e uma forma primeira de significar as relações de poder”*. As autoras consideram a construção histórica do masculino e feminino como norma sociocultural na conceptualização do gênero e que essa construção funciona socialmente como uma referência para configuração tanto simbólica como material da vida social e, portanto, contribui para definir a percepção e comportamento dos indivíduos. Os homens e mulheres são diferentes como indivíduos sociais, em termos do que esperam deles e

o que eles consideram como suas ações e responsabilidades na vida social a serem reconhecidos como homens e mulheres (SCOTT, 1986). A violência, entendida da perspectiva de gênero, conforme Schraiber et colab., (2009) dirá respeito ao apelo à força física ou à manipulação emocional para garantir o domínio masculino em situações em que este domínio está sendo perdido, gerando crises ou conflitos nas relações tradicionais entre homens e mulheres, nas quais o maior poder masculino está validado e ocorrendo na vida cotidiana. (SCHRAIBER, L.B.A e colab., 2009).

As manifestações de violência são formas de estabelecer uma relação de subordinação, resultando em circunstâncias de medo, isolamento, dependência e intimidação para a mulher (HUNNICUTT, 2009). A violência surge como um comportamento de reconquista de poder ou para prevenir sua perda. Schraiber e colab., (2009) endossa Arendt que diz que onde há violência, não há poder e, portanto, a violência não pode ser pré-requisito do poder. (SCHRAIBER, L.B.A e colab., 2009)

Diversas autoras feministas discutem que o sistema patriarcal seria a principal fonte de opressão, fundamentando que a violência contra as mulheres seria resultado dessa constituição social e ideológica do patriarcado. Ele é mantido e reforçado por outros sistemas de dominação, no qual os homens são privilegiados e utilizam a violência como uma “ferramenta” para o controle social de mulheres (HUNNICUTT, 2009).

Os homens mais controladores são favoráveis à violência contra suas parceiras (GARCIA-MORENO e colab., 2006). O sentimento de posse do homem sobre a mulher e a naturalização da violência cotidiana, principalmente a invisibilização da violência simbólica, têm em comum raízes de uma sociedade patriarcal, androcêntrica e misógina (VIEIRA e colab., 2020). A percepção de menor poder masculino fere diretamente a figura do “macho provedor”, agindo como gatilho para comportamentos violentos (VIEIRA e colab., 2020).

A violência de gênero é marcada pela invisibilidade e destaca-se a banalização e naturalização do fenômeno. De acordo com HEISE et al. (1999) existem quatro tópicos consistentemente encontrados em sociedades com grande magnitude de violência contra a mulher, indicando subordinação de gênero. São eles: normas legais ou culturais que atribui aos homens o direito de propriedade sobre as mulheres; controle dos homens sobre as decisões em geral; noções de masculinidade associadas com dominação e soberania e o fornecimento de mais liberdade e poder aos homens para delimitar o comportamento feminino em nome da honra masculina.

A desigualdade de poder nas relações está no cerne dos fenômenos de violência e opressão, uma forma de exercer o poder patriarcal dominante e perpetuar a desigualdade de gênero (HUNNICUTT, 2009). Existe uma substância comum aos diferentes indivíduos que nos fala da cultura e revela as regras da vida em sociedade. Revela também as desigualdades das situações e das diferentes oportunidades para mudança (MANDELBAUM e colab., 2016).

Os conflitos são resultados das desigualdades de valor e poder nessas relações e não são condição essencial do indivíduo ou de uma dinâmica familiar, mas estão vinculados aos aspectos processuais de como as relações são construídas e da cultura vigente nas diferentes atribuições sociais de homens e mulheres. Não é possível reduzir a compreensão de um fenômeno complexo, se quisermos operar transformações nele. Dessa forma, pode-se ampliar a compreensão da violência como fruto de relações conjugais, do contexto comunitário e das relações sociais mais amplas (SCHRAIBER, L.B et al., 2007; LEITE et al., 2019).

Os padrões de violência contra as mulheres apresentam-se de diferentes formas e frequências de acordo a sociedade pertencente, classe, etnia e idade. Sob à ótica feminista marxista existem fortes conexões entre o sistema patriarcal e o capitalismo, apontando que a pressão social conjugada com a insegurança econômica poderia motivar a violência contra as mulheres. Usualmente os estudos mensuram a desigualdade de gêneros por indicadores socioeconômicos, entretanto os resultados são conflitantes (HUNNICUTT, 2009).

Existem evidências que indicam que quanto maior a igualdade socioeconômica menor seriam as taxas de violência, enquanto outros demonstram que a elevação da condição econômica das mulheres poderia aumentar concomitantemente as chances de violência. Diante dos achados, HUNNICUTT (2009) defende a igualdade de gênero para redução da vulnerabilidade das mulheres à violência. Podemos observar que a violência de gênero é um fenômeno que atravessa as categorias sociais estando ligado mais à dimensão sociocultural da vida em sociedade do que à dimensão socioeconômica. Assim, pode-se dizer que a disparidade socioeconômica tem menos importância na ocorrência da violência do que o desafio cultural que ela representa (D'OLIVEIRA e SCHRAIBER e FRANÇA-JUNIOR e colab., 2009).

1.3 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

De acordo com a OMS em todo o mundo, quase um terço (30%) de todas as mulheres entre 15 a 49 anos que estiveram em um relacionamento sofreram violência física e/ou sexual ou por parte de seu parceiro ao menos uma vez na vida (WHO, 2015) e esses estudos mostram que a prevalência é maior em países mais pobres ou em desenvolvimento (HOANG e colab., 2016), e significativamente associados com problemas mentais (RIBEIRO, Wagner S. e colab., 2009). Isso pode ocorrer porque os países em desenvolvimento são mais conservadores e patriarcais, reforçando a desigualdade de gênero (CEBALLO e colab., 2004).

Os fatores socioculturais podem influenciar o nível de violência e a forma como a vítima lida com a situação. A frequência da violência contra a mulher depende das condições socioeconômicas da população e o contexto sociocultural no qual a hierarquia de gênero é mais ou menos legitimada, que pode aumentar ou diminuir os casos (MEEKERS D, PALLIN P, 2013). A cultura opera em duas direções na relação com o indivíduo: internalizada, de alguma forma a todos os indivíduos, compondo seu eu interior diante do mundo que já existe para cada indivíduo, e externalizada em discursos e ações. As normas culturais fornecem ou obstruem as realizações dos indivíduos (MANDELBAUM e colab., 2016).

Estudos populacionais (HASSAN e colab., 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005b) sugerem que 20-75% das mulheres são abusadas fisicamente pelos parceiros em algum período de suas vidas. ELLSBERG et al. (ELLSBERG e colab., 2008), em estudo epidemiológico transversal, observaram que 15-71% das participantes tiveram experiência com violência física ou sexual, ou ambos os tipos.

Nos Estados Unidos, aproximadamente 4,8 milhões de mulheres sofrem violência doméstica (VD) física e sexual, entretanto, é estimado que somente 1% das vítimas registram os casos, evidenciando altas taxas de subnotificação (JAMES e colab., 2013). A ordem cultural e moral que as mulheres estão ou estiveram em situação de violência as fazem desenvolver sentimentos contraditórios relativos a tais experiências, como sentirem-se envergonhadas, humilhadas ou até culpadas pela violência, temendo a revelação (SCHRAIBER, Lilia Blima e colab., 2009).

Mesmo ocorrendo com tamanha frequência, essas situações não são reveladas facilmente (SCHRAIBER, Lilia Blima e colab., 2009). A qualidade da comunicação interpessoal pode facilitar ou inibir a revelação da violência. No estudo multicêntrico *WHO-VAW Study*, entre 21-46% das mulheres que experienciaram violência perpetrada pelo parceiro íntimo (VPI) do tipo física, relataram que não haviam conversado com ninguém sobre a situação. Dentre as mulheres

que sofreram VPI, 50% reportaram que a entrevistadora foi a primeira pessoa para a qual a VPI foi revelada. Entre 60-95% das participantes que tinham histórico de VPI física e sexual, relataram que se sentiram melhor no final da entrevista, após a revelação. Os autores discutem que em alguns casos, as mulheres só revelam quando estão absolutamente seguras e confiantes com a entrevistadora (JANSEN e colab., 2004).

A culpa pode ser uma das razões responsáveis pela incapacidade da fala ou até mesmo de pensamentos sobre o evento, que tende a expressar-se sintomaticamente em formas de sofrimento psíquico e físico, e para silenciar experiências traumáticas. As experiências caem no silêncio, mas não no esquecimento, pois permanecem ativas e repetem-se em várias modalidades expressas como sintomas, inibições e angústias sem representações. Segundo FERENCZI (FERENCZI, 1981), as experiências traumáticas ocorrem em duas etapas- a primeira é o acontecimento traumático e a segunda é o não reconhecimento por uma terceira pessoa, de quem busca ajuda.

Estudos de prevalência com violência são altamente sensíveis a fatores metodológicos. Observa-se que estudos específicos sobre violência revelam maior prevalência do problema, pois apresentam adequado delineamento e treinamento com os entrevistadores, diferentemente de grandes inquéritos nacionais genéricos que subestimam os casos, pois avaliam outros aspectos. Possibilitar várias oportunidades para revelações e questões com atos específicos de violência, pode facilitar a revelação (ELLSBERG, MARY, HEISE, LORI, PENÃ, RODOLFO, AGURTO, SONIA, WINKVIST, 2001).

Em estudo brasileiro (SCHRAIBER, Lilia Blima e D'OLIVEIRA e COUTO e colab., 2007) apenas 39,1% das que relataram qualquer episódio consideraram ter vivido violência na vida. Notou-se também que foi gradual, mais significativa, a diferença crescente entre os tipos – psicológico (menor percepção) e físico e sexual (maior percepção). As taxas de registro em prontuários de estudo com usuárias de unidades básicas de saúde foram baixas, observando-se registro em 3,8% dos prontuários, em todos os tipos de violência e os resultados demonstram alta recorrência e severidade dos casos de violência. Dessa forma foi confirmada a invisibilidade dos registros nos prontuários e a baixa percepção dos abusos como violência. Além disso, esses dados podem indicar que os profissionais apresentam dificuldades para lidar com a violência contra a mulher.

No Brasil, em estudo de base populacional os autores observaram que 43% das brasileiras relataram violência praticada por um homem na vida, um terço referiu alguma forma de

violência física, 13% sexual ou 27% psicológica (LEITE e colab., 2019). GARCIA-MORENO et al. (GARCIA-MORENO e colab., 2006) observaram que mulheres dos estados de São Paulo e Pernambuco relataram respectivamente, ao menos uma vez na vida VPI psicológica (n= 383, 41,8% e n= 580, 48%), VPI física (n= 266; 27,2% e 401, 33,7%) e VPI sexual (n = 95; 10,1% e 170, 44,3%). ELLSBERG et al. (2008), constataram que 15% das mulheres brasileiras sofreram ferimentos como consequência de uma agressão do parceiro íntimo e relatam que aconteceu mais de cinco vezes em suas vidas.

Em estudo conduzido em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (DRESCH KRONBAUER e MENEGHEL, 2005), observou-se taxas de 38% para VPI física e 9% VPI sexual. Na Bahia, serviços de emergências registraram que 46% das usuáries reportaram algum tipo de violência durante a vida, no qual 36,5% física e 18,6% sexual (SILVA, 2003).

Em estudo ecológico conduzido por Rodrigues et al (RODRIGUES e colab., 2017), foi possível observar que as taxas gerais de notificações de violência doméstica quase triplicaram entre os 2009-2010 para 2013-2014 e as taxas em 2013-2014 foi de 3.52 vezes maior quando comparado com os anos de 2009-2010. Além disso, nota-se que o aumento das notificações de VD ao longo do tempo se concentrou principalmente nas regiões sudeste, sul e centro-oeste. Outro estudo ecológico (ROBERTA e colab., 2020) sobre os casos de violência contra mulheres de 20-59 anos registrados na Prefeitura de São Paulo entre os anos de 2008-2015, os autores identificaram um aumento no período estudado ($p = 0,006$) e a violência física foi mais evidente (81,3%) entre mulheres de 20 a 29 anos (37,6%).

De acordo com Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a notificação de violência física tem sido mais predominante, seguida da violência psicológica ou moral e da violência sexual. Além disso, foi possível notar que o número de registros violência interpessoal praticada contra mulheres tem crescido entre os anos de 2011-2016 (SENADO, 2016).

O percentual de mulheres que relataram já ter sofrido algum tipo de agressão doméstica ou familiar praticada por um homem, atinge 27% em 2021. Em 2005, o percentual era de somente 17%. Entre os tipos de violência praticada por homens, as que foram mais evidentes são a física (68%), psicológica (61%) e sexual (20%). Através dos dados, estima-se que 25 milhões de mulheres tenham sofrido pelo menos um tipo de violência, nos últimos 12 meses (SENADO FEDERAL, 2020).

O parceiro íntimo ou ex parceiro destacam-se como os principais agressores em mais de 80% dos casos (SCHRAIBER, Lilia Blima e colab., 2009). Mesmo que a maioria dos casos tenham os parceiros íntimos como os autores da violência, o reconhecimento da violência psicológica, física e sexual em serviços de atenção básica ainda é limitada. SCHRAIBER, L.B et al. (2003), notaram que o termo violência foi mais associado pelas mulheres as situações de agressão por parte de estranhos e particularmente no abuso sexual (SCHRAIBER, Lilia e colab., 2003). Nesse contexto, a mulher pode viver relacionamentos pautados em comportamentos agressivos (por parte do parceiro), com danos físicos, sexuais ou psicológicos e não os reconhecer como perpetração de violência. (D'OLIVEIRA e SCHRAIBER e HANADA e colab., 2009; LEITE e colab., 2019; SCHRAIBER, Lilia e colab., 2003).

A violência evolui de forma lenta e silenciosa, aumentando a intensidade e consequências. Geralmente o agressor não inicia com agressões físicas, mas parte para o cerceamento da liberdade individual da vítima, avançando para o constrangimento e humilhação. Com a progressão, as atitudes do agressor mudam, tornando-se mais evidentes, com manifestação de violência psicológica de forma verbal (humilhações públicas ou privadas) e posteriormente manifestações de violência física. A violência contra a mulher não ocorre em episódios isolados, mas seguem um processo contínuo e repetitivo, de forma cíclica (D'OLIVEIRA e SCHRAIBER e HANADA e colab., 2009; SCHRAIBER, Lilia Blima e colab., 2010).

A violência é traumática e, portanto, tende à repetição. Os medos, angustias e vergonha das vítimas, resultam em silêncio e fatalidades nos casos das meninas, geralmente reiterando na fase adulta, como lugar e papel de vítima. Enquanto para os meninos, os atos de violência, geralmente são transformados em ocorrência comuns, reiterando, a maior parte da vezes, o comportamento como agressores na fase adulta (SCHRAIBER, Lília Blima e colab., 2005). Em extensa revisão de literatura sobre VPI (WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION, LSHTM, 2002), observou-se forte associação entre experiência ou testemunho de violência na infância e a vivência de violência na fase adulta – como vítima ou agressor. Visto as evidências, se faz necessário o conhecimento da história cultural e familiar anterior ao núcleo familiar atual, dialogando com os recorrentes padrões de interação e comunicação entre os membros (MANDELBAUM e colab., 2016).

1.4 VIOLÊNCIA E SUA REPERCUSSÃO NA SAÚDE DA MULHER

Na última década do século XX, o número de pesquisas sobre violência contra a mulher tem aumentado. O tema tornou-se relevante para o setor da saúde a partir dos anos noventa, pois se firma internacionalmente como questão de direitos humanos. Inicialmente o foco foi em estimar a magnitude do problema e, posteriormente houve a preocupação em investigar os fatores associados à sua ocorrência e análise de seu papel nos desfechos em saúde (D'OLIVEIRA e SCHRAIBER e HANADA e colab., 2009; SCHRAIBER, Lilia Blima e D'OLIVEIRA e FRANÇA-JUNIOR e colab., 2007).

A abordagem da violência contra a mulher exige a articulação de domínios médico, sanitário, social e cultural, visando colaboração interdisciplinar. Entretanto, existem resistências em reconhecê-la como questão de saúde (SCHRAIBER, Lilia Blima e colab., 2009), embora existam muitas evidências demonstrando o impacto na saúde. CAMPBELL et al. (2004), em estudo de caso-controle, apontam associações entre a violência contra a mulher e efeitos na saúde física, indiretamente e em longo prazo como dores crônicas, problemas gastrointestinais, fibromialgia, infecções sexualmente transmissíveis, recorrência de infecções urinárias, problemas menstruais, desordens sexuais, dentre outros. Enquanto os efeitos imediatos são traumas e lesões.

A violência também pode impactar na fertilidade, aumentando a paridade, devido menor habilidade da mulher em controlar a frequência do sexo ou uso de métodos anticonceptivos. Em estudo qualitativo, foi revelado que em muitos países o casamento é interpretado como garantia para o acesso incondicional ao sexo e muitas mulheres sentem medo em negar o sexo, pois temem a reação violenta do parceiro íntimo (BAWAH e colab., 1999).

Nota-se que muitos profissionais de saúde carregam crenças, estereótipos e julgamentos morais sobre mulheres em situação de violência (D'OLIVEIRA e colab., 2020). Elas têm dificuldades em revelar os episódios e isso é reforçado pela descrença e julgamento moral dos profissionais de saúde (SCHRAIBER, Lilia e colab., 2003). Na perspectiva dos profissionais, os casos geram frustração e impotência e para o sistema de saúde, uma demanda que gera altos custos e resultados poucos efetivos (KISS e SCHRAIBER, 2011).

Especialmente nos Estados Unidos e Canadá, a estratégia adotada foi o rastreamento de VD para todas as usuárias, visto a alta prevalência (1/3 das usuárias) e escassez de dados sobre os fatores de risco e preditores dos casos. Entretanto, em vários serviços, observou-se a baixa

adesão dos profissionais e a consolidação do rastreamento foi comprometida (COLE, 2000; SERVICES e FORCE, 2004).

Em revisão de estudos conduzidos em países de baixa-média renda, foi observado que a organização dos serviços de saúde (básica, secundária e terciária) tiveram desafios nas articulações entre os níveis e com a rede intersetorial, quando se tratava de mulheres em situação de violência (COLOMBINI e colab., 2008).

Nota-se o uso frequente e ineficaz dos serviços de saúde que pode ser decorrente da redução do problema às manifestações no corpo, compreendido pela perspectiva biomédica, resultando em invisibilização das situações de violência. Esse processo é concebido como medicalização, reduzindo as patologias em somente problemas médico-sanitário, e não considerando também como problemas sociais (D'OLIVEIRA e SCHRAIBER e HANADA e colab., 2009).

É importante a intervenção de uma perspectiva integral, acolhendo o problema em toda a sua complexidade e visando impedir atos violentos. Trata-se de um tema complexo, interdisciplinar e com necessidade de intersetorialidade (D'OLIVEIRA e SCHRAIBER e HANADA e colab., 2009). A qualidade da relação entre os profissionais de saúde e as mulheres, busca ativa, atendimento sem julgamento moral e treinamento e educação permanente dos entrevistadores, são apontados como facilitadores na revelação do problema (D'OLIVEIRA e colab., 2020). Além disso, em todas as decisões assistenciais, deverá ser central a participação da mulher.

1.5 PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

A atividade de prevenção da violência pode ser dividida em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária (HEISE, L, 2011; OUR WATCH e colab., 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A prevenção primária se destina à população de forma geral e tem como foco as causas primárias (ou subjacentes) da violência doméstica, vinculadas à perspectiva estereotipada de posições sociais entre homens e mulheres, que naturalizam a violência como aceitável ou tolerável. Já a secundária tem a finalidade de atingir indivíduos que se encontra na situação de risco acima da média ou ainda se relaciona a intervenções precoces após o episódio de violência, afim de evitar a progressão da violência. A prevenção terciária envolve intervenção de longo prazo para atenuar os desfechos negativos da violência, como por exemplos programas de assistência à mulher em situação de violência e de

responsabilização do autor da violência e também resposta pelo sistema da justiça. Com essas estratégias pode ser possível prevenir em longo prazo a repetição da violência, visto a sua natureza cíclica. (BEIRAS e colab., 2019)

Sabe-se que muitas intervenções de prevenção de violência contra a mulher objetivam comportamentos individuais e de relacionamentos e evidências crescentes indicam intervenções baseadas no coletivo em países de baixo e médio rendimento podem atingir de forma mais eficaz as normas sociais que promovam ou sustentam a desigualdade de gênero e podem conduzir para violência contra a mulher (ELLSBERG e colab., 2015; HEISE, Lori L. e KOTSADAM, 2015; JEWKES e colab., 2015; LOWE e colab., 2022). As intervenções centradas na comunidade visam dismantelar as normas sociais que toleram a violência e endossam o domínio masculino (HEISE, Lori L. e KOTSADAM, 2015). Em cenários de países com baixa e média renda, diversas técnicas como ativismo comunitário, formação em grupo e participação de tomada de decisões são utilizadas para combater as normas sociais prejudiciais (ABRAMSKY e colab., 2016; GIBBS e colab., 2020).

Um componente essencial para conduzir os cuidados direcionados a este público é identificação de oportunidades para promover acolhimento e conexão as mulheres com os serviços necessários. A compreensão do percurso percorrido pelas mulheres em situação de violência é importante a fim de observar possíveis lacunas dos serviços e de suas conexões, bem como as potencialidades e desafios nesse âmbito crucial à prevenção (BARAGATTI e colab., 2018). O curso de decisões e ações seguidas pelas mulheres em situação de violência e as respostas encontradas em sua busca por soluções é denominada como “rota crítica” e planeja os passos antes da chegada aos Centros de Referência. A definição proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é relacionada em outros países ao termo “comportamento de busca de ajuda” (SHRADER, 2000).

A rota crítica é caracterizada como um processo interativo formado por diversos fatores que podem impulsionar ou inibir as mulheres afetadas e suas ações, como por exemplo a resposta social encontrada, que é muito importante na rota. A tomada de decisão de mulheres em situações de violência é influenciada por informações, conhecimentos, percepções, atitudes, recursos disponíveis, história, valorização da situação e apoios ou obstáculos (SHRADER, 2000).

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as mulheres tem o objetivo de estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra

as mulheres. Além disso, discute sobre a assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, seguindo normas internacionais de direitos humanos e legislação nacional. Ela foi desenvolvida pela Secretária Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e também está alinhada com a Lei Maria da Penha e convenções e tratados internacionais (LESSA e SILVA, 2021).

A criação da Lei N °11.340 de agosto de 2006, mais conhecida como Maria da Penha, a qual se tornou um dos marcos mais importantes para enfrentamento da violência contra a mulher com o estabelecimento de medidas para a proteção e assistência à vítima (SOUZA e SILVA DA SILVA, 2019). Foi a partir desta lei que todo o caso de violência contra a mulher tornou-se crime e os casos foram analisados em inquérito policial e submetidos ao Ministério Público. Além disso, a lei inicia a categorização dos tipos de violência doméstica e delibera o encaminhamento das mulheres e seus dependentes a programas e serviços de proteção e assistência social (LESSA e SILVA, 2021).

Nota-se um desconhecimento do profissional no manejo de pessoas em situação de violência que recorrem os serviços. Além do mais, existem diversos obstáculos à notificação compulsória no Brasil e falta de regulamentos que consolidam os procedimentos técnicos, escassez de mecanismo legais de profissionais responsáveis pela notificação, falha no rastreamento de violência nos serviços de saúde e quebra de sigilo profissional. As notificações dos casos são extremamente importantes, pois através delas a violência alcança visibilidade, possibilitando a delimitação epidemiológica da situação e elaboração de políticas públicas direcionadas à prevenção da violência (SALIBA e colab., 2007).

O artigo 66 do Decreto – lei 3.688 de 1941 reconhece que a omissão do profissional de saúde que não comunica o crime do qual tenha tomado consciência através do seu trabalho, é considerado como uma contravenção penal que gera uma pecuniária. Dessa forma é compreendido que o profissional de saúde deve comunicar o crime cometido contra qualquer pessoa, independente de idade ou gênero da vítima (BRASIL, 1998). O combate da violência contra a mulher exige a interação de fatores políticos, legais e culturais para que seja desnaturalizada pela sociedade. Sabendo disso, entra em vigor a Lei 10.778 de novembro de 2003, que obriga os serviços de saúde (públicos ou privado) a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher (BRASIL, 2003).

1.6 VIOLÊNCIA NA GESTAÇÃO

Há controvérsias sobre a gestação como sendo um período em que as mulheres são mais vulneráveis para VD em comparação com as mulheres não gestantes (WHO, 2011). MARTIN et al. (MARTIN e colab., 2004) observaram que a gestação pode ser um período mais favorável ao abuso psicológico e sexual, mas não ao abuso físico. SALTAZMAN et al. (2003), observaram que as mulheres não estão necessariamente em maior risco de abuso físico durante a gestação. Embora a gestação possa ser um período de proteção para algumas mulheres, é evidente que ela pode ser de maior risco para os grupos mais vulneráveis (TAILLIEU e BROWNRIDGE, 2010).

A violência contra as mulheres representa um problema social com alta prevalência em vários países, causando sérios efeitos na saúde materna e fetal, especialmente quando ocorre na gestação. A prevalência estimada de VD durante a gestação difere de acordo com o país. O homicídio cometido pelo parceiro íntimo é a principal causa de morte em gestantes (HOANG e colab., 2016; JAMES e colab., 2013; VAN PARYS e colab., 2014)

A prevalência pode variar entre 4-29% e pesquisadores demonstram que os fatores de risco para a VD podem anteceder até um ano da gestação e se prolongar até um ano após o parto (VAN PARYS et al., 2014; HOANG et al., 2016). Os fatores de risco como condição socioeconômica desfavorável, baixa escolaridade, gestação indesejada, experiências estressoras, exposição à violência durante a infância, estado conjugal (solteira), baixo suporte social, abuso de substâncias e álcool, podem aumentar significativamente o risco de VD na gestação (JAMES et al., 2013, VAN PARYS et al., 2014; HOANG et al., 2016).

Em revisão sistemática de James et al., (2013) envolvendo estudos de 23 países, a prevalência geral de VD foi 19,8%, sendo 28,4% de VD psicológica, 13,8% de VD física e 8% de VD sexual. O Brasil e Uganda apresentaram no geral as maiores prevalências, 63,4% e 57%, respectivamente. Os autores também observaram que a prevalência nos países desenvolvidos foi em média de 13,3%, comparado com 27,7% dos países em desenvolvimento, com diferença significativa ($t = 2.74$, $p = 0,014$). Em relação aos fatores de risco, o abuso antes da gestação (OR= 4.00; IC 95% [- 8.14 – 16.14]), baixa escolaridade (OR= 1.92; IC 95% [0.72 – 3.12]), estar solteira (OR= 1.73; IC 95% [0.86 – 2.58]), condição socioeconômica desfavorável (OR= 1.66; IC 95% [0.58 – 2.74]) e a gestação indesejada (OR= 1.66, IC 95% [- 0.75 – 4.07]), aumentaram as chances de VD durante a gestação (JAMES e colab., 2013).

Os profissionais concordam que o cuidado pré-natal é uma “janela de oportunidade” para acessar a VD, pois, será o momento que a vítima irá frequentar regularmente os serviços de saúde (VAN PARYS et al., 2014; HOANG et al., 2016). Em estudo estadunidense foi apontado que mulheres em situação de violência procuram os serviços de saúde com mais frequência (MCCAULEY e colab., 1996). SCHRAIBER L.B et al. (2010), observaram que mulheres brasileiras que viviam repetidas situações de violência procuravam mais frequentemente os serviços de saúde com problemas especialmente relacionados à saúde mental.

Em revisão sistemática (D’OLIVEIRA e colab., 2020), foi destacada a relevância da atenção básica como espaço ideal para o cuidado de mulheres em situação de violência. No entanto, foram identificados que existiam mais obstáculos na assistência básica do que facilitadores.

1.7 SAÚDE MENTAL EM ADULTOS

A saúde mental é um conceito complexo e influenciado pelo contexto sociocultural, e não simplesmente ausência de doença mental. De acordo com a OMS (WHO, 2005), a saúde mental é definida como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode enfrentar as tensões normais da vida, pode funcionar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar uma contribuição para si mesmo e sua comunidade”. GALDERISI et al. (2017) propõe uma nova definição para saúde mental como “um estado dinâmico interno que permite aos indivíduos usarem as suas habilidades em harmonia com seus valores universais da sociedade”.

O transtorno mental é descrito como uma perturbação clínica na cognição, regulação da emoção ou comportamento que implica em disfunções nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento ligados ao funcionamento mental. Dentre os transtornos mentais destacam-se o estresse e o distresse. O estresse percebido é caracterizado como o grau de tensão que o indivíduo sente e o nível de imprevisibilidade e incontrollabilidade que ele percebe na vida. Enquanto o distresse envolve os transtornos depressivos e distúrbio de ansiedade (APA, 2015).

Os distúrbios de ansiedade incluem sinais e sintomas com características semelhantes como medo excessivo, ansiedade e distúrbios comportamentais. Os transtornos depressivos caracterizam-se “por tristeza suficientemente grave ou persistente para interferir no funcionamento e, muitas vezes, para diminuir o interesse ou prazer nas atividades” (APA, 2015).

Os transtornos mentais afetam milhões de pessoas no mundo e se não tratados adequadamente, geram sofrimento, invalidez e perda econômica. De acordo com o *World Health Report* (WHO, 2001) estima-se que aproximadamente 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais e que 1 a cada 4 pessoas irá desenvolver um ou mais transtorno mental ou comportamental, durante a vida.

WHITEFORD e BAXTER (2013) mostraram que os problemas de saúde mental representavam globalmente 7,4% das doenças avaliadas. Estima-se que em 2030, a depressão será provavelmente a segunda causa de incapacidade em todo mundo e principal causa em países desenvolvidos (ALIPOUR e colab., 2018; OMS, 2009). Apesar das graves consequências, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, eles são subestimados e recebem menos tratamento, quando comparado com as desordens físicas (ORMEL e colab., 2008).

Os efeitos dos transtornos mentais são profundos e atingem dimensões sociais, culturais e econômicas (KESSLER e USTUN, 2008). Na América Latina, duas das três principais causas de incapacidades, são transtornos mentais como transtorno depressivo maior (TDM) e transtornos de ansiedade. Em 1990, o TDM era a décima principal causa de morte e em 2010, ela assume a sexta posição. Os transtornos de ansiedade foram da décima oitava posição para a décima terceira, no mesmo período (WHITEFORD e BAXTER, 2013). Em estudo multicêntrico brasileiro (ALMEIDA-FILHO e colab., 1997), foi encontrada alta prevalência de ansiedade (18%), enquanto a depressão apresentou variações entre as regiões: menos de 3% em São Paulo e Brasília e 10% em Porto Alegre.

O gênero configura materialmente e simbolicamente a posição ocupada pelas mulheres na hierarquia social, assim como experiências que condicionam suas vidas. Embora gênero não seja citado na definição de saúde mental, ele pode impactar na produção de saúde em vários níveis – individual, grupal e ambiental (WHO, 2000). Consequentemente, o gênero é conceituado como uma poderosa estrutura determinante de saúde mental e está relacionado com outros determinantes como idade, estrutura familiar, educação, ocupação, renda e apoio social.

Compreendido como uma construção, o gênero deve ser incluído como determinante de saúde, visto sua capacidade explicativa em relação às diferenças nos desfechos de saúde entre homens e mulheres (WHO, 2000).

Mulheres com experiência de violência física e sexual, apresentam mais chances para ideação suicida (OR 2,9 [IC 95% 2,7- 3,2]) ou já tentaram o suicídio (OR 3,8 [IC 95% 3,3- 4,5]) (ELLSBERG e colab., 2008). A experiência de violência na infância e fase adulta foi associada à tentativas de suicídio e alteração na saúde mental de mulheres em período fértil, em países de classe baixa-média (DEVRIES, Karen e colab., 2011).

1.7.1 Saúde mental na gestação

Os problemas de saúde mental afetam aproximadamente 1/5 de mulheres durante o período perinatal e pós-parto (HOWARD e colab., 2013). Frequentemente, os transtornos mentais nesse período são subestimados, não diagnosticados e conseqüentemente, não tratados (APTER e colab., 2011). As manifestações somáticas e mudanças hormonais maternas tendem confundir a detecção do quadro de depressão pré-natal (APTER e colab., 2011).

A depressão pré-natal é caracterizada por persistente (mínimo 2 semanas) alterações no humor, perda de interesse por atividades antes agradáveis, sentimentos de inadequação e culpa, falta de esperança e mudanças no apetite, sono e energia (HOWARD et al., 2013; SATTLER et al., 2017; ROOMRUANGWONG et al., 2017; ALIPOUR et al., 2018).

A depressão é uma das complicações relativamente comuns durante a gestação e está relacionada ao baixo poder aquisitivo, obesidade, histórico de violência doméstica e abuso, deficiência no suporte social, gestação não planejada, dentre outros (SATTLER et al., 2017; ROOMRUANGWONG et al., 2017; ALIPOUR et al., 2018).

Em países em desenvolvimento, a prevalência de depressão no período gestacional varia entre 10-41%. Em revisão sistemática com estudos que avaliaram a depressão na gestação, observou-se a prevalência de 7,4%, 12,8% e 12% para o primeiro, segundo e terceiro trimestres, respectivamente (HOWARD e colab., 2013).

As mulheres com depressão são menos acompanhadas no pré-natal e têm maior risco para uso de álcool, tabaco, drogas, ganho de peso inadequado e perpetuação do quadro no pós-parto (FERRARO e colab., 2017; SATTLER e colab., 2017). SALMALIAN et al. (2008) observaram que o nível de depressão entre gestantes foi significativamente associado com complicações durante a gestação. De acordo com DIETZ et al. (2007), aproximadamente metade das mulheres com depressão no período gestacional, mantém o quadro no pós-parto. Para algumas mulheres esse período é acompanhado com baixa autoestima e excessiva autodepreciação, onde a mulher sente-se incapaz de cuidar do recém-nascido (APTER e colab., 2011).

A depressão nesse período da vida foi associada com efeitos adversos como baixo peso ao nascer, prematuridade, mortalidade infantil e repercussões emocionais/comportamentais na infância e adolescência (HOWARD e colab., 2013). GROTE et al. (2010), em meta-análise observaram que a depressão durante a gestação apresentou associação significativa (independente da severidade ou escala) com a prematuridade, baixo peso ao nascer, mas não houve associação significativa com a restrição de crescimento intrauterino.

Os distúrbios de humor e altos níveis de estresse, dobraram o risco para prematuridade ou restrição de crescimento intrauterino (STEER et al., 1999; ORR et al., 2002). KELLY et al. (1999), em coorte com 521,00 nascimentos, foi observado que o diagnóstico de transtornos mentais foi associado com a prematuridade e bebês pequenos para idade gestacional.

Existem várias possíveis causas diretas e indiretas que podem relacionar a depressão durante a gestação com desfechos negativos. O estresse ou depressão na gestante pode facilitar a desregulação do eixo hipotálamo-hipófise adreno cortical, estimulando a liberação de hormônios de estresse como o cortisol e catecolaminas. Essas mudanças podem conduzir a hipoperfusão da placenta e conseqüentemente restringir a oferta de oxigênio e nutrientes para o feto e aumentar o risco de RCIU e prematuridade. Outro mecanismo apontado é a possibilidade de supressão do sistema imune com o aumento da vulnerabilidade para infecções do trato urinário que poderia estimular a prematuridade (GROTE et al., 2010).

O estresse vivenciado no pré-natal está associado com elevação de interleucina 6 (IL-6), fator de necrose tumoral (TNF), lipopolissacarídeo (LPS) e redução de marcadores anti-inflamatórios como interleucina 10 (IL-10) durante o terceiro trimestre de gestação, e dessa forma, reduzir a competência imunológica. Em estudo prospectivo conduzido com 116 mulheres estadunidenses, os autores identificaram que 43% da amostra foram expostas ao

estresse durante a gestação e os eventos mais comuns foram aqueles relacionados com problemas de relacionamento com o parceiro íntimo. A exposição ao estresse durante a gestação aumentou a expressão gênica pró-inflamatória comparado com o grupo de mulheres que não tiveram estresse. Os autores concluem que a desregulação na atividade imunológica e inflamatória durante a gestação pode aumentar o risco de desfechos adversos como a prematuridade (ROSS e colab., 2019).

Além disso, a depressão gestacional pode estar associada com risco de precariedade na alimentação e higiene pessoal, desmotivação para seguimento de recomendações de saúde, uso de cigarros, álcool e outras substâncias tóxicas (GROTE et al., 2010). KELLY et al. (1999) observaram que mulheres com depressão durante a gestação, não seguem adequadamente o cuidado pré-natal. RABIOEIPOOR et al. (2015) relatam que mulheres com parceiros participativos no cuidado pré-natal, tiveram melhor saúde mental.

Em revisão sistemática ALIPOUR et al. (2018), elucidaram a relação entre o suporte social (família, amigo e parceiro), qualidade (comunicação e satisfação) marital e a saúde mental durante a gestação. Houve uma forte associação negativa entre o suporte emocional do parceiro e o nível de depressão nas mulheres e associação entre idade materna e saúde mental. Além disso, observa-se que baixo poder aquisitivo e o desemprego foram associados com o desenvolvimento de problemas mentais durante a gestação e houve uma relação negativa moderada entre a escolaridade e a saúde mental.

Em estudo brasileiro foi avaliado em gestantes a associação entre estresse/distresse com o baixo peso ao nascer, prematuridade e restrição do crescimento intrauterino (RCIU). A prevalência de distresse, avaliada pelo *General Health Questionnaire* (GHQ) e *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), variam entre 25,9 e 52,9% nos três trimestres da gestação. Os autores observaram que o baixo peso ao nascer (BPN) foi associado com os escores do GHQ no segundo trimestre (RR= 1.97; p= 0,019), enquanto a prematuridade foi associada com o GHQ no terceiro trimestre (RR= 2.32; p= 0,015). Além disso, os escores também foram significativamente associados com mulheres fumantes nos três trimestres (p= < 0,01). Enquanto a RCIU não foi associada significativamente com o estresse/distresse. (RONDÓ, P. H.C. e colab., 2003)

Em 2004, RONDÓ et al. (2004), avaliaram a associação entre o estado nutricional e psicológico entre gestantes adolescentes e adultas. Em adolescentes, os escores do GHQ no primeiro trimestre foram importantes preditores de ganho de peso e IMC (p=0,03). Enquanto

em adultas os escores da *Trait Anxiety Inventory* (TAI), idade e preocupação com mudanças corporais ($p = \leq 0,035$) foram associadas com o índice de massa corporal (IMC) nos três trimestres, e os escores do GHQ foram um preditor de ganho de peso somente no primeiro trimestre ($p = 0,008$).

De acordo com APTER et al. (2011) é essencial o tratamento da depressão durante a gestação para proteger a mulher e o conceito. Caso a condição persista no pós-parto, a mãe pode não ser capaz de promover os cuidados necessários, como por exemplo, o aleitamento materno e comprometer o desenvolvimento e crescimento infantil. RONDÓ e SOUZA (2007) observaram que mulheres com distresse tendiam amamentar os bebês por um período mais curto comparado com mulheres sem distresse.

1.8 ESTADO NUTRICIONAL NA GESTAÇÃO

A gestação exige o enfrentamento de eventos vitais que são importantes para a saúde materna e do conceito. É um período marcado por intensas mudanças corporais, metabólicas e hormonais. Além de repercutir de forma significativa na rotina da gestante, tais alterações podem ter efeitos no estado nutricional e imagem corporal da mulher (ARAÚJO e colab., 2012; MEIRELES e colab., 2015b; OLIBONI e colab., 2014).

A avaliação do estado nutricional apresenta uma dupla relevância do ponto de vista epidemiológico e clínico. O estado nutricional na gestação é caracterizado como um período de vulnerabilidade biológica para gestante e o conceito que é extremamente dependente do estado materno. Os aspectos antropométricos maternos e a adequação da ingestão de nutrientes são determinantes para o crescimento e desenvolvimento do conceito, demonstrando associação com o peso e idade gestacional ao nascer (DE PADILHA, 2007; DE PADILHA e colab., 2009; KOMINIAREK e colab., 2018; VEHMEIJER e colab., 2020).

O estado nutricional pré-gestacional é determinante no ganho de peso gestacional (GPG) e o IMC é descrito como a principal ferramenta para avaliar o estado nutricional pré-gestacional, pela sua facilidade e mensuração indireta das reservas energéticas. Em 1990, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM) criou recomendações para o ganho de peso gestacional e em 2009 foram revisadas. O IOM recomenda que o GPG é de acordo com IMC pré-gestacional: 12,5-18 kg na desnutrição, 11,5-16 kg na eutrofia, 7-11,5 kg no sobrepeso e 5-

9 kg na obesidade. O ganho de peso gestacional de acordo com as recomendações da IOM foi associado com melhores desfechos maternos e neonatais (KOMINIAREK e colab., 2018; VEHMEIJER e colab., 2020).

Em estudo brasileiro com o objetivo de verificar a precisão dos métodos de avaliação nutricional em 433 gestantes, os autores observaram que os métodos mais bem sucedidos foram os propostos pelo IOM, pois demonstrou eficácia para triagem nutricional e notou-se associação com o baixo peso ao nascer (OR= 4,10; IC 95% = 1.53- 10.92) (DE PADILHA, 2007; DE PADILHA e colab., 2009).

Uma das mais importantes mudanças no ganho de peso ocorrem no período gestacional e grande proporção de gestantes apresentam ganho abaixo ou acima das recomendações da IOM. Aproximadamente 15 milhões de gestantes no mundo apresentam obesidade (CHEN e colab., 2018) e 60-70% ganham mais do recomendado (5-9 kg) pelo IOM ao longo da gestação (FAUCHER e BARGER, 2015). De acordo com estudo de HESLEHRUST et al. (2007) das 36,821 mulheres avaliadas entre 1990-2004 no Reino Unido, 33% apresentaram obesidade, enquanto na China essa prevalência variou entre 10-24% (ZHAO e colab., 2018).

O ganho de peso excessivo é associado com efeitos de curto à longo prazo para mulheres e crianças, incluindo pré-eclâmpsia, cesariana, retenção de peso materno após o parto, elevação do risco de *diabetes mellitus* tipo 2, macrossomia e risco de obesidade para a criança. Embora menos prevalente, o GPG insuficiente é associado com desfechos como nascimento de crianças PIG, retardo no desenvolvimento infantil e elevado risco de obesidade e doenças crônicas na fase adulta (PLANTE e colab., 2019).

Em estudo (ZHAO et al., 2018) conduzido com 1617 mães e crianças na China, foi observado que 16,3% e 12,3% das participantes apresentavam IMC pré-gestacional correspondentes a baixo peso e sobrepeso/obesidade, respectivamente. Em relação ao ganho de peso gestacional, 15,2% e 52,1% tiveram ganho, respectivamente, abaixo e acima do recomendado pelo IOM. As gestantes com IMC pré-gestacional de sobrepeso e obesidade tiveram risco aumentado para macrossomia (OR= 1,7; IC 95% 1.2- 2.6) comparadas com gestantes eutróficas. Enquanto gestantes com GPG abaixo das recomendações, apresentaram maior risco para nascimento de crianças com baixo peso (OR= 2.2, IC 95% 1.1.-4.4) e pequenas para idade gestacional (OR= 2.0, IC 95% 1.2-3.4), quando comparadas com gestantes que tiveram o GPG dentro das recomendações do IOM. Os riscos de macrossomia (OR= 1.7, IC

95% 1.2-2.5) e crianças grandes para idade gestacional (OR= 1.7, IC 95% 1.1 – 2.4) foram maiores entre gestantes com GPG maior que as recomendações do IOM.

O mecanismo que conduz à macrosomia pode ser explicado pela resistência insulínica (RI) presente em mulheres com obesidade ou ganho de peso excessivo durante a gestação. A RI causa distúrbios metabólicos, resultando em maior disponibilidade de nutrientes ao feto, o qual recebe maior quantidade de glicose via placenta. As gestantes com RI também têm altas concentrações de triglicérides que são fragmentados em pequenas moléculas pelas lipases placentárias e transferidas para a circulação fetal, resultando em maior consumo de energia para o feto. Além disso, a RI aumenta o metabolismo de leucina e pode gerar maior transferência de aminoácidos para o feto, elevando a hiperinsulinemia e acelerando a velocidade de crescimento fetal, podendo levar à quadros de macrosomia e crianças grandes para idade gestacional (ZHAO e colab., 2018).

1.8.1 A influência de fatores psicossociais no estado nutricional de gestantes

Compreender os fatores relacionados ao GPG é crucial para as gestantes atingirem as recomendações propostas. Destaca-se o GPG como um processo multifatorial, entretanto, nota-se um foco para avaliação dos fatores biológicos, enquanto, os fatores comportamentais, sociodemográficos e afetivos são poucos explorados. Evidências revelam que o GPG não é influenciado somente por fatores biológicos, mas também por fatores psicossociais e atitudinais (PLANTE e colab., 2019).

A IOM aponta que fatores psicológicos como sintomas depressivos são associados com reduzido e elevado GPG. O estresse/distresse materno e as alterações mediadas pelas catecolaminas, podem afetar o metabolismo basal e a sua habilidade em utilizar a energia para a síntese de novos tecidos, prejudicando o ganho de peso materno e fetal. O estado psicológico prejudicado pode também interferir no balanço energético positivo através do estresse/distresse (RONDÓ, P.H.C et al., 2004; KOMINIAREK et al., 2018; VEHMEIJER et al., 2020).

A atitude materna frente ao ganho de peso também é fortemente associada ao estado nutricional pré-gestacional e sabe-se que mulheres eutróficas possuem atitudes mais positivas, quando comparadas com mulheres obesas. As mudanças corporais repentinas somadas a idealização social feminina de corpo magro, podem favorecer que a gestante desenvolva profunda insatisfação corporal e altere as atitudes frente ao ganho de peso gestacional. Dessa forma, o processo gestacional enquadra-se como crítico, demandando novos significados e

formas de equilíbrio, perante as mudanças que são inerentes (ARAÚJO et al., 2012; OLIBONI et al., 2014; HARTLEY et al., 2015; MEIRELES et al., 2015b;)

FAUCHER e MIRABIRO (2020) em análise qualitativa, descrevem que gestantes com obesidade percebiam o GPG como “apenas um número” e não era compreendido como indicador de saúde materno-fetal. Mesmo cientes dos riscos do GPG excessivo, utilizavam evidência anedótica como “fé e a genética” para justificar os desfechos. Também relatavam necessidade em ganhar peso suficiente para ter “bebês grandes”, pois acreditavam que eles são mais saudáveis do que os menores. Além disso, apontavam que o GPG não estava sob seu controle e que dependiam fortemente de fatores biológicos e ambientais. Embora a gestação seja descrita como uma fase motivadora para mudanças comportamentais, as participantes percebiam a gestação como um refúgio para o *weight shamming* (vergonha corporal) – frequentemente vivenciado antes da gestação.

As mulheres com obesidade vivenciam mais distresse psicológico que mulheres com eutrofia (KEITT et al., 2008). Os problemas mentais durante a gestação podem trazer sérias consequências para as mulheres, seus filhos e família, além do alto risco de depressão pós-parto (NYMAN et al., 2010). As complicações no pré-natal e intraparto não só afetam diretamente a mulher e o neonato, mas também podem influenciar desfechos em longo prazo (LUTSIV et al., 2015).

Os transtornos mentais como a depressão também alteram a percepção e atitudes em relação à imagem corporal. ROOMRUANGWONG et al. (2017) observaram que a insatisfação corporal durante o período gestacional foi relacionada com a depressão e ansiedade, assim como maior IMC pré-gestacional, IMC atual, ganho de peso gestacional excessivo e discrepância entre peso ideal e atual. Além disso, a insatisfação corporal também foi associada com histórico de bulimia nervosa e transtornos de humor.

Em estudo coorte prospectivo desenvolvido no Canadá (n= 70,605), gestantes com sobrepeso/obesidade e com depressão tiveram alto risco para complicações no período pré-natal (OR ajustado: 1,55, IC 95% 1,35, 1,71) comparadas com gestantes com sobrepeso/obesidade sem depressão. As complicações durante o parto também foram mais elevadas para gestantes com sobrepeso/obesidade e depressão (OR ajustado: 1,27, IC 95% 1,13, 1,42). Semelhante aos achados de estudo australiano, no qual o IMC elevado foi associado significativamente com o risco de depressão e ansiedade pré-natal (HOLTON et al., 2019).

Está bem consolidado que o ganho de peso gestacional insuficiente ou excessivo pode afetar a saúde materna e fetal, por isso, existe uma vigilância do ganho de peso, mas pouco se sabe sobre os fatores psicossociais em relação ao estado nutricional e seu impacto nos desfechos gestacionais. O foco nas implicações físicas da obesidade durante a gestação, pode limitar a compreensão das implicações psicológicas e reduzir o papel do contexto social na gênese do desfecho (BERNIER e HANSON, 2012).

Nota-se escassez de estudos que avaliam o impacto da depressão materna no estado nutricional e suas repercussões para a mulher e o conceito durante o período pré-natal e intraparto. No Brasil, particularmente, há uma limitação de pesquisas com a temática (CALLEGARI et al., 2014).

1.8.2 A relação entre violência, saúde mental e estado nutricional na gestação

A saúde mental está associada com maior risco de exposição à violência doméstica. Em revisão sistemática com meta-análise (HOWARD et al., 2013), foi constatado que altos escores em triagens de saúde mental (ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático) no período pré-natal, foram associados com exposição à violência doméstica. As gestantes com risco de depressão no pré-natal relataram alta prevalência e mais chances de terem sofrido episódios de violência durante a vida (OR= 3,0; IC 95% 2,3- 4,0), no último ano antes da gestação (OR= 2,8; IC 95% 1,5- 5,3) e na gestação (OR= 5,0, IC 95% 4,0- 6,2). Estudos sugerem que mulheres com possível transtorno de estresse pós-traumático no período pré-natal, também tem aumento do risco de ter vivenciado violência doméstica durante a vida (OR= 6,4; IC 95% 1,70 - 26,4), no último ano antes da gestação (OR= 4,6; IC 95% 2,5-8,5) e na gestação (OR= 6,0; IC 95%). Estima-se que mulheres com provável quadro depressivo no pré e pós-parto têm de 3-5 vezes mais chance de vivenciar violência doméstica durante a vida adulta, gestação e/ou no último antes da gestação (HOWARD et al., 2013). Além disso, mulheres com histórico de abuso sexual, apresentam mais sintomas de depressão durante a gestação (APTER et al., 2011).

A violência contra a mulher possui ramificações negativas na saúde física e mental e a depressão impulsionada pela violência, pode afetar a habilidade de autocuidado, predispondo a redução do consumo calórico e favorecendo o baixo peso (CAMPBELL, 2002). Desde os anos

2000, pesquisadores investigam a possível associação entre situação de violência familiar e o estado nutricional individual (COKER et al., 2000).

A violência doméstica e outros fatores psicossociais podem influenciar a insegurança alimentar e nutricional. Os efeitos na saúde mental de mulheres podem contribuir para desistência dos estudos e trabalho, havendo prejuízo no orçamento familiar e, portanto desfavorecendo uma dieta adequada em quantidade e qualidade (CHILTON et al., 2014). De acordo com a WHO (2015) a possível relação entre VD e insegurança alimentar pode ser mediada pela depressão materna.

A presença de violência pode afetar a motivação das mulheres na compra e preparo dos alimentos. A desmotivação poderia estar relacionada com a perda do apetite e apatia que são frequentemente expressadas nos transtornos mentais comuns e ou/ exaustão física e psicológica de mulheres em situação de violência. O isolamento é outra possibilidade que torna as mulheres que vivenciam o distresse mental serem menos capazes de buscar ajuda e suporte em instituição governamentais para insegurança alimentar e nutricional.

Em estudo brasileiro (RIBEIRO-SILVA et al., 2016) foi demonstrado associação entre violência física perpetrada pelo parceiro íntimo e insegurança alimentar em mulheres. DE MORAES et al. (2016) referem resultados similares com mulheres (n= 849) de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, no qual a violência física e emocional foram fatores de risco para insegurança alimentar. A violência psicológica foi associada à insegurança alimentar através da violência física e transtornos mentais comuns. Enquanto a violência física parece manifestar-se exclusivamente pelos transtornos mentais comuns.

De acordo com modelo conceitual (FERREIRA et al., 2015), o papel da violência física no IMC é mediado pelos transtornos mentais comuns, os quais podem alterar o consumo alcoólico e alimentar. O estresse pode aumentar a taxa metabólica basal e gasto energético; processo que pode impulsionar a perda de peso em indivíduos com adequada ou baixa ingestão calórica, não somente na mulher em situação de violência, mas também em outros membros da família como as crianças (SEEMATTER, G. et al., 2002; CHILTON et al., 2014). Aparentemente o impacto do estresse no peso será de acordo com o estado nutricional do indivíduo ao longo da sua vida. As mulheres com sobrepeso e obesidade podem aumentar o peso quando expostas às situações estressantes, enquanto as eutróficas e baixo peso tendem perder peso sob estresse (SEEMATTER, G. et al., 2000; KIVIMÄKI et al., 2006).

No cenário nacional, estudo conduzido com mulheres com idades entre 20-59 anos (n= 645) em Duque de Caixas, Rio de Janeiro, o IMC foi elevado entre as participantes que não sofreram violência. A exposição a violência física reduziu o IMC e o efeito foi somente estatisticamente significativo na faixa de IMC entre 22,9 – 31,2 kg/m² (FERREIRA et al., 2015; DE MORAES et al., 2016).

Em estudo indiano (ACKERSON e SUBRAMANIAN, 2008), as mulheres que experienciaram violência doméstica foram mais vulneráveis para o baixo peso e anemia, mesmo após o controle para condições socioeconômicas e demográficas. Similar a esses resultados mulheres de Bangladesh em idade reprodutiva que vivenciaram VD, apresentaram maior risco para IMC <18,5 kg/m², após controle de fatores de confusão (RAHMAN et al., 2013).

Os diferentes tipos de violências também foram associados com transtornos alimentares e preocupação com a imagem corporal em gestantes. Em estudo prospectivo, a prevalência de violência física e emocional foi maior entre mulheres com transtornos alimentares, principalmente no período pós-parto (8-33 meses). A violência física foi mais presente no período pré-natal no grupo de gestantes com transtornos alimentares no período pré-natal e pós-parto. Enquanto a violência emocional foi associada com o grupo de mulheres com transtornos alimentares e preocupações com o peso e formato corporal (KOTHARI et al., 2015).

Em estudo com mulheres nepalesas (n= 3293), os autores observaram que a experiência de violência foi associada com baixo peso (16% versus 13%, p <0,05) e anemia (45% versus 35%, p <0,001) comparadas com mulheres sem histórico de VD. Notou-se também que a experiência de violência física severa se associou com a alta prevalência de baixo peso, comparado ao grupo de mulheres com experiência moderada ou nula. Estudos disponíveis na literatura sugerem que a experiência de VD pode influenciar o estado nutricional de diversas formas, entretanto são estudos limitados e ambivalentes (ADHIKARI et al., 2020), e de acordo com nosso conhecimento, com ausência de estudos em gestantes.

2. CONCLUSÕES

Esta dissertação explorou a relação da violência, saúde mental e estado nutricional na gestação. Estudar a violência e alterações mentais na gestação e suas repercussões no estado nutricional é fundamental para ampliar a compreensão dos múltiplos fatores envolvidos no estado nutricional de gestantes, não se limitando somente aos fatores biológicos.

A experiência de sofrer violência em algum período da vida foi relatada por mais de metade das gestantes, e a violência psicológica nos últimos 12 meses foi o tipo de violência doméstica mais prevalente. A maioria das gestantes também apresentou alterações na saúde mental e risco de depressão, com IMC correspondente a sobrepeso/obesidade.

A relação entre violência psicológica nos últimos 12 meses e a obesidade durante a gestação foi mediada por alterações na saúde mental, enquanto a violência física não foi associada ao estado nutricional. A violência em algum período da vida e a violência psicológica nos últimos 12 meses foram positivamente associadas com fatores como estado civil solteira e alterações na saúde mental das gestantes durante a pandemia de COVID-19.

Dentre os pontos fortes do estudo, destacamos a originalidade, considerando que pelo nosso conhecimento somente há estudos que avaliam a relação entre violência, saúde mental e estado nutricional de mulheres não gestantes. Além disso, foram utilizados diversos questionários validados com gestantes para investigação da violência e alterações na saúde mental.

Entre as limitações do estudo está o delineamento transversal. Devido à pandemia de COVID-19, não foi possível acompanhar as gestantes nos outros trimestres. Evidenciamos a necessidade de confirmar nossos achados através de estudos coorte prospectivos, considerando-se a importância desse tema na saúde materno e infantil.

REFERÊNCIAS

- ABDELHAI, Rehab e MOSLEH, Hanan. **Screening for antepartum anxiety and depression and their association with domestic violence among Egyptian pregnant women.** Journal of the Egyptian Public Health Association, v. 90, n. 3, p. 101–108, 2015.
- ABRAMSKY, Tanya e colab. **The impact of SASA!, a community mobilisation intervention, on women’s experiences of intimate partner violence: Secondary findings from a cluster randomised trial in Kampala, Uganda.** Journal of Epidemiology and Community Health, v. 70, n. 8, p. 818–825, 2016.
- ACKERSON, Leland K. e SUBRAMANIAN, S. V. **Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India.** American Journal of Epidemiology, v. 167, n. 10, p. 1188–1196, 2008.
- ADHIKARI, Ramesh P. e colab. **Intimate partner violence and nutritional status among nepalese women: An investigation of associations.** BMC Women’s Health, v. 20, n. 1, p. 1–11, 2020.
- ALIPOUR, Zahra e colab. **The most important risk factors affecting mental health during pregnancy: A systematic review.** Eastern Mediterranean Health Journal, v. 24, n. 6, p. 549–559, 2018.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar e colab. **Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity.** British Journal of Psychiatry, v. 171, n. 6, p. 524–529, 1997.
- ANDRESEN, Pamela A. **Educating Nurses to Screen and Intervene for Intimate Partner Violence During Pregnancy.** Nursing for Women’s Health, v. 22, n. 1, p. 79–86, 2015.
- ANDREWS, Bianca e HILL, Briony e SKOUTERIS, Helen. **The relationship between antenatal body attitudes, pre-pregnancy body mass index, and gestational weight gain.** Midwifery, v. 56, p. 142–151, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.012>>.
- APA, American Psychiatric e ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders- DSM-V (APA, DSM-V).** . [S.l: s.n.]. , 2015
- APTER, Gisèle e DEVOUCHE, Emmanuel e GRATIER, Maya. **Perinatal mental health.** Journal of Nervous and Mental Disease, v. 199, n. 8, p. 575–577, 2011.
- ARAÚJO, Natalúcia Matos e colab. **Corpo e sexualidade na gravidez.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, n. 3, p. 552–558, 2012.
- ATALAH S, Eduardo e colab. **Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas.** Revista Medica de Chile, v. 125, n. 12, p. 1429–1436, 1997.
- AUDI, CELENE APARECIDA FERRARI, SEGALL- CORRÊA, ANA M, SANTIAGO,

SILVIA M, ANDRADE, MARIA DA GRAÇA G, PÉREZ-ESCAMILLA, Rafael. **Violence against pregnant women prevalence and associated factors**. Rev Saúde Pública, p. 1–9, 2008.

AUDI, Celene Aparecida Ferrari e colab. **Violence against pregnant women: prevalence and associated factors**. Revista de saúde pública, v. 42, n. 5, p. 877–85, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18695785>>.

BARAGATTI, Daniella Yamada e colab. **Critical path of women in situations of intimate partner violence**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 26, 2018.

BAWAH, Ayaga e colab. **Family Planning Northern Ghana**. Studies in Family Planning. [S.l: s.n.], 1999

BEIRAS, Adriano e colab. **Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher**. n. April, 2019.

BERNIER, Jennifer R e HANSON, Yvonne. **Atlantic Centre of Excellence for Women's Health Overweight and Obesity in Pregnancy: A Review of Evidence Overweight and Obesity in Pregnancy: A Review of Evidence Atlantic Centre of Excellence for Women's Health**. 2012. Disponível em: <www.pwhce.ca%5Cnwww.acewh.dal.ca>.

BIFFTU, Berhanu Boru e GURACHO, Yonas Deressa. **Determinants of Intimate Partner Violence against Pregnant Women in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis**. BioMed Research International, v. 2022, p. 7–13, 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília: [s.n.], 2012

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 3.689, De 3 De Outubro De 1941**. v. 10, p. 1–100, 1998.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados**. Presidência da República - Casa civil, v. 120, p. 10–11, 2003.

BRASILEIROS, Idosos. **Propriedades Psicométricas Do Questionário Who Vaw Em Idosos Brasileiros**. Psicologia, Saúde e Doenças, v. 17, n. 2, p. 150–161, 2016.

CALLEGARI, Sandra Beatriz Mangucci e colab. **Obesidade e fatores de risco cardiometabólicos durante a gravidez**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, v. 36, n. 10, p. 449–455, 2014.

CAMPBELL, Jacquelyn C. **Health consequences of intimate partner violence**. Lancet, v. 359, n. 9314, p. 1331–1336, 2002.

CEBALLO, Rosario e colab. **Domestic violence and women's mental health in Chile**. Psychology of Women Quarterly, v. 28, n. 4, p. 298–308, 2004.

CHANDAN, Joht Singh e colab. **COVID-19: a public health approach to manage domestic violence is needed**. The Lancet Public Health, v. 5, n. 6, p. e309, 2020. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30112-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30112-2)>.

CHEN, Cheng e XU, Xianglong e YAN, Yan. **Estimated global overweight and obesity burden in pregnant women based on panel data model.** PLoS ONE, v. 13, n. 8, p. 1–14, 2018.

CHILTON, Mariana M. e RABINOWICH, Jenny R. e WOOLF, Nicholas H. **Very low food security in the USA is linked with exposure to violence.** Public Health Nutrition, v. 17, n. 1, p. 73–82, 2014.

CHIVERS, Bonnie R. e colab. **Perinatal distress during COVID-19: Thematic analysis of an online parenting forum.** Journal of Medical Internet Research, v. 22, n. 9, p. 1–8, 2020.

CLARK, Abigail e colab. **The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study.** Journal of Health Psychology, v. 14, n. 1, p. 27–35, 2009.

COELHO, Kênia Siqueira e DE SOUZA, Ariani Impieri e FILHO, Malaquias Batista. **Avaliação antropométrica do estado nutricional da gestante: Visão retrospectiva e prospectiva.** Revista Brasileira de Saude Materno Infantil, v. 2, n. 1, p. 57–61, 2002.

COKER, A. L. e colab. **Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence.** Archives of Family Medicine, v. 9, n. 5, p. 451–457, 2000.

COLE, T. B. **Is domestic violence screening helpful?** Journal of the American Medical Association, v. 284, n. 5, p. 551–553, 2000.

COLOMBINI, Manuela e MAYHEW, Susannah e WATTS, Charlotte. **Health-sector responses to intimate partner violence in low- and middle-income settings: A review of current models, challenges and opportunities.** Bulletin of the World Health Organization, v. 86, n. 8, p. 635–642, 2008.

COPPER, Rachel L. e colab. **The relationship of maternal attitude toward weight gain to weight gain during pregnancy and low birth weight.** Obstetrics and Gynecology, v. 85, n. 4, p. 590–595, 1995.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas e colab. **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, p. 1037–1050, 2009.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas e colab. **Obstacles and facilitators to primary health care offered to women experiencing domestic violence: a systematic review.** Interface: Communication, Health, Education, v. 24, p. 1–17, 2020.

DE MORAES, Claudia Leite e colab. **Intimate partner violence, common mental disorders and household food insecurity: An analysis using path analysis.** Public Health Nutrition, v. 19, n. 16, p. 2965–2974, 2016.

DE PADILHA, Patricia Carvalho e colab. **Anthropometric assessment of nutritional status in Brazilian pregnant women.** Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health, v. 25, n. 2, p. 171–178, 2009.

DE PADILHA, Patricia Carvalho. **Validação de metodologia de avaliação antropométrica de gestantes.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.29 no.5, Maio 2007.

DE PÁDUA BORGES, Roberta e colab. **Impact of the COVID-19 pandemic on mental health of pregnant women with diabetes mellitus and hypertension.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 67, n. 9, p. 1268–1273, 2021.

DEVRIES, Karen e colab. **Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women.** Social Science and Medicine, v. 73, n. 1, p. 79–86, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.006>>.

DIPIETRO, Janet A. e colab. **Psychosocial influences on weight gain attitudes and behaviors during pregnancy.** Journal of the American Dietetic Association, v. 103, n. 10, p. 1314–1319, 2003.

DRESCH KRONBAUER, José Fernando e MENEGHEL, Stela Nazareth. **Profile of gender violence by intimate partners.** Revista de Saude Publica, v. 39, n. 5, p. 695–701, 2005.

DUNCOMBE, Dianne e colab. **How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy?** Journal of Health Psychology, v. 13, n. 4, p. 503–515, 2008.

ELISE, Riquin e colab. **A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction.** Journal of Affective Disorders, v. 245, n. July 2018, p. 340–347, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.032>>.

ELLSBERG, MARY, HEISE, LORI, PENÃ, RODOLFO, AGURTO, SONIA, WINKVIST, Anna. **Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations.** Studies in Family Panning, v. 32, n. 1, p. 1–16, 2001.

ELLSBERG, Mary e colab. **Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study.** The Lancet, v. 371, n. 9619, p. 1165–1172, 2008.

ELLSBERG, Mary e colab. **Prevention of violence against women and girls: What does the evidence say?** The Lancet, v. 385, n. 9977, p. 1555–1566, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)>.

ERKAYA, Reyhan e KARABULUTLU, Özlem e YEŞİLÇİÇEK ÇALIK, Kıymet. **The effect of maternal obesity on self-esteem and body image.** Saudi Journal of Biological Sciences, v. 25, n. 6, p. 1079–1084, 2018.

FAISAL-CURY, Alexandre e colab. **Prevalence and associated risk factors of prenatal depression underdiagnosis: A population-based study.** International Journal of Gynecology and Obstetrics, v. 153, n. 3, p. 469–475, 2021.

FAUCHER, Mary Ann e BARGER, Mary K. **Gestational weight gain in obese women by class of obesity and select maternal/newborn outcomes: A systematic review.** Women and

Birth, v. 28, n. 3, p. e70–e79, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.03.006>>.

FERENCZI, Sandor. **Reflexiones sobre el traumatismo**. 4. ed. Madrid: Obras completas, 1981.

FERRARO, Alexandre Archanjo e colab. **The specific and combined role of domestic violence and mental health disorders during pregnancy on new-born health**. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 17, n. 1, p. 1–10, 2017.

FERREIRA, Marcela De Freitas e colab. **Effect of physical intimate partner violence on body mass index in low-income adult women. Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda bajos ingresos**. v. 31, n. 1, p. 1–14, 2019.

FETENE, Gossa e colab. **Prevalence and its predictors of intimate partner violence against pregnant women amid COVID-19 pandemic in Southwest Ethiopia, 2021: A cross-sectional study**. SAGE Open Medicine, v. 10, p. 205031212210793, 2022.

FINNBOGADÓTTIR, Hafrún e DYKES, Anna Karin e WANN-HANSSON, Christine. **Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: A longitudinal cohort study in the south of Sweden**. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 16, n. 1, p. 1–10, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1017-6>>.

FISHER, Jane e colab. **Intimate partner violence and perinatal common mental disorders among women in rural Vietnam**. v. 43, p. 29–37, 2013.

FONSECA-MACHADO, Mariana De Oliveira e colab. **Depressive disorder in pregnant Latin women : does intimate partner violence matter ?** p. 1–11, 2014.

GARCIA-MORENO, Claudia e colab. **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, 2006.

GARCIA-MORENO, Claudia e colab. **WHO Multi-Country Study on Women’s Health and Domestic Violence Against Women: Report on the First Results**. World Health Organization, p. 55–89, 2005.

GIBBS, Andrew e colab. **Stepping Stones and Creating Futures Intervention to Prevent Intimate Partner Violence Among Young People: Cluster Randomized Controlled Trial**. Journal of Adolescent Health, v. 66, n. 3, p. 323–335, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.10.004>>.

GOLDBERG, D. P. e BLACKWELL, B. **Psychiatric Illness in General Practice: A Detailed Study Using a New Method of Case Identification**. British Medical Journal, v. 2, n. 5707, p. 439–443, 1970.

GOLDBERG, David. **The recognition of psychiatric illness by non-psychiatrists**. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, v. 18, n. 2, p. 128–133, 1984.

GOUVEIA, Valdiney V. e colab. **Questionário de Saúde Geral (QSG-12): O efeito de itens negativos em sua estrutura fatorial.** *Cadernos de Saude Publica*, v. 28, n. 2, p. 375–384, 2012.

HAAKSTAD, Lene Annette Hagen e VOLDNER, Nanna e BØ, Kari. **Attitudes and awareness towards weight gain among normal weight and overweight pregnant women.** *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, v. 28, n. 13, p. 1569–1574, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2014.961005>>.

HAEDT, Alissa e KEEL, Pamela. **Maternal attachment, depression, and body dissatisfaction in pregnant women.** *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, v. 25, n. 4, p. 285–295, 2007.

HARTLEY, Eliza e colab. **Psychosocial risk factors for excessive gestational weight gain: A systematic review.** *Women and Birth*, v. 28, n. 4, p. e99–e109, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.04.004>>.

HASSAN, Fatma e colab. **Physical intimate partner violence in Chile, Egypt, India and the Philippines.** *Injury control and safety promotion*, v. 11, n. 2, p. 111–116, 2004.

HEISE, L. **Determinants of partner violence in Brazil and Peru: Exploring variation in individual and population level risk.** 2011.

HEISE, Lori L. e KOTSADAM, Andreas. **Cross-national and multilevel correlates of partner violence: An analysis of data from population-based surveys.** *The Lancet Global Health*, v. 3, n. 6, p. e332–e340, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00013-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00013-3)>.

HESSAMI, Kamran e colab. **COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis.** *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, v. 35, n. 20, p. 4014–4021, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1843155>>.

HOANG, Thanh Nguyen e colab. **Association between intimate partner violence during pregnancy and adverse pregnancy outcomes in Vietnam: A prospective cohort study.** *PLoS ONE*, v. 11, n. 9, p. 1–14, 2016.

HOLTON, Sara e colab. **Pre-pregnancy body mass index and the risk of antenatal depression and anxiety.** *Women and Birth*, v. 32, n. 6, p. e508–e514, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.01.007>>.

HOWARD, Louise M. e colab. **Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis.** *PLoS Medicine*, v. 10, n. 5, 2013.

HUNNICUTT, Gwen. **Varieties of patriarchy and violence against women: Resurrecting “patriarchy” as a theoretical tool.** *Violence Against Women*, v. 15, n. 5, p. 553–573, 2009.

JAMES, Lois e BRODY, David e HAMILTON, Zachary. **Risk factors for domestic violence during pregnancy: A meta-analytic review.** *Violence and Victims*, v. 28, n. 3, p. 359–380, 2013.

JANSEN, Henrica A.F.M. e colab. **Interviewer training in the WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence**. *Violence Against Women*, v. 10, n. 7, p. 831–849, 2004.

JESUS MARI, Jair De e WILLIAMS, Paul. **A Comparison of the Validity of Two Psychiatric Screening Questionnaires (Ghq-12 and Srq-20) In Brazil, Using Relative Operating Characteristic (Roc) Analysis**. *Psychological Medicine*, v. 15, n. 3, p. 651–659, 1985.

JEWKES, Rachel e FLOOD, Michael e LANG, James. **From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: A conceptual shift in prevention of violence against women and girls**. *The Lancet*, v. 385, n. 9977, p. 1580–1589, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61683-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61683-4)>.

KASTELLO, Jennifer C. e colab. **Self-rated mental health: Screening for depression and posttraumatic stress disorder among women exposed to perinatal intimate partner violence**. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, v. 53, n. 11, p. 32–38, 2015.

KEITT, Sarah K. e colab. **Behavior and obesity in women across the life span: a report by the society for women's health research**. *Journal of Investigative Medicine*, v. 56, n. 6, p. 830–842, 2008.

KESSLER, R.C e USTUN, T.B. **The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders**. n. January, p. 600, 2008. Disponível em: <<http://www.amazon.com/The-World-Mental-Health-Surveys/dp/0521884195>>.

KISS, Lígia Bittencourt e SCHRAIBER, Lilia Blima. **Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: A violência contra mulheres no discurso dos profissionais**. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1943–1952, 2011.

KIVIMÄKI, M. e colab. **Work stress, weight gain and weight loss: Evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study**. *International Journal of Obesity*, v. 30, n. 6, p. 982–987, 2006.

KOMINIAREK, Michelle A. e colab. **Association between gestational weight gain and perinatal outcomes**. *Obstetrics and Gynecology*, v. 132, n. 4, p. 875–881, 2018.

KOTHARI, Radha e colab. **Intimate partner violence among women with eating disorders during the perinatal period**. *International Journal of Eating Disorders*, v. 48, n. 6, p. 727–735, 2015.

KRISTOFFERZON, Marja Leena e ENGSTRÖM, Maria e NILSSON, Annika. **Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a cross-sectional study**. *Quality of Life Research*, v. 27, n. 7, p. 1855–1863, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s11136-018-1845-0>>.

KROENKE, Kurt e SPITZER, Robert L. e WILLIAMS, Janet B.W. **The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure**. *Journal of General Internal Medicine*, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa e colab. **Violence against women and its association with**

the intimate partner's profile: A study with primary care users. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, 2019.

LESSA, Leticia De Matos e SILVA, Lorena Maria Da. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** *Simpósio Gênero e Políticas Públicas*, v. 5, n. 1, p. 341–354, 2021.

LINS DA SILVA, Suzana e colab. **Classificação antropométrica de gestantes: comparação entre cinco métodos diagnósticos utilizados na América Latina.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 41, n. 7, p. 1, 2017.

LOWE, Hattie e colab. **Mechanisms for community prevention of violence against women in low- and middle-income countries: A realist approach to a comparative analysis of qualitative data.** *Social Science and Medicine*, v. 305, n. April, p. 115064, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115064>>.

LUDERMIR, Ana Bernarda e VALONGUEIRO, Sandra. **Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy** *Transtornos mentais comuns e violência por parceiro íntimo durante a gravidez.* v. 48, n. 1, p. 29–35, 2014.

LUTSIV, O. e colab. **Pregnancy complications associated with the co-prevalence of excess maternal weight and depression.** *International Journal of Obesity*, v. 39, n. 12, p. 1710–1716, 2015.

MANDELBAUM, Belinda e SCHRAIBER, Lilia Blima e D'OLIVEIRA, Ana Flavia P.L. **Violência e vida familiar: Abordagens psicanalíticas e de gênero.** *Saude e Sociedade*, v. 25, n. 2, p. 422–430, 2016.

MANONGI, Rachel e colab. **The Association Between Intimate Partner Violence and Signs of Depression During Pregnancy in Kilimanjaro Region , Northern.** 2017.

MARTIN, Sandra L. e colab. **Changes in intimate partner violence during pregnancy.** *Journal of Family Violence*, v. 19, n. 4, p. 201–210, 2004.

MBWAMBO, J e MAHENGE, B e LIKINDIKOKI, S. **Intimate partner violence during pregnancy and associated mental health symptoms among pregnant women in Tanzania : a cross-sectional study.** p. 940–947, 2013.

MCCAULEY, J. e colab. **Erratum: The “battering syndrome”: Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices (*Annals of Internal Medicine* (1995) 123 (737-746)).** *Annals of Internal Medicine*, v. 124, n. 8, p. 777, 1996.

MEEKERS D, PALLIN P, Hutchinson P. **Intimate partner violence and mental health in Bolivia.** *BMC Womens Health.*, v. 13, n. 28, 2013.

MEHTA, Ushma J. e SIEGA-RIZ, Anna Maria e HERRING, Amy H. **Effect of body image on pregnancy weight gain.** *Maternal and Child Health Journal*, v. 15, n. 3, p. 324–332, 2011.

MEIRELES, Juliana Fernandes Filgueiras e colab. **Imagem corporal de gestantes:**

Associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, v. 37, n. 7, p. 319–324, 2015a.

MEIRELES, Juliana Fernandes Filgueiras e colab. **Insatisfação corporal em gestantes: Uma revisão integrativa da literatura.** Ciencia e Saude Coletiva, v. 20, n. 7, p. 2091–2103, 2015b.
MORIARTY, Andrew Stephen e colab. **Screening and case finding for major depressive disorder using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A meta-analysis.** General Hospital Psychiatry, v. 37, n. 6, p. 567–576, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.06.012>>.

NAGHIZADEH, Somayyeh e MIRGHAFORVAND, Mojgan e MOHAMMADIRAD, Roghaye. **Domestic violence and its relationship with quality of life in pregnant women during the outbreak of COVID-19 disease.** BMC Pregnancy and Childbirth, v. 21, n. 1, p. 1–10, 2021.

NASREEN, Hashima E. e colab. **Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh.** BMC Women's Health, v. 11, 2011.

NUNES, Maria Angélica Antunes e colab. **Violence during pregnancy and newborn outcomes: A cohort study in a disadvantaged population in Brazil.** European Journal of Public Health, v. 21, n. 1, p. 92–97, 2011.

NYMAN, Viola M.K. e PREBENSEN, Åsa K. e FLENSNER, Gullvi E.M. **Obese women's experiences of encounters with midwives and physicians during pregnancy and childbirth.** Midwifery, v. 26, n. 4, p. 424–429, 2010.

OLIBONI, Carolina Marques e colab. **Cross-cultural adaptation of the Pregnancy and Weight Gain Attitude Scale.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, v. 36, n. 7, p. 320–327, 2014.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Integração da Saúde Mental nos cuidados de saúde primário: uma perspectiva global.** . [S.l: s.n.]. , 2009

ORMEL, Johan e colab. **Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world.** British Journal of Psychiatry, v. 192, n. 5, p. 368–375, 2008.

OUR WATCH e AUSTRALIA'S NATIONAL RESEARCH ORGANISATION FOR WOMEN'S SAFETY e VICHEALTH. **Change the Story: A Shared Framework for the Prevention of Violence Against Women.** [S.l: s.n.], 2015. Disponível em: <<https://www.ourwatch.org.au/resource/change-the-story-a-shared-framework-for-the-primary-prevention-of-violence-against-women-and-their-children-in-australia>>.

PEITZMEIER, Sarah M. e colab. **Increases in Intimate Partner Violence During COVID-19: Prevalence and Correlates.** Journal of Interpersonal Violence, v. 37, n. 21–22, p. NP20482–NP20512, 2022.

PLANTE, Anne Sophie e colab. **Relationship Between Psychosocial Factors, Dietary Intake and Gestational Weight Gain: A Narrative Review.** Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, v. 41, n. 4, p. 495–504, 2019. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.02.023>>.

PREACHER, Kristopher J. e HAYES, Andrew F. **Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models**. Behavior Research Methods, v. 40, n. 3, p. 879–891, 2008.

PREACHER, Kristopher J e HAYES, Andrew F. **SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models**. Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, v. 36, n. 4, p. 717–731, 2004.

PULLMER, Rachelle e ZAITSOFF, Shannon e COBB, Rebecca. **Body Satisfaction During Pregnancy: The Role of Health-Related Habit Strength**. Maternal and Child Health Journal, v. 22, n. 3, p. 391–400, 2018.

RABIN, Rebecca F. e colab. **Intimate Partner Violence Screening Tools. A Systematic Review**. American Journal of Preventive Medicine, v. 36, n. 5, p. 439- 445.e4, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.01.024>>.

RAHMAN, M. e colab. **Intimate partner violence and chronic undernutrition among married Bangladeshi women of reproductive age: Are the poor uniquely disadvantaged?** European Journal of Clinical Nutrition, v. 67, n. 3, p. 301–307, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2012.202>>.

REICHENHEIM, Michael E. e MORAES, Claudia Leite e HASSELMANN, Maria Helena. **Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida**. Revista de Saude Publica, v. 34, n. 6, p. 610–616, 2000.

RIBEIRO-SILVA, Rita De Cássia e colab. **The association between intimate partner domestic violence and the food security status of poor families in Brazil**. Public Health Nutrition, v. 19, n. 7, p. 1305–1311, 2016.

RIBEIRO, Marizélia Rodrigues Costa e colab. **Confirmatory factor analysis of the who violence against women instrument in pregnant women: Results from the brisa prenatal cohort**. PLoS ONE, v. 9, n. 12, p. 1–16, 2014.

RIBEIRO, Marizélia Rodrigues Costa e colab. **Effects of socioeconomic status and social support on violence against pregnant women: A structural equation modeling analysis**. PLoS ONE, v. 12, n. 1, p. 1–16, 2017.

RIBEIRO, Wagner S. e colab. **Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: Uma revisão da literatura**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 31, n. SUPPL. 2, p. 49–57, 2009.

ROBERTA, Kelly e colab. **Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo , 2008-2015**. v. 28, n. 4, p. 2008–2015, 2020.

RODRIGUES, Nádia Cristina Pinheiro e colab. **O aumento da violência doméstica no Brasil, 2009-2014**. Ciencia e Saude Coletiva, v. 22, n. 9, p. 2873–2880, 2017.

RODRÍGUEZ, Michael A. e colab. **Intimate partner violence and maternal depression during the perinatal period: A longitudinal investigation of Latinas.** *Violence Against Women*, v. 16, n. 5, p. 543–559, 2010.

RONDÓ, P. H.C. e colab. **Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation.** *European Journal of Clinical Nutrition*, v. 57, n. 2, p. 266–272, 2003.

ROOMRUANGWONG, Chutima e colab. **High incidence of body image dissatisfaction in pregnancy and the postnatal period: Associations with depression, anxiety, body mass index and weight gain during pregnancy.** *Sexual and Reproductive Healthcare*, v. 13, p. 103–109, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2017.08.002>>.

ROSS, Kharah M. e colab. **Elevated pro-inflammatory gene expression in the third trimester of pregnancy in mothers who experienced stressful life events.** *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 76, n. September 2018, p. 97–103, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.11.009>>.

SALIBA, Orlando e colab. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 3, p. 472–477, 2007.

SANTOS, Iná S. e colab. **Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral.** *Cadernos de Saude Publica*, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 2013.

SATTLER, Matteo C. e colab. **Correlates of poor mental health in early pregnancy in obese European women.** *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 17, n. 1, p. 1–11, 2017.

SCHNEIDER, M. e colab. **Patterns of intimate partner violence among perinatal women with depression symptoms in Khayelitsha, South Africa: a longitudinal analysis.** *Global Mental Health*, v. 5, 2018.

SCHRAIBER, L.B.a e D'OLIVEIRA, A.F.P.L.a e COUTO, M.T.b. **Violence and health: Theoretical, methodological, and ethical contributions from studies on violence against women [Violência e saúde: Contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher].** *Cadernos de Saude Publica*, v. 25, n. SUPP 2, p. S205–S216, 2009. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-71749104900&partnerID=40&md5=30a2959b9743f374ee246ace001e5eeb>>.

SCHRAIBER, Lilia e colab. **Violência vivida: a dor que não tem nome.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 12, p. 41–54, 2003.

SCHRAIBER, Lilia Blima e colab. **Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil.** *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 5, p. 797–807, 2007.

SCHRAIBER, Lilia Blima e colab. **Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1019–1027, 2009.

SCHRAIBER, Lilia Blima e BARROS, Cláudia Renata dos Santos e DE CASTILHO, Euclides Ayres. **Violence against women by intimate partners: Use of health services.** *Revista*

Brasileira de Epidemiologia, v. 13, n. 2, p. 1–9, 2010.

SCHRAIBER, Lília Blima e GOMES, Romeu e COUTO, Márcia Thereza. **Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 7–17, 2005.

SCOTT, Joan. **Gender: a useful category of historical analysis**. *The American Historical Review*, v. 19, n. 5, p. 1053–75, 1986.

SEEMATTER, G. e colab. **Effects of mental stress on insulin-mediated glucose metabolism and energy expenditure in lean and obese women**. *American Journal of Physiology - Endocrinology and Metabolism*, v. 279, n. 4 42-4, p. 799–805, 2000.

SENADO. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil**. 2018, p. 6, 2016. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/institucional/datasenado/omv/indicadores/relatorios/BR-2018.pdf>>.

SENADO FEDERAL. **Pesquisa DataSenado: Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher**. 2020.

SERVICES, U S Preventive e FORCE, Task. **Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement**. *Annals of Internal Medicine*, v. 140, n. 5, p. 382–386, 2004.

SHAMU, Simukai e colab. **High-frequency intimate partner violence during pregnancy, postnatal depression and suicidal tendencies in Harare, Zimbabwe**. *General Hospital Psychiatry*, v. 38, p. 109–114, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.10.005>>.

SHRADER, Elizabeth. **Domestic violence: women's way out**. Occasional publication (Pan American Health Organization) no. 2 CN - HV6626 .S5373 2000, p. vi+124, 2000.

SILVA, Iracema Viterbo. **Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. suppl 2, p. S263–S272, 2003.

SOUZA, Marjane Bernardy e SILVA DA SILVA, Maria Fernanda. **Estratégias de Enfrentamento de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica: Uma Revisão da Literatura Brasileira**. *Pensando Famílias*, v. 23, n. 1, p. 153–166, 2019.

STEVENSON, Adrienne A. e colab. **Intimate Partner Violence around the Time of Pregnancy and Postpartum Contraceptive Use**. *Women's Health Issues*, v. 30, n. 2, p. 98–105, 2020.

SUI, Zhixian e TURNBULL, Deborah e DODD, Jodie. **Effect of body image on gestational weight gain in overweight and obese women**. *Women and Birth*, v. 26, n. 4, p. 267–272, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2013.07.001>>.

SUPRAJA, T. A. e colab. **Suicidality in early pregnancy among antepartum mothers in urban India**. *Archives of Women's Mental Health*, v. 19, n. 6, p. 1101–1108, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s00737-016-0660-2>>.

SWANN, Rebecca A. e colab. **Attitudes toward weight gain during pregnancy: Results from the Norwegian mother and child cohort study (MoBa)**. *International Journal of Eating Disorders*, v. 42, n. 5, p. 394–401, 2009.

TAHERE MORADI e MARZIEH ADEL MEHRABAN e MAHIN MOEINI. **Comparison of the Perceptions of Managers and Nursing Staff Toward Performance Appraisal**. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, v. 22, n. 6, p. 431–435, 2017.

TAILLIEU, Tamara L. e BROWNRIDGE, Douglas A. **Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research**. *Aggression and Violent Behavior*, v. 15, n. 1, p. 14–35, 2010.

THORNE, Julie G. e colab. **The reproductive health fall-out of a global pandemic**. *Sexual and Reproductive Health Matters*, v. 28, n. 1, 2020.

TSAI, Alexander C. e colab. **Intimate Partner Violence and Depression Symptom Severity among South African Women during Pregnancy and Postpartum: Population-Based Prospective Cohort Study**. *PLoS Medicine*, v. 13, n. 1, p. 1–22, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001943>>.

VAN PARYS, An Sofie e colab. **Intimate partner violence and pregnancy: A systematic review of interventions**. *PLoS ONE*, v. 9, n. 1, 2014.

VAN PARYS, An Sofie e colab. **Intimate partner violence and psychosocial health, a cross-sectional study in a pregnant population**. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 15, n. 1, p. 1–8, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0710-1>>.

VARMA, Deepthi e colab. **Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: Relationship with depression and post-traumatic stress disorder**. *Journal of Affective Disorders*, v. 102, n. 1–3, p. 227–235, 2007.

VEHMEIJER, Florianne O.L. e colab. **Psychological Distress and Weight Gain in Pregnancy: a Population-Based Study**. *International Journal of Behavioral Medicine*, v. 27, n. 1, p. 30–38, 2020.

VIEIRA, Pâmela Rocha e GARCIA, Leila Posenato e MACIEL, Ethel Leonor Noia. **The increase in domestic violence during the social isolation: What does it reveals?** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, p. 1–5, 2020.

WENHAM, Clare e colab. **Women are most affected by pandemics — lessons from past outbreaks**. *Springer Nature*, v. 583, 2020.

WHITEFORD, Harvey A. e BAXTER, Amanda J. **The Global Burden of Disease 2010 Study: What does it tell us about mental disorders in Latin America?** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 35, n. 2, p. 111–112, 2013.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION, LSHTM, London School of Hygiene and Tropical Medicine. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO. **Violence against women prevalence estimates, 2018**. [S.l: s.n.], 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>>.

WHO, World Health Organization. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. . [S.l: s.n.], , 2015

WHO, World Health Organization. **Intimate partner violence during pregnancy**. World Health Organization (WHO), 2011.

WHO, World Health Organization. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. . Geneva: Report of a WHO Expert committee. WHO Technical Report Series 854, 1995.

WHO, World Health Organization. **Promoting mental health: concepts, emerging evidence and practice**. World Health Organization., p. 149–163, 2005.

WHO, World Health Organization. **The World health report - 2001 : Mental health : new understanding, new hope**. World Health Organization., 2001.

WHO, World Health Organization. **Women's mental health: An evidence based review**. World Health Organization, p. 0–121, 2000.

WOOD, Shannon N. e colab. **Impact of the COVID-19 pandemic on intimate partner violence during pregnancy: Evidence from a multimethods study of recently pregnant women in Ethiopia**. BMJ Open, v. 12, n. 4, p. 1–8, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. . Geneva: [s.n.], , 2005a

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. World Health Organization (WHO), p. 55–89, 2005b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. . Geneva: [s.n.], , 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO. **Intimate partner violence during pregnancy**. PloS one, v. 9, n. 1, p. 183–197, 2014. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3901658&tool=pmcentrez&render_type=abstract%5Cnhttp://www.ijcmph.com/?mno=172761>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO Department of Gender and Women's Health Family and e COMMUNITY. **Putting women first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women**. . Geneva, Switzerland: [s.n.], , 2001

WU, Fei e colab. **Association between intimate partner violence and prenatal anxiety and depression in pregnant women: A cross-sectional survey during the COVID-19 epidemic**

in Shenzhen, China. *BMJ Open*, v. 12, n. 5, p. 1–8, 2022.

YAKUBOVICH, Alexa R. e colab. **Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective–longitudinal studies.** *American Journal of Public Health*, v. 108, n. 7, p. e1–e11, 2018.

ZHAO, R. e colab. **Maternal pre-pregnancy body mass index, gestational weight gain influence birth weight.** *Women and Birth*, v. 31, n. 1, p. e20–e25, 2018.

ZIAEI, Shirin e FRITH, Amy Lynn e EKSTRO, Eva-charlotte. **Experiencing Lifetime Domestic Violence : Associations with Mental Health and Stress among Pregnant Women in Rural Bangladesh : The MINIMat Randomized Trial.** p. 1–14, 2016.

