

ARTIGO ORIGINAL

Violência conjugal e suas implicações para o binômio mãe–filho: o discurso feminino

Marital violence and its implications to the mother–child binomial: the female speech

Luana Moura Campos¹, Nadirlene Pereira Gomes¹, Patrícia Santos de Oliveira¹,
Telmara Menezes Couto¹, Ionara da Rocha Virgens¹, Rosana Santos Mota¹

RESUMO

Desvelar os sinais e sintomas indicativos de implicações para o binômio mãe–filho em mulheres em situação de violência conjugal. Pesquisa qualitativa em que a organização dos dados se deu a partir do Discurso do Sujeito Coletivo. Realizou-se entrevistas com 11 mulheres em processo judicial junto às 1ª e 2ª Varas de Justiça pela Paz em Casa de Salvador, BA, Brasil. Emergiram do discurso feminino duas Ideias Centrais Síntese referentes aos sinais e sintomas psíquicos e físicos relacionados à vivência de violência, que indicam implicações para o binômio mãe–filho. Os distúrbios do sono, tensão emocional, comportamento depressivo, marcas da agressão física, cefaleia foram apontados como sintomatologias associadas à violência conjugal que podem predispor gestantes e puérperas à complicações. Diante de tais sinais e sintomas, torna-se necessário um preparo profissional para identificação precoce da violência conjugal, sobretudo nos espaços de acompanhamento pré-natal e puerperal.

Descritores: Violência por Parceiro Íntimo; Gravidez; Período Pós-Parto; Saúde da Mulher; Enfermagem Materno-Infantil.

ABSTRACT

To expose the signs and symptoms that indicate implications to the mother–child binomial in women experiencing marital violence. A qualitative study where the data was organized from the Speech of the Collective Subject. Interviews were conducted with 11 women who were in legal cases with the 1st and 2nd Courts of Justice for Peace at Home of Salvador, BA, Brazil. From the female speech, two Central Synthesis Ideas emerged, referring to the psychic and physical signs related to the violence experienced, indicating implications for the mother–child binomial. The sleep disturbances, emotional tension, depressive behavior, marks of physical aggression, cephalgia were pointed as symptoms associated with marital violence that can predispose the pregnant and puerperal women to complications. Considering such signs and symptoms, it becomes necessary to prepare the professional to early identify the marital violence, overall in spaces of pre-natal and puerperal follow-ups.

Descriptors: Intimate Partner Violence; Pregnancy; Postpartum Period; Women's Health; Maternal-Child Nursing.

¹Universidade Federal da Bahia — Salvador (BA), Brasil. E-mails: campos.luanam@gmail.com, npgomes@ufba.br, patricia_sdoli@yahoo.com.br, telmara.couto@ufba.br, rosana17santos@yahoo.com.br

Como citar este artigo: Campos LM, Gomes NP, Oliveira OS, Couto TM, Virgens IR, Mota RS. Violência conjugal e suas implicações para o binômio mãe–filho: o discurso feminino. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2019 [acesso em: _____];21:53227. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.53227>.

Recebido em: 28/05/2018. Aceito em: 23/08/2019. Publicado em: 31/12/2019.

INTRODUÇÃO

A violência conjugal, que consiste em qualquer ação ou omissão ancorada na desigualdade de gênero, pode ser experienciada por mulheres de todo o mundo e em qualquer fase de suas vidas. Quando se dá no período grávido-puerperal, tal vivência vulnerabiliza o binômio mãe-filho a complicações obstétricas e/ou neonatais, o que requer preparo profissional para a identificação precoce de mulheres nesta situação.

Estudiosos de diversos países se debruçam para pesquisas focadas na relação entre estar grávida e vivenciar violência, muitas das quais vêm apontando a gravidez como fator de risco para violência conjugal⁽¹⁻⁴⁾. Estudo sueco corrobora que história prévia de violência vulnerabiliza a mulher a vivenciá-la na gestação, uma vez que todas as mulheres estudadas que foram expostas à violência doméstica antes da gravidez a experienciaram também durante esse período⁽⁴⁾.

Pesquisa realizada na África do Sul com 263 gestantes que foram acompanhadas desde a 20^a e 24^a semanas até dois anos após o parto evidenciou que aproximadamente um terço delas (32%) relataram história de violência emocional e 28% de violência física durante 12 meses anteriores⁽⁵⁾. No puerpério, a prevalência foi 3,3% de um total de 697 suecas⁽⁴⁾. No Brasil, estudo realizado em Ribeirão Preto/SP, Brasil, com 232 gestantes com idades entre 15 e 49 anos apontou que 15,5% das mulheres sofreram violência praticada pelo parceiro íntimo nesse período⁽⁶⁾.

Em que pese a falta de consenso sobre a gestação se comportar ou não como fator agravante para sofrer violência, é necessário ponderar que, ao gerar um filho, as mulheres têm chances de sofrer violência, a qual pode desencadear sérias consequências para a saúde da genitora e do feto/neonato. Dentre as complicações, encontram-se: infecções, placenta prévia, hemorragia, amniorrexe prematura, abortos, morte intrauterina e neonatal precoces, partos prematuros, baixos escores de Apgar, baixo peso ao nascer^(7,8).

Diante os comprometimentos da violência conjugal para a saúde de mulheres e fetos/neonatos, é de extrema relevância o reconhecimento precoce de sinais e sintomas indicativos destes riscos por parte dos profissionais de saúde, sobretudo na atenção pré-natal e obstétrica. Assim, considerando o olhar atento para gestantes e puérperas como importante sinalizador do agravo vivenciado, delineamos como objetivo: desvelar os sinais e sintomas indicativos de implicações para o binômio mãe-filho em mulheres em situação de violência conjugal.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, vinculada ao projeto matriz “Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal”, sob financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) em parceria com a Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia.

O cenário do estudo foram as 1^a e 2^a Varas de Justiça pela Paz em casas localizadas no município de Salvador, Bahia. Participaram do estudo 11 mulheres com história de violência conjugal na gestação e/ou puerpério (45 dias após o parto). Antes de proceder com a coleta de dados, as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Vale mencionar que em todas as etapas de realização deste estudo foram considerados os princípios da bioética, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Importante ressaltar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (nº 039699/2014 e CAAE nº 877.905/2014).

A coleta de dados se deu no período de junho a agosto de 2017. Utilizou-se a entrevista como técnica de coleta, a qual foi norteada por um formulário semiestruturado com questões fechadas, que possibilitaram a caracterização das participantes, e abertas, que partiram da seguinte indagação: fale-me sobre a vivência de violência conjugal no período grávido-puerperal e as implicações para sua saúde obstétrica e a vida da criança. Visando o respeito ao anonimato, os discursos foram identificados por meio da letra “M”, que remete a palavra “mulher”, seguida do numeral arábico. Os dados foram sistematizados com base no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este método foi escolhido para a pesquisa por consistir em uma modalidade que possibilita, a partir de depoimentos oriundos dos pensamentos e opiniões de inúmeras participantes, a emersão de um único discurso representativo do coletivo, sendo por isso redigido na primeira pessoa do singular⁽⁹⁾. Nesse sentido, os depoimentos das mulheres entrevistadas permitirão o delineamento dos discursos referentes às implicações para a mulher e criança oriundas da violência conjugal no período grávido-puerperal.

RESULTADOS

O discurso foi construído a partir das falas de 11 mulheres, com idades de 23 a 56 anos, com filhos, sendo que sete referiram ter experienciado aborto espontâneo ou provocado. A partir deste foram organizadas as seguintes Ideias Centrais (IC) e Ideias Centrais Sínteses (ICS):

IC 1 – Sinais e sintomas psíquicos

O discurso desvelou que a vivência de violência conjugal na gestação e puerpério compromete a saúde mental das mulheres, desencadeando distúrbios do sono, tensão emocional e comportamento depressivo. Tais eventos podem culminar em implicações para a saúde do binômio mãe-filho.

ICS 1A – Distúrbios do sono

O conteúdo do discurso demonstra que, ao vivenciar abusos sexuais e ameaças de morte na gravidez e puerpério, as mulheres podem desenvolver sintomas característicos de

distúrbios do sono, como insônia, pesadelos e sonambulismo. Estes podem predispor a complicações obstétricas, como o aborto espontâneo.

No período da gestação e do resguardo, comecei a ficar sem sono porque eu vivia muito tensa com medo dele. [...] porque durante 12 anos ele me forçou a ter relação sexual e eu precisava ficar acordada para tentar me defender. A insônia piorou quando ele passou a me ameaçar de morte porque não queria que eu tivesse o filho. As poucas vezes que dormia, tinha muitos pesadelos com pessoas violentas, tiro e faca. Acontecia também de, dormindo, eu levantar da cama, bater nas pessoas, abrir a porta de casa e sair. [...] o problema é que nunca me lembro dessas coisas que fiz! Cheguei a me sentir tão mal que tive ameaça de aborto. (M1; M8; M9)

ICS 1B – Tensão emocional

A tensão emocional, presente no discurso, manifestou-se através do estresse, ansiedade, agitação e dificuldade de concentração. Quando somatizada, desencadeia outras sintomatologias, a exemplo de manchas arroxeadas no corpo, inapetência, diarreia e desconforto respiratório. Tal adoecimento desvelou-se enquanto indício indicativo de implicações para o binômio mãe–filho, como o parto prematuro.

De tanto passar aborrecimento, raiva e estresse na gravidez percebi que comecei a ficar tensa, ansiosa, agitada, com dificuldade de concentração e até diarreia. Também apareceram aquelas manchas roxas de estresse. [...] passei a ficar sem fome; sentia fraqueza. Também não conseguia comer e me sentia muito mal por isso. Acho que isso foi ruim para a criança. [...] ficava tão nervosa que sentia falta de ar só em olhar para ele. Até meus olhos chegaram a ficar vermelhos como se estivesse tendo um derrame. Ficava preocupada, pois não queria passar o que estava sentido para o bebê. Outra vez, fiquei tão nervosa quando discutimos que minha bolsa estourou e eu tive um parto prematuro. (M1; M5; M7; M8; M9)

ICS 1C – Comportamento depressivo

Atrelada à tensão emocional, as mulheres podem apresentar sintomas como: sonolência, prostração, isolamento social, labilidade emocional e tristeza profunda. Tais características do comportamento depressivo são percebidas de maneira mais acentuada, visto que reconhecem que na gravidez se encontram mais fragilizadas emocionalmente, havendo até mesmo vivências de aborto provocado e tentativa de suicídio na gestação.

A violência já me deixava depressiva, mas com a gestação piorou porque eu estava mais frágil. [...] não tinha vontade de

ver ninguém; só ficava trancada dentro do quarto; no escuro; não queria levantar da cama; passava o dia todo dormindo; sentia-me muito mal; chorava muito diariamente. Para não ter mais outro filho dele, decidi abortar, mas com isso a depressão piorou. [...] quando eu descobri que estava grávida pela segunda vez, eu quis me matar. Eu era uma pessoa triste, não tinha vontade de viver. Cheguei até a tentar cortar os meus pulsos porque eu não aguentava mais a vida que eu levava. (M1; M4; M5; M8; M10; M11)

IC 2 – Sinais e sintomas físicos

Para além de sintomatologias de ordem psíquica, emergiram do discurso coletivo sinais e sintomas físicos que indicam implicações para mãe e filho, como as marcas da agressão física e a cefaleia.

ICS 2A – Marcas da agressão física

O discurso revela lesões provenientes de agressões físicas ocorridas na gestação e puerpério. Alerta-nos que, embora declarem se sentirem envergonhadas de frequentar locais públicos por conta das marcas visíveis, as mulheres enfatizam a presença nas consultas pré-natais. Chama atenção que a experiência traumática da violência física guarda relação com a decisão da mulher pela interrupção da gestação, entrega da prole para o pai.

Ele me deu um murro no olho que ficou roxo e inchado por uma semana. Não queria sair de casa de tanta vergonha. Sai apenas para fazer o pré-natal, mas usei pó facial para esconder o roxo. Não queria que as pessoas vissem. Certa vez, eu tinha acabado de abortar e ele me deu um chute nas costas. Foi tanta dor que eu nunca esqueci e sinto até hoje só de lembrar. Em outra ocasião que ele me bateu, eu decidi tirar o bebê. [...] eu coloquei o Cytotec, mas não deu certo. Quando ele nasceu, eu o entreguei para o pai. (M2; M4; M5; M6; M7; M8; M9)

ICS 2B – Cefaleia

O discurso feminino demonstra que a vivência de violência na gestação e puerpério pode contribuir para o aparecimento de cefaleia. Esta pode estar associada a síndromes hipertensivas nesse período, as quais são agravadas pelo estresse emocional proveniente da violência, podendo levar a quadros de pré-eclâmpsia e consequente prolongamento da internação após o parto.

Eu já tinha dor de cabeça por conta da violência, mas na gravidez sentia com mais frequência. Quando ele me aborrecia, a dor piorava e minha pressão ficava elevada. [...] minha pressão alta é emocional! Sentia dores na nuca. Tomava analgésico toda hora. Acredito que tinha relação

com a preocupação de estar grávida e ainda sob tensão o tempo todo. Por conta das raivas que passei com ele, tive pré-eclâmpsia duas vezes. [...] como a pressão não cedia, fiquei quatro dias internada na maternidade mesmo com a criança com alta hospitalar. (M5; M7; M8; M9; M10)

DISCUSSÃO

O discurso de mulheres com história de violência conjugal desponta que essa vivência na gestação e/ou puerpério pode trazer implicações sobre a saúde obstétrica e fetal/neonatal. Isso porque revela sinais e sintomas, passíveis de comprometer o binômio mãe-filho, estando estes relacionados ao adoecimento psíquico e físico decorrentes dos abusos conjugais.

Concernente às implicações sobre a saúde mental, o discurso sinaliza para a relação entre experienciar violência conjugal no período gravídico-puerperal e a apresentação de alterações do sono. Os relatos revelam que o temor de ser mais uma vez estuprada pelo cônjuge e o medo relacionado à ameaça de morte diante a não aceitação da gestação levam ao desenvolvimento de insônia, pesadelos e/ou sonambulismo. Estudo corrobora que essas disfunções do sono são comuns na gestação devido à maior presença dos hormônios estrogênio e progesterona⁽¹⁰⁾ e pelas modificações gravídicas corporais que provocam desconforto no posicionamento ao dormir. Essas alterações tendem a comprometer o crescimento e desenvolvimento saudável do feto, e em puérperas, pode dificultar a produção e ejeção do leite materno⁽¹¹⁾.

Outros eventos que provocam ou intensificam o distúrbio do sono consistem em aborrecimento e raiva, que as gestantes e puérperas sentem ao vivenciar a violência conjugal. Diante esses sintomas psicológicos, é comum o desenvolvimento de estresse, ansiedade, agitação e dificuldade de concentração, caracterizando um quadro de tensão emocional. Estudo em Bangladesh aponta para o estresse emocional em mulheres grávidas inseridas no contexto de violência⁽¹²⁾, agravo que precipita consequências como trabalho de parto prematuro.

Outros sinais e sintomas atrelados à tensão emocional decorrente de conflitos conjugais, também desvelados no discurso das mulheres, consistem em manchas arroxeadas no corpo, inapetência, diarreia e desconforto respiratório. Estes podem resultar do processo de somatização do vivido, uma vez que, por não conseguir lidar com situações estressantes no plano psíquico, a mulher passa a manifestar no corpo sintomatologias de doenças⁽¹³⁾. No caso das entrevistadas, os eventos estressores relacionam-se aos abusos sofridos e/ou à preocupação com o desenvolvimento do feto.

Corroborando acerca do processo psicossomático, estudo brasileiro realizado em Salvador, Bahia, apontou para a interface entre vivência do agravo e alterações no peso corporal, cefaleia, náuseas, tonturas, elevação da pressão arterial, distúrbios do sono e dispareunia⁽⁸⁾. Essas doenças psicossomáticas são

provenientes de uma série de alterações que o organismo apresenta frente a sensações emocionais, como raiva, tristeza e medo. Tais alterações emergem da liberação ou inibição de substâncias como adrenalina e cortisol que, ao interferirem no Sistema Nervoso Autônomo (SNA), desencadeiam no organismo modificações de cunho respiratório, cardiológico, digestivo, imunológico e endócrino⁽¹⁴⁾.

Quanto à interferência da violência conjugal no padrão alimentar em gestantes, é necessário ainda se ponderar as modificações gravídicas, decorrentes da elevação das taxas hormonais de progesterona e do aumento da pressão intra-abdominal sobre o estômago em virtude do crescimento uterino, e que diminuem o apetite⁽¹⁰⁾. Assim, a inapetência enquanto disfunção psicossomática acaba por intensificar uma problemática comum do processo gestacional.

Salienta-se que as mulheres do estudo perceberam que a inapetência pode ter comprometido o crescimento e desenvolvimento saudável da sua criança. Esta condição pode resultar em restrição do crescimento intrauterino, e conseqüentemente o nascimento de recém-nascidos pequenos para idade gestacional⁽¹⁵⁾. Embora não relacione a falta de apetite causada pela vivência de violência com o comprometimento do desenvolvimento fetal, pesquisa realizada na Tanzânia mostrou que gestantes que experienciam a violência conjugal têm maior risco de ter um recém-nascido com baixo peso⁽¹⁵⁾.

O fastio pode predispor ao surgimento da cefaleia, manifestação essa classificada entre as mais comuns da somatização e que representa um indicador importante de hipertensão arterial sistêmica⁽¹⁶⁾. Embora o estudo limite-se por não permitir estabelecer relação de causa e efeito entre experienciar violência conjugal e hipertensão arterial, o discurso sinaliza para a compreensão feminina de que o desenvolvimento da hipertensão se deu em decorrência da vivência de violência conjugal. Na Índia, investigação realizada com gestantes que sofrem violência dos seus maridos e sogros também relaciona o agravo ao aumento da pressão sanguínea⁽¹⁷⁾. Percebe-se mais uma vez a transferência do estresse para o corpo com repercussões na gravidez que podem se estender ao puerpério.

Outra condição associada à disfunções psicossomáticas desencadeadas pela tensão diante os conflitos conjugais durante a gestação e puerpério consiste no comportamento depressivo. Isso ocorre porque durante a gravidez há maior liberação de cortisol, hormônio interligado aos processos fisiopatológicos da somatização, pois age sobre o estresse emocional interferindo nos processos depressivos, conforme assinala pesquisa realizada em Chicago⁽¹⁸⁾. Outros estudos com mulheres em situação de violência, inclusive internacionais, ratificam o comportamento depressivo na gestação, sendo mencionadas sintomatologias como desânimo, fadiga, letargia, autoestima diminuída e isolamento oriundos desse processo^(8,19).

O comportamento depressivo também foi desvelado no discurso das mulheres as quais referiram sonolência, prostração,

isolamento social, labilidade emocional e tristeza profunda. Considerando que algumas alterações já são intrínsecas ao período gestacional e puerperal, a exemplo do sono e mudança de humor, pode-se inferir que a vivência de violência nesta fase tende a potencializar o comportamento depressivo⁽¹⁹⁾. Tal adoecimento pode culminar em psicopatologias mais graves, a exemplo da tentativa de suicídio⁽¹²⁾.

Especificamente no puerpério, o comportamento depressivo, nomeado depressão pós-parto, representa uma ameaça à vida do neonato, principalmente devido a casos de filicídio, conforme apontado em estudo na Malásia⁽²⁰⁾. Em situações em que não se chegou a desfechos extremos como esses, o adoecimento mental materno no período puerperal, por conta do contexto de violência, pode reverberar em outras implicações para o neonato, como problemas com higiene e amamentação, além de afetar o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança⁽¹⁹⁾.

A depressão igualmente esteve associada ao aborto provocado no contexto de violência, achado encontrado em estudos de países em que o aborto é legal^(21,22). Estudo realizado no Brasil indica que mulheres com história de violência doméstica e aborto provocado experienciam sentimentos de culpa, temor, insegurança, tristeza e vergonha, os quais repercutem na sua saúde mental favorecendo o desenvolvimento de baixa autoestima, ansiedade, depressão, transtorno do estresse pós-traumático e tentativa de suicídio⁽²³⁾.

Importante pontuar que essa interface foi do mesmo modo partilhada por mulheres de países em que o aborto é legalizado. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, pesquisa com mulheres com história de violência conjugal que buscaram serviços para interrupção da gestação mostra que estas referiram história prévia de ansiedade, estresse e depressão, sintomatologias também desencadeadas pelo receio de sofrerem estigma social devido o ato de abortar⁽²¹⁾. Na Tunísia, outro país que possui o aborto legalizado, mulheres que vivenciaram violência do parceiro íntimo estão mais predispostas a realizar abortos consecutivos e ainda apresentam maior probabilidade de desenvolver distúrbios mentais comuns como a ansiedade e depressão⁽²²⁾. Embora não permita identificar se a depressão motiva o aborto ou é sua consequência, o discurso feminino alerta para o caráter relevante da investigação desta interface.

Relevante considerar que o aborto provocado predispõe situações de risco para hemorragia, infecção, entre outras complicações que elevam as chances de óbitos maternos⁽¹⁸⁾. Não podemos desconsiderar que tais complicações se relacionam às condições insalubres em que as mulheres realizam o aborto na Nigéria, tendo em vista ser esta uma conduta não legalizada⁽²⁴⁾. Em outros países da América Latina e da África Subsaariana, em que as leis do aborto também são restritivas, muitas recorrem ao aborto clandestino, o que aumentam os índices de óbito materno⁽²⁵⁾.

Outro sinal característico da vivência de violência conjugal, que pode comprometer a saúde obstétrica e neonatal, diz respeito ao isolamento social. Esta condição, relacionada ao adoecimento psíquico causado pela depressão, também foi pontuada pelas mulheres como situação decorrente da agressão física perpetrada pelo parceiro. Esta violência, principalmente na região do rosto, tende a restringir as mulheres à residência, o que se dá em decorrência da vergonha de que seu cotidiano de abusos seja publicitado. Salienta-se que, por ocorrer no período gestacional, esse constrangimento pode inibir o comparecimento às consultas de pré-natal⁽²⁶⁾.

Embora a vivência de violência seja um fator que compromete a assiduidade às consultas de pré-natal, o discurso demonstra a importância atribuída a esse acompanhamento no momento em que a mulher declara sair de casa apenas para frequentar esse serviço, buscando mascarar a marca física com o uso do pó facial. Tal significância pode estar vinculada a ideia de que as mulheres, mesmo diante a vergonha do sinal de evidência da agressão, buscam a manutenção do cuidado da gestação para não comprometer a saúde do filho. Esse achado converge com estudo realizado em Uberaba, Minas Gerais, que evidenciou o comparecimento das gestantes às consultas de pré-natal devido à preocupação com a saúde de seus filhos⁽²⁷⁾.

Ainda no âmbito da ausência de gestantes nas consultas de pré-natal, vale mencionar que tal contexto dificulta a identificação precoce, e posterior intervenção, de agravos comuns na gestação⁽¹⁷⁾. O não comparecimento ao serviço de saúde decorrente da vergonha da agressão física impede, inclusive, a suspeita profissional de sinais e sintomas físicos e psíquicos indicativos de vivência de violência conjugal.

Em face dessa realidade, torna-se relevante o olhar atento dos profissionais de saúde que atuam nas consultas de pré-natal para identificação precoce dos sinais e sintomas relacionados à violência conjugal. Por meio dessa identificação, os profissionais podem basear suas condutas, priorizando a prevenção do agravo e promoção da saúde. Destaca-se nesse processo a atuação de médicos e enfermeiras que atuam no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, visto que estes profissionais também acompanham as puérperas por meio de visitas domiciliares e atendimentos no serviço, momentos que podem favorecer o reconhecimento do fenômeno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que as mulheres em situação de violência conjugal apresentam sinais e sintomas psíquicos e físicos, originados ou agravados por tal vivência, que as vulnerabilizam para síndrome hipertensiva gestacional, abortamento, parto prematuro, dentre outros problemas, comportamento depressivo e tentativa de suicídio no período puerperal, além de repercutir na saúde do feto/neonato.

Nesse contexto, profissionais que atendem mulheres nas fases gestacional e puerperal, sobretudo no âmbito da ESF, diante os sinais e sintomas clínicos apresentados, devem investigar a vivência de violência conjugal, a fim de, se for o caso, intervir o quanto antes nesse processo e evitar implicações obstétricas e neonatais. Importante ainda alertar as gestantes sobre os possíveis riscos à sua saúde e do feto/neonato e pensar estratégias de articulação com outros espaços, como encaminhamentos aos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, Centros de Referência à mulheres em situação de violência e demais serviços que compõem a Rede de atenção à saúde da mulher.

No que tange a limitação do estudo, pontua-se o relato feminino referente ao agravamento do quadro depressivo após o aborto provocado. Isso porque não houve investigação acerca dos sentimentos das mulheres que provocaram o aborto, visto as evidências científicas acerca das doenças psicossomáticas relacionadas a interrupção voluntária da gestação.

REFERÊNCIAS

- Islam MJ, Broidy L, Baird K, Mazerolle P. Exploring the associations between intimate partner violence victimization during pregnancy and delayed entry into prenatal care: evidence from a population-based study in Bangladesh. *Midwifery*. 2017 Apr;47:43-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.02.002>.
- Gebrezgi BH, Badi MB, Cherkose EA, Weldehaweria NB. Factors associated with intimate partner physical violence among women attending antenatal care in Shire Endaslassie Town, Tigray, Northern Ethiopia: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2017 Jun; 14(1):76. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0337-y>.
- Abate BA, Wossen BA, Degfie TT. Determinants of intimate partner violence during pregnancy among married women in Abay Chomen district, Western Ethiopia: a community based cross sectional study. *BMC Women's Health*. 2016 Mar;16(1):16. <http://dx.doi.org/10.1186/s12905-016-0294-6>.
- Finnbogadóttir H, Dykes AK, Wann-Hansson C. Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: a longitudinal cohort study in southern Sweden. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016 [acesso em: 15 nov. 2017];16(1):327. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1122-6>. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1122-6>.
- Koen N, Wyatt GE, Williams JK, Zhang M, Myer L, Zar HJ, Stein DJ. Intimate partner violence: associations with low infant birthweight in a South African birth cohort. *Metabolic Brain Disease*. 2014 Jun;29(2):281-99. <https://doi.org/10.1007/s11011-014-9525-4>.
- Rodrigues DP, Gomes-Sponholz FA, Stefanelo J, Nakano AMS, dos Santos Monteiro JC. Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014;48(2):206-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000200002>.
- Mohammed BH, Johnston JM, Harwell JI, Yi H, Tsang KW, Haidar JA. Intimate partner violence and utilization of maternal health care services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [acesso em: 18 jan. 2018];17:178. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2121-7>. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2121-7>.
- Carneiro JB, Gomes NP, Estrela FM, Santana JD, Mota RS, Erdmann AL. Violência conjugal: repercussões para mulheres e filhas(os). *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017. [acesso em: 14 nov. 2017];21(4):e20160346. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0346.pdf. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0346>.
- Lefevre F, Lefevre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em: 10 nov. 2017];23(2):502-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200502&script=sci_abstract. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.
- Lord C, Sekerovic Z, Carrier J. Sleep regulation and sex hormones exposure in men and women across adulthood. *Pathol Biol* [Internet]. 2014 [acesso em: 10 jan. 2018];62:302-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25218407>. <http://dx.doi.org/10.1016/j.patbio.2014.07.005>.
- Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med* [Internet]. 2015 [acesso em: 13 out. 2017];16(4):483-8. Disponível em: [https://www.sleep-journal.com/article/S1389-9457\(14\)00499-7/fulltext](https://www.sleep-journal.com/article/S1389-9457(14)00499-7/fulltext). <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.12.006>.
- Shirin Z, Frith AL, Ekström EC, Naved RT. Experiencing lifetime domestic violence: associations with mental health and stress among pregnant women in rural Bangladesh: the MINIMat Randomized Trial. *PLoS One* [Internet]. 2016 [acesso em: 16 out. 2017]; 11(12):e0168103. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0168103>. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168103>.
- Pontes CAL, Silveira LC. Abuso de benzodiazepínicos entre mulheres: o que esse fenômeno revela? *SANARE* [Internet]. 2017 [acesso em: 18 jan. 2018];16(01):15-23. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1089/600>.

14. Assis CL, Lima JD. “Com qual somatização eu vou?” Percepções e práticas sobre psicossomática em profissionais de saúde de Cacoal-RO. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [Internet]. 2017 [acesso em: 16 jan. 2018];9(22):83-97. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2617/5003>.
15. Sigalla GN, Mushi D, Meyrowitsch DW, Manongi R, Rogathi JJ, Gammeltoft T, et al. Intimate partner violence during pregnancy and its association with preterm birth and low birth weight in Tanzania: a prospective cohort study. *PLoS ONE* [Internet]. 2017 [acesso em: 10 jan. 2018];2(2):e0172540. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172540>. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172540>.
16. Oigman W. Sinais e sintomas em hipertensão arterial. *JBM* [Internet]. 2014 [acesso em: 16 jan. 2018];102(5):13-8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4503.pdf>.
17. Silverman JG, Balaiah D, Ritter J, Dasgupta A, Boyce SC, Decker MR, et al. Maternal morbidity associated with violence and maltreatment from husbands and in-laws: findings from Indian slum communities. *Reprod Health* [Internet]. 2016 [acesso em: 20 jan. 2018];13:109. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0223-z>. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0223-z>.
18. Torteya AM, Bogat GA, Levendosky AA, Eye von A. The influence of prenatal intimate partner violence exposure on hypothalamic–pituitary–adrenal axis reactivity and childhood internalizing and externalizing symptoms. *Dev Psychopathology* [Internet]. 2016 [acesso em: 20 jan. 2018];28(1):55-72. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25851078>. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000280>.
19. Miura A, Fujiwara T. Intimate Partner Violence during pregnancy and postpartum depression in Japan: a cross-sectional study. *Front Public Health* [Internet]. 2017 [acesso em: 15 nov. 2017];(5):81. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28484692>. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00081>.
20. Razali S, Salleh RIM, Yahya B, Ahmad SH. Maternal filicide among women admitted to forensic psychiatric institutions in Malaysia: case series. *East Asian Arch Psychiatry* [Internet]. 2015 [acesso em: 20 set. 2017];25(2):79-87. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26118747>.
21. Steinberg JR, Tschann JM, Furgerson D, Harper CC. Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: the significance of stigma. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016 [acesso em: 20 jan. 2018];150:67-75. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26735332>. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007>.
22. Mhamdi SE, Arwa Ben S, Ines B, Imen H, Saloua H, Wahiba M, et al. Obstetric and psychological characteristics of women seeking multiple abortions in the region of Monastir (Tunisia): results of a cross-sectional design. *BMC Women’s Health* [Internet]. 2015 [acesso em: 20 set. 2017];15:40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4433016/>. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0198-x>.
23. Couto TM, Nitschke RG, Lopes RLM, Gomes NP, Diniz NMF. Everyday life of women with a history of domestic violence and abortion. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em: 14 nov. 2017]; 24(1):263-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100263. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003620012>.
24. Nnaemeka AC, Nkechi AN, Martin OI. Violence against women: impact on women sexual and reproductive health rights in Eastern Nigeria. *J Womens Health* [Internet]. 2015 [acesso em: 20 dez. 2017];4(6). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/290985082_Violence_against_Women_Impact_on_Women_Sexual_and_Reproductive_Health_Rights_in_Eastern_Nigeria. <https://doi.org/10.4172/2325-9795.1000208>.
25. Faúndes A, Miranda CL. “Ethics surrounding the provision of abortion care”. *Res Clin Obstet & Gynaecol* [Internet]. 2017 [acesso em: 20 dez. 2017];43:50-7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693417300044?via%3Dihub>. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.12.005>.
26. Campbell W, Jenkins AE. Adolescent pregnancy in Nicaragua: trends, policies, and practices. *International Handbook of Adolescent Pregnancy* [Internet]. 2014 [acesso em: 20 set. 2017];465-83. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-8026-7_25#citeas. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-8026-7_25.
27. Maeda TC, Parreira BDM, Silva SR, Oliveira ACD. Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em: 20 set. 2017];3(2):6-18. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/viewFile/1016/879>.

